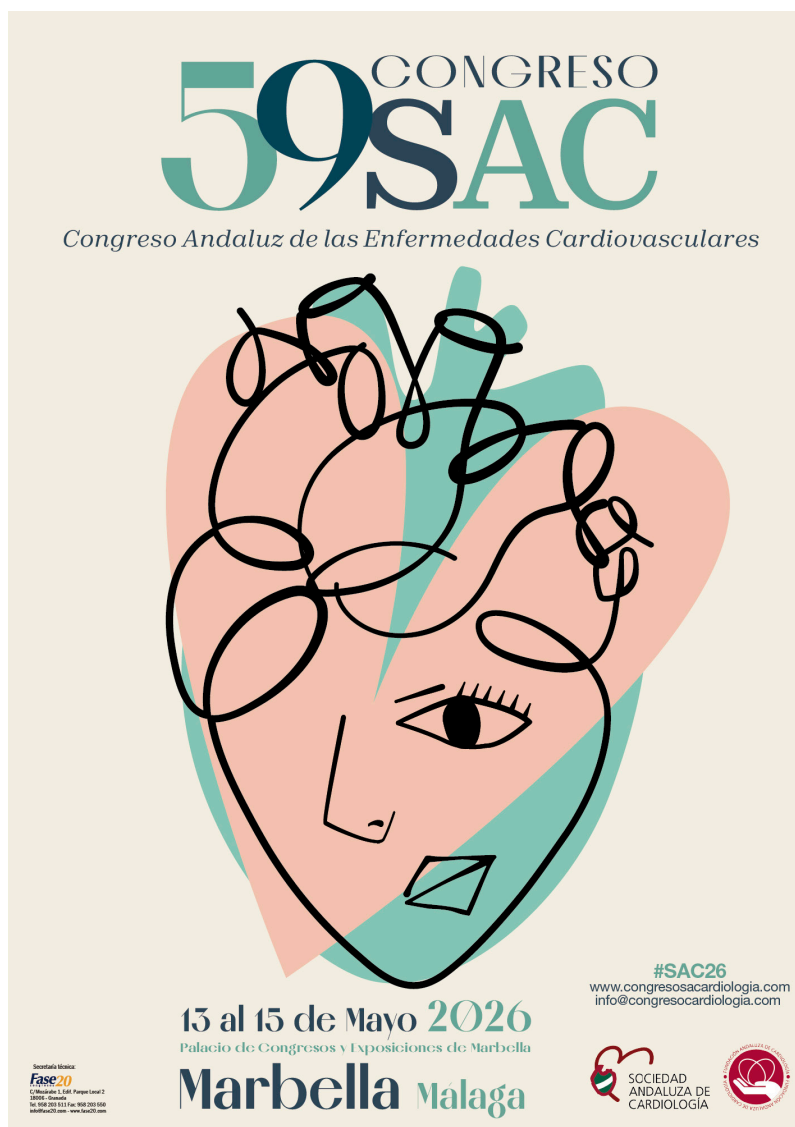




**59.º Congreso de la Sociedad Andaluza
de Cardiología**
Congreso andaluz de las enfermedades cardiovasculares

Marbella (Málaga), 13-15 de mayo de 2026

59.º Congreso de la Sociedad Andaluza de Cardiología

Congreso andaluz de las enfermedades cardiovasculares

Marbella (Málaga), 13-15 de mayo de 2026

Comité Organizador

Vocales

Hospital Universitario Costa del Sol, Marbella, Málaga.

Dr. D. Alfonso Arias Recalde

Cardiología. Unidad de Pruebas Funcionales.

Dr. D. Rafael Bravo Márques

Cardiología. Unidad de Hospitalización e Hipertensión Pulmonar.

Dr. D. José Francisco Carretero Ruiz

Cardiología. Unidad de Pruebas Funcionales.

Dra. D.ª Carmen Corona Barrio

Cardiología. Unidad de Hospitalización.

Dra. D.ª María Victoria Doncel Abad

Cardiología. Unidad de Hospitalización.

Dra. D.ª Julia Fernández Pastor

Cardiología. Unidad de Estimulación Cardíaca.

Dra. D.ª Ana Flores Marín

Cardiología. Unidad de Hospitalización.

Dra. D.ª Ana Isabel Molina Ramos

Cardiología. Unidad de Hospitalización.

Dr. D. Luis A. Íñigo García

Cardiología. Unidad de Hemodinámica.

Dra. D.ª Eloísa Mariscal López

Cardiología. Unidad de Imagen y Cardiopatías Familiares.

Dr. D. José Francisco Martínez Rivero

Cardiología. Unidad de Pruebas Funcionales.

Dr. D. Juan Francisco Muñoz Bellido

Cardiología. Unidad de Hemodinámica.

Dr. D. José Luis Peña Hernández

Cardiología. Unidad de Hospitalización.

Dr. D. Gabriel Rosas Cervantes

Cardiología. Unidad de Pruebas Funcionales.

Dr. D. Francisco Ruiz Mateas

Servicio de Cardiología.

Dr. D. Manuel Muñoz García

Cardiología. Unidad de Hemodinámica.

Dra. D.ª Olga Sanz Vázquez

Cardiología. Unidad de Hemodinámica.

Dr. D. Francisco José Torres Calvo

Cardiología. Unidad de Hospitalización e Insuficiencia Cardíaca.

Dra. D.ª Almudena Valle Alberca

Cardiología. Consulta de Fibrilación Auricular y Unidad de Estimulación Cardíaca.

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

Presidentes **Dr. D. Javier Torres Llergo**
Cardiología. Hospital Universitario de Jaén, Jaén.
Presidente de la Sociedad Andaluza de Cardiología.

Dra. D.ª María Dolores Mesa Rubio
Cardiología. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Vocales **Dra. D.ª Mónica Fernández Quero**
Cardiología. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Dr. D. Alejandro Isidoro Pérez Cabeza
Cardiología. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. Secretario de la Sociedad Andaluza de Cardiología.

Dr. D. José Manuel García Pinilla
Cardiología. Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Dr. D. Pedro Antonio Chinchurreta Capote
Cardiología. Hospital Universitario Costa del Sol, Marbella, Málaga.

Dr. D. Rafael Bravo Márques
Cardiología. Unidad de Hospitalización e Hipertensión Pulmonar. Hospital Universitario Costa del Sol, Marbella, Málaga.

Dr. D. Carlos Federico Gómez Navarro
Cardiología. Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería.

Comité Organizador y Científico de Enfermería

Vocales

D.ª Natalia Marín Guerrero <i>Enfermería de Cardiología. Hospital Universitario Costa del Sol. Marbella, Málaga.</i>	D. Francisco González Bonilla <i>Enfermería de Cardiología. Unidad de Estimulación Cardíaca. Hospital Universitario Costa del Sol. Marbella, Málaga.</i>
D.ª Sara Fernández Lendínez <i>Enfermería de Cardiología. Hospital Universitario Costa del Sol. Marbella, Málaga.</i>	D. Javier González Vela <i>Enfermería de Cardiología. Hospital Universitario Costa del Sol. Marbella, Málaga.</i>
D.ª Sara Gómez García-Olías <i>Enfermería de Cardiología. Hospital Universitario Costa del Sol. Marbella, Málaga.</i>	D. Rafael Mesa Rico <i>Enfermería de Cardiología. Agencia Sanitaria Costa del Sol, Marbella, Málaga.</i>
D.ª Beatriz Curiel Balsera <i>Enfermera. Hospital Universitario Costa del Sol. Marbella, Málaga.</i>	

REC: CardioClinics

www.reccardioclinics.org

59.º Congreso de la Sociedad Andaluza de Cardiología

Congreso andaluz de las enfermedades cardiovasculares

Marbella (Málaga), 13-15 de mayo de 2026

COMUNICACIONES ORALES

939/20. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LA ESTIMULACIÓN AURICULAR MONOCAMERAL SIN CABLES SIN DISPOSITIVO VENTRICULAR DE SEGURIDAD EN PACIENTES CON SÍNDROME DEL SENO ENFERMO SINTOMÁTICO

Manuel Molina Lerma¹, Bieito Campos², Juan Jiménez Jáimez³, Miguel Álvarez López³, Axel Sarrias⁴ e Ignacio Mosquera⁵

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

²Cardiología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

³Cardiología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

⁴Cardiología, Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona.

⁵Cardiología, Hospital Universitario de A Coruña, A Coruña.

Introducción y objetivos: La estimulación cardiaca sin cables representa una alternativa al sistema convencional, reduciendo complicaciones relacionadas con electrodos, generador e infecciones. Aunque las guías recomiendan estimulación DDDR en el síndrome del seno enfermo (SSS), la evidencia comparativa entre AAI y DDD es limitada y la progresión a bloqueo auriculoventricular (BAV) parece baja en pacientes seleccionados. El objetivo fue evaluar la efectividad y seguridad del implante de marcapasos monocameral auricular sin cables en pacientes con SSS sintomático. **Métodos:** Estudio retrospectivo multicéntrico que incluyó pacientes consecutivos con SSS sintomático e indicación de estimulación, definidos por correlación entre síntomas y bradicardia sinusal < 50 lpm o pausas > 3 segundos, QRS < 120 ms e intervalo PR < 220 ms. Se excluyeron pacientes con BAV documentado o síncope neuromediado. Se analizaron variables clínicas, electrocardiográficas y parámetros del dispositivo. Las variables continuas se expresaron como media $\pm$ desviación estándar y las categóricas como número y porcentaje. Se utilizaron pruebas t de Student (corrección de Welch cuando fue necesario) y t pareada para comparaciones intra-individuo. Se consideró significativo $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 21 pacientes de 4 centros (septiembre 2024-enero 2026). Diecinueve presentaron bradicardia sinusal sintomática y 2 pausas sinusales. Los síntomas predominantes fueron disnea (66,7%), mareo/cansancio

(23,8%) y síncope (9,5%). Tiempo medio del procedimiento: $69,3 \pm 21,9$ min; escopia: $11,0 \pm 8,6$ min; dosis: $7,4 \pm 3$ Gy·cm². Se registró una complicación periprocedimiento (trombosis venosa profunda). Cuatro pacientes requirieron recolocación. En el 66,7% se realizó test de Wenckebach, demostrando conducción AV 1:1 hasta 120 lpm. Tras un seguimiento medio de $88,6 \pm 53,5$ días, la mayoría experimentó mejoría clínica; un paciente no mejoró. No hubo recurrencias sincopales ni fibrilación auricular de nueva aparición. Un episodio de pérdida de conciencia fue de probable origen epiléptico. Se registró una complicación a las 48 h (aumento brusco de umbral por hiperpotasemia), que requirió extracción y posterior implante bicameral convencional. Los parámetros eléctricos se mejoraron significativamente en el seguimiento.

Conclusiones: En pacientes seleccionados con SSS sintomático, la estimulación auricular monocameral sin cables sin dispositivo ventricular de rescate mostró ser segura y eficaz, con adecuada conducción AV, estabilidad de parámetros y favorable respuesta clínica a corto plazo.

939/21. OPTIMIZACIÓN DEL CRIBADO DE HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR HETEROCIGOTA MEDIANTE MACHINE LEARNING: VALIDACIÓN PROSPECTIVA Y CORRELACIÓN GENÉTICA (2024-2025)

Marianela Carolina Castillo Núñez, Gustavo Aníbal Cortez Quiroga, Carmen Durán Torralba y Carlos Millán Rodríguez

Cardiología, Hospital Alto Guadalquivir, Andújar, Jaén.

Introducción y objetivos: El hipercolesterolemia familiar heterocigota (HFhe) es una enfermedad monogénica con alto riesgo cardiovascular, frecuentemente infradiagnosticada. La implementación de algoritmos de inteligencia artificial (IA) promete mejorar la identificación de casos índice, especialmente en poblaciones de alto riesgo como aquellas con enfermedad coronaria precoz (ECP) o niveles de LDL-c = 190 mg/dl. El objetivo es evaluar el rendimiento diagnóstico de un modelo predictivo de *machine learning* (Naïve Bayes) frente al test genético en una cohorte prospectiva de pacientes con sospecha clínica de HFhe.

Métodos: Estudio prospectivo sobre una cohorte de 536 individuos con sospecha de HFhe. Se aplicaron criterios de la Dutch Lipid Clinic Network (DLCN) = 6 puntos o lipoproteína (a) = 180 mg/dl. Se evaluaron siete modelos de *machine learning*, seleccionando el algoritmo Naïve Bayes por su mayor rendimiento diagnóstico. La validación se realizó mediante estudio genético completo en una subcohorte de pacientes, que se presenta como un estudio piloto o preliminar.

Resultados: El modelo Naïve Bayes presentó una excelente capacidad de discriminación (AUC = 0,83). En la subcohorte con validación genética (n = 8), el algoritmo clasificó correctamente a 5 pacientes (exactitud: 62,5%). El análisis arrojó una sensibilidad del 66,7% y una especificidad del 60,0%. El valor predictivo negativo (VPN) fue del 75,0%, destacando su utilidad para descartar casos, mientras que el valor predictivo positivo (VPP) se situó en el 50,0%. Se identificó una discordancia relevante en un paciente con fenotipo de LDL-c elevado pero portador de una variante en ABCG8 (sitosterolemia), evidenciando las limitaciones del modelo ante fenocopias sin biomarcadores específicos.

Conclusiones: El modelo de *machine learning* actúa como un filtro inteligente (VPN 75%), posicionándose como una herramienta eficaz para priorizar el test genético en fenotipos de alto riesgo. Su integración en la historia clínica electrónica permite un triaje digital para el diagnóstico precoz. No obstante, para garantizar la robustez estadística y la generalización del algoritmo, es imperativa una validación externa multicéntrica que corrija sesgos locales y asegure su precisión en diversas poblaciones y registros clínicos.

939/22. IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE SOPORTE A LA DECISIÓN CLÍNICA BASADO EN MACHINE LEARNING PARA EL MANEJO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

Marianela Carolina Castillo Núñez¹,
Gustavo Aníbal Cortez Quiroga¹, Carmen Durán Torralba¹,
Carlos Millán Rodríguez¹ y Carmen Rus Mansilla²

¹Cardiología, Hospital Alto Guadalquivir, Andújar, Jaén.

²Cardiología, Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

Introducción y objetivos: La insuficiencia cardiaca (IC) es la primera causa de ingreso en mayores de 65 años, con un 32,6% de reingresos anuales. Existe una infrarrepresentación femenina en la evidencia clínica pese a las diferencias fisiopatológicas en la IC con fracción de eyección preservada (ICFEP). El objetivo es desarrollar y desplegar un modelo predictivo basado en inteligencia artificial (IA) para muerte cardiovascular y hospitalización, integrando la perspectiva de género.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo basado en *big data* de la Base de Datos de Usuarios (BDU) del SAS desde 2020. Con una prevalencia estimada del 2-5%, se analizarán entre 250.000 y 400.000 registros de pacientes con IC. Este volumen garantiza la robustez necesaria para el entrenamiento de los algoritmos de *machine learning* y *deep learning* propuestos. El despliegue se estructura en cuatro fases técnicas: Fase 1 (meses 1-6). Ingeniería de Datos: extracción automatizada y pseudoanonimización de variables clínicas, ecocardiográficas y factores específicos de la mujer (pre-eclampsia, menopausia entre otros) bajo normativa RGPD. Fase 2 (meses 7-12). Modelado: entrenamiento de algoritmos supervisados (regresión logística, SVM (máquina de vectores de soporte), árbol de decisión, bosque aleatorio (*random forest*), KNN (vecinos más cercanos), entre otros), no supervi-

sados y aprendizaje profundo, priorizando la explicabilidad («caja blanca»). Fase 3 (meses 13-18). Validación: evaluación de robustez mediante validación cruzada y métricas de desempeño (área bajo la curva AUC, precisión, sensibilidad, F1-score), con el objetivo de alcanzar un rendimiento diagnóstico (AUC > 0,85). Fase 4 (meses 19-24). Despliegue: Integración del modelo como una herramienta de soporte a la decisión clínica (CDSS) interoperable con el sistema de información hospitalaria (HIS/Diraya) para la generación de alertas automáticas.

Resultados: Las alertas tempranas facilitarán la transición de un modelo reactivo a uno preventivo, optimizando la terapia pronóstica (SGLT2, ARNI/IECA/ARB, ARM, BB) de forma personalizada. Se prevé que este CDSS reduzca reingresos y corrija la brecha diagnóstica en mujeres con ICFEP.

Conclusiones: Este proyecto propone una solución tecnológica escalable para la gestión eficiente de la cronicidad en el sistema público de salud. La medicina de precisión, apoyada en algoritmos sensibles al sexo, es fundamental para asegurar la sostenibilidad del sistema y la equidad en los resultados en salud.

939/23. PRESENCIA DE VARIANTES GENÉTICAS TÍPICAMENTE ASOCIADAS A MIOPATÍAS ESQUELÉTICAS EN PACIENTES CON FENOTIPO CARDIOLÓGICO AISLADO

Miguel López Tejada, Ainhoa Robles Mezcuca,
Clara Jiménez Rubio, Arancha Díaz Expósito,
Alejandro Isidoro Pérez Cabeza, Alberto Contreras Muñoz,
Rafael Franco Hita, Cristian Peláez Berdun
y José Manuel García Pinilla

Cardiología, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción y objetivos: Algunas variantes genéticas clásicamente asociadas a miopatías esqueléticas han sido identificadas en pacientes con fenotipo exclusivamente cardiológico, sin afectación muscular periférica. Este hallazgo sugiere una posible correlación genotipo-fenotipo distinta a la descrita y plantea interrogantes sobre su mecanismo patogénico y su patrón de herencia. Nuestro objetivo fue caracterizar las manifestaciones clínicas, de imagen y genéticas de pacientes con miocardiopatía aislada portadores de variantes genéticas típicamente relacionadas con miopatías esqueléticas, así como analizar su evolución clínica y la expresión fenotípica familiar.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en pacientes mayores de 18 años con miocardiopatía o trastornos de la conducción portadores de variantes genéticas patogénicas o probablemente patogénicas clásicamente asociadas a miopatías esqueléticas. Se recogieron variables clínicas, antecedentes familiares, fenotipo cardiológico, hallazgos en pruebas de imagen, eventos clínicos relevantes y resultados del estudio genético.

Resultados: Se incluyeron 34 pacientes con fenotipo cardiológico aislado. La mediana de edad al inicio del seguimiento fue de 49 años (rango 16-78) y el 61,8% eran varones. La duración media del seguimiento fue de 4,6 años. El fenotipo cardiológico más frecuente fue la miocardiopatía dilatada (64,7%), seguido de miocardiopatía hipertrófica (26,5%), dos casos de miocardiopatía no dilatada del ventrículo izquierdo y un caso con taquicardia ventricular como forma de presentación. Se identificaron variantes en 21 genes diferentes. El gen más frecuente fue ANO5 (41,2%), predominantemente asociado a miocardiopatía dilatada. Otros genes recurrentes fueron MYH7 (5 pacientes), DMD (4), y NEBL, GAA, PMM2, FKR y OBSCN (3 cada uno). Los 3 pacientes ACTA 1 presentaron co-

segregación familiar, desarrollando todos insuficiencia cardíaca avanzada durante el seguimiento. 76,5% de los pacientes no presentaba hipertensión arterial, enfermedad coronaria significativa u otros factores que justificaran el fenotipo. 38,2% tenía antecedentes familiares de miocardiopatía y el 17,6% antecedentes de distrofia muscular. 61,8% de los pacientes con miocardiopatía dilatada presentó realce tardío de predominio subepicárdico o intramiocárdico en RMN. 21,1% progresó a clase funcional III-IV y el 14,7% presentó eventos arrítmicos mayores.

Conclusiones: Encontramos en nuestra cohorte una asociación relevante entre variantes genéticas típicamente miopáticas y genotipos exclusivamente cardiológicos, en ausencia de otros factores desencadenantes. Esto podría justificarse por su expresión tanto a nivel de musculoesquelético como cardíaco.

939/24. RESULTADOS DE LA REPARACIÓN MITRAL PERCUTÁNEA DE BORDE A BORDE EN SUPERVIVIENTES DE CÁNCER SEGÚN LA ETIOLOGÍA DE LA INSUFICIENCIA MITRAL

Lucas Javier Barreiro Mesa, Rafael González Manzanares, Soledad Ojeda Pineda, Manuel Pan Álvarez-Ossorio y María Dolores Mesa Rubio

Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: En los supervivientes de cáncer, la insuficiencia mitral (IM) grave puede ser una consecuencia directa de la cardiotoxicidad relacionada con el tratamiento o un hallazgo incidental superpuesto. Las implicaciones pronósticas de la etiología de la IM en esta población de alto riesgo sometida a tratamiento percutáneo siguen sin estar suficientemente exploradas. El objetivo es evaluar si la etiología de la IM influye en los resultados clínicos de los pacientes con un diagnóstico previo de cáncer sometidos a reparación mitral percutánea de borde a borde (M-TEER).

Métodos: Subestudio observacional multicéntrico a partir del registro español de M-TEER, 155 supervivientes de cáncer tratados con M-TEER. Se estratificaron en dos grupos según la etiología de la IM: IM atribuible a cardiotoxicidad (IM-CTOX) e IM no atribuible a cardiotoxicidad (IM-NCTOX). El endpoint primario fue una combinación de mortalidad por cualquier causa u hospitalización no planificada por insuficiencia cardíaca (IC) en el seguimiento a medio plazo.

Resultados: 155 pacientes, 60 (38,7%) presentaban IM-CTOX y 95 (61,3%) presentaban IM-NCTOX. Las características basales diferían de forma significativa: los pacientes IM-CTOX eran más jóvenes, presentaban una mayor prevalencia de neoplasias hematológicas (35,0 vs. 10,5%, $p < 0,001$) y presentaban un EuroSCORE II más bajo (4,6 frente a 6,5, $p = 0,012$). Presentaban significativamente menores tasas de comorbilidades. Durante el seguimiento, el evento combinado se produjo en proporciones similares entre los grupos: 29 (48,3%) en IM-CTOX y 47 (49,5%) en IM-NCTOX (HR 1,05; IC95%: 0,66-1,67; $p = 0,824$). No se observaron diferencias significativas en la mortalidad por todas las causas (36,7 frente a 32,6%, $p = 0,498$) ni en las hospitalizaciones por IC (33,3 frente a 33,7%, $p = 0,840$). Los predictores independientes de resultados adversos fueron la diabetes, la anemia, el EuroSCORE II y las neoplasias hematológicas.

Conclusiones: El origen de la IM (cardiotóxica frente a incidental concurrente) no influye de manera significativa en la mortalidad a medio plazo ni en las hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca, lo que sugiere que el M-TEER es una opción terapéutica segura e igualmente eficaz, independientemente de la etiología de la IM.

939/25. MANEJO PERCUTÁNEO DE LA ENFERMEDAD BIFURCACIONAL DEL TRONCO CORONARIO IZQUIERDO: EXPERIENCIA DE UN CENTRO

Ane Erkoreka Gasituaga¹, Miguel Ángel Montilla Garrido¹, Carmen Lluch Requerey², Elena Izaga Torralba¹, Santiago Jesús Camacho Freire¹, Jessica Roa Garrido¹, Óscar Lagos Degrande¹ y Antonio Enrique Gómez Menchero¹

¹Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

²Hemodinámica, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción y objetivos: La enfermedad del tronco coronario izquierdo (TCI) afecta al 10% de los pacientes coronarios y se asocia con mayor mortalidad, especialmente cuando existe afectación de la bifurcación. El tratamiento óptimo de estas lesiones aún no está claramente establecido. El objetivo de este estudio fue analizar los pacientes de nuestro centro con lesiones bifurcacionales del TCI que requirieron tratamiento del vaso principal y de la rama lateral.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo (2022-2024) en pacientes sometidos a tratamiento percutáneo de lesiones bifurcacionales del TCI. Se recogieron las características basales y los datos del procedimiento. Los eventos cardiovasculares adversos mayores (MACE) se definieron como infarto agudo de miocardio (IAM), muerte cardiovascular (MCV) o fracaso de la lesión diana (TLF).

Resultados: Se incluyeron 48 pacientes (edad media $72,9 \pm 10,3$ años; FEVI $49,1 \pm 11,5\%$), con alta prevalencia de FRCV. La presentación clínica fue: angina estable o inestable (33,4%), IAMSEST (45,8%) e IAMCEST (20,8%). Se utilizaron imágenes intracoronarias en el 39,6% de los casos; 13 con IVUS (27,1%) y 6 con OCT (12,5%). Todos los pacientes recibieron stent en la lesión TCI-DA. La lesión TCI-Cx se trató con balón farmacactivo (60,4%) o stent (39,6%). Durante un seguimiento medio de 1 año, la MCV fue del 8,3% (N: 4), IAM del 16,7% (N: 8) y el TLF del 20,8% (N: 10), con una tasa de MACE del 33,3%. En el análisis multivariante no se identificaron predictores significativos de MACE, aunque se observó una tendencia a mayor riesgo de MACE con el stent frente a balón farmacactivo en la lesión TCI-Cx (HR 1,85, IC95%: 0,63-5,43, $p = 0,26$), y una tendencia a menor riesgo con el uso de imagen intracoronaria (HR 0,44; IC95%: 0,17-1,15; $p = 0,09$).

Conclusiones: En esta cohorte de pacientes con lesiones bifurcacionales del TCI, la ICP mostró resultados clínicos aceptables a medio plazo. No se identificaron predictores significativos de MACE, aunque se observó una tendencia a mayor riesgo con stent en TCI-Cx y a menor riesgo con imagen intracoronaria.

939/26. DETECCIÓN PRECOZ DE CARDIOTOXICIDAD POR TRASTUZUMAB MEDIANTE STRAIN MIOCÁRDICO MÁS ALLÁ DE LA FRACCIÓN DE EYECCIÓN

María del Rocío Costales Pavón, Marta Barba Jiménez, María José Romero Reyes, Manuel González Correa y Francisco Molano Casimiro

Cardiología, Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

Introducción y objetivos: El uso de terapias dirigidas como el trastuzumab ha mejorado de forma significativa el pronóstico del cáncer de mama HER2 positivo. Sin embargo, su administración se asocia a efectos adversos cardiovasculares, principalmente disfunción ventricular izquierda. Aunque la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) continúa siendo el parámetro estándar de seguimiento, presenta limi-

taciones para detectar daño miocárdico precoz. En este contexto, las técnicas de deformación miocárdica, como el strain longitudinal global (GLS), permiten identificar alteraciones subclínicas antes de que se produzcan cambios en la FEVI. La implicación del ventrículo derecho y el papel de biomarcadores en este escenario no están completamente establecidos. Analizar los cambios en la función ventricular inducidos por trastuzumab mediante parámetros convencionales y avanzados de ecocardiografía, incluyendo la valoración del ventrículo derecho, y explorar su relación con factores clínicos y biomarcadores cardíacos.

Métodos: Estudio retrospectivo en pacientes tratados con trastuzumab con ecocardiograma basal y seguimiento. Se analizaron variables clínicas, factores de riesgo cardiovascular, biomarcadores y parámetros ecocardiográficos, incluyendo FEVI, GLS del ventrículo izquierdo y strain del ventrículo derecho.

Resultados: Se analizaron 73 pacientes, mayoritariamente mujeres, con edad media de 61 años. Tras el tratamiento con trastuzumab, la FEVI disminuyó significativamente, con una reducción media cercana a 4 puntos y caídas = 10% en un tercio de los casos. El GLS del ventrículo izquierdo también empeoró de forma significativa, afectando a más de la mitad de los pacientes, sin correlación con los cambios en FEVI. No se observaron alteraciones relevantes en el ventrículo derecho. Los biomarcadores cardíacos tendieron a aumentar tras el tratamiento. La diabetes mellitus tipo 2 se asoció con menor deterioro del GLS.

Conclusiones: El tratamiento con trastuzumab se asocia a un deterioro de la función ventricular izquierda detectable tanto por FEVI como, de forma más precoz, mediante parámetros de deformación miocárdica. El GLS emerge como una herramienta clave para la identificación temprana de cardiotoxicidad, aportando información complementaria a la FEVI. En esta serie, la afectación del ventrículo derecho fue mínima. Estos hallazgos refuerzan la importancia de una estrategia de monitorización multimodal en pacientes sometidos a terapias oncológicas potencialmente cardiotóxicas.

939/27. ¿CONOCEMOS REALMENTE EL RIESGO CARDIOVASCULAR DE LA MUJER? PONTE A PRUEBA

Beatriz Calvo Bernal, Rocío Sánchez Vaca, Miriam Auxiliadora Martín Toro y Esperanza Molero Almazán

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

Introducción y objetivos: El conocimiento sobre factores de riesgo cardiovascular (FRCV) específicos de la mujer es cada vez mayor, así como sus peculiaridades en la enfermedad aterosclerótica. Sin embargo, en la práctica clínica habitual, no son totalmente considerados y por tanto infradiagnosticados e infratratados.

Métodos: Evaluar el grado de conocimiento sobre la salud cardiovascular (CV) en la mujer entre el personal sanitario (la mayoría médicos). Se realizó un cuestionario de 15 preguntas en un congreso de cardiología preventiva.

Resultados: N = 32 (59% mujeres). Sobre diferencias en el metabolismo lipídico o si la enfermedad CV presenta características específicas en la mujer hubo consenso mayoritario en que así era (84% y 94% respectivamente). Acerca de FRCV específicos, 94% pensaban que existen y que aquellos relacionados con los hábitos de vida impactaban más en la mujer (97%). El 81% opinaron que en la mujer había más hipercoagulabilidad. Hubo consenso (97%) en que la mujer tiene más riesgo de hemorragias con los anticoagulantes. El

88% acordó que el diagnóstico en más tardío y se infratrató el SCA en la mujer. El 100% opina que los SCORES subestiman el riesgo en la mujer. Pero también hay creencias erróneas entre los sanitarios. Sobre si la enfermedad renal crónica es más prevalente y se manifiesta antes en el varón, solo el 47% piensa que es falso. Un 66% creen que no hay influencia hormonal. El 63% opinaron que los fármacos han sido testados similar en ambos sexos. El 66% de los sanitarios erraron en que la LpA se mide solo una vez y no se modifica nunca. Acerca de si la mujer se remite más a rehabilitación cardíaca y es más cumplidora el 81% piensa erróneamente que sí. El 78% afirma evaluar la historia ginecológica de las mujeres así como el 38% conoce protocolos en su centro de derivación a AP/cardiología desde ginecología cuando se detectan FRCV relacionados con el embarazo.

Conclusiones: Nuestros resultados resaltan el desconocimiento sobre salud CV en la mujer entre los sanitarios tanto en aspectos fisiopatológicos como epidemiológicos. Llama la atención que un alto porcentaje evalúa los antecedentes ginecológicos y aplica protocolos de derivación cuando detecta FRCV emergentes. Por tanto, aún queda margen de mejora en cuanto al conocimiento sobre salud CV en la mujer que nos permita cambiar el pronóstico en esta población.

939/28. HALLAZGOS ELECTROCARDIOGRÁFICOS EN DEPORTISTAS JÓVENES DURANTE EL RECONOCIMIENTO MÉDICO DEPORTIVO: ANÁLISIS COMPARATIVO SEGÚN CRITERIOS INTERNACIONALES POR ENFERMERÍA

Antonio Rodríguez Martínez, María Jesús Gómez Amate y Sabina Sánchez Villanueva

Enfermería, Hospital de Poniente, El Ejido, Almería.

Introducción y objetivos: La muerte súbita cardíaca en deportistas jóvenes, aunque poco frecuente, constituye un problema relevante por su impacto clínico y social. La evaluación previa a la participación deportiva, especialmente mediante electrocardiograma, se ha propuesto como herramienta eficaz para identificar cardiopatías subyacentes potencialmente letales. La introducción de los criterios internacionales de interpretación del ECG, como los criterios de Seattle revisados en 2017, ha mejorado la especificidad diagnóstica, aunque su aplicación en población pediátrica sigue siendo controvertida. El objetivo de este estudio fue analizar la prevalencia de hallazgos electrocardiográficos anormales en deportistas jóvenes de entre 11 y 16 años, así como evaluar posibles diferencias en función de la edad y el sexo.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo entre 2018 y 2025. La muestra incluyó 45.333 reconocimientos médicos deportivos correspondientes a 25.158 deportistas de ambos sexos, pertenecientes a diferentes disciplinas deportivas. El protocolo de evaluación se organizó en cuatro estaciones: historia clínica, valoración antropométrica, exploración médica y ECG de 12 derivaciones en reposo. Los ECG fueron realizados por personal de enfermería y analizados según los criterios internacionales de 2017, clasificándose como normales, límite o patológicos.

Resultados: La prevalencia de hallazgos electrocardiográficos anormales fue baja, situándose en torno al 1,34-1,36%. Los hallazgos más frecuentes fueron de carácter fisiológico, relacionados con la adaptación al ejercicio, como el incremento de voltaje, la bradicardia sinusal y la repolarización precoz. Las alteraciones de la onda T fueron comunes en derivaciones precordiales anteriores (V1-V3), consideradas normales en población joven (patrón juvenil). Sin embargo, la extensión de

estas alteraciones a derivaciones más allá de V3 fue menos frecuente y requirió mayor atención clínica. Se observaron diferencias por edad y sexo, siendo los hallazgos adaptativos más frecuentes en adolescentes y varones, mientras que en niños predominaban patrones propios del desarrollo.

Conclusiones: La baja prevalencia de hallazgos anormales confirma la utilidad del ECG como herramienta de cribado en deportistas jóvenes. Los criterios internacionales de 2017 demostraron ser eficaces y aplicables en esta población. La correcta interpretación del ECG, teniendo en cuenta la edad y el sexo, es fundamental para diferenciar adaptaciones fisiológicas de posibles patologías y contribuir a la prevención de la muerte súbita cardíaca.

939/29. EVOLUCIÓN ECOCARDIOGRÁFICA DE LA INSUFICIENCIA TRICUSPÍDEA TRAS EL IMPLANTE DE MICRA EN PACIENTES CON ANTECEDENTES DE VALVULOPATÍA TRICUSPÍDEA

Julia Jiménez Ranchal¹, Marta Pombo Jiménez², Almudena Valle Alberca¹, Juan Francisco Muñoz Bellido¹ y Francisco Ruiz Mateas¹

¹Cardiología, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga.

²Cardiología, Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Introducción y objetivos: La insuficiencia tricuspídea (IT) relacionada con dispositivos implantables cardíacos se asocia a insuficiencia cardíaca y mayor mortalidad. En pacientes con marcapasos convencionales, los cables pueden dañar la válvula tricúspide y causar regurgitación significativa. Los marcapasos sin cables (Micra) podrían evitar estas complicaciones al alojarse en el ventrículo derecho sin atravesar la válvula. Sin embargo, aún hay pocos datos sobre su impacto en la IT. Nuestro estudio se centró en analizar la evolución de la IT tras implantar un Micra en pacientes con enfermedad tricuspídea significativa o prótesis valvulares.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en pacientes con patología tricuspídea (bioprótesis, reparación o IT grave) que recibieron un marcapasos sin cables (Micra) entre enero de 2021 y enero de 2024 en un hospital secundario. Se analizaron características clínicas, parámetros eléctricos, evolución ecocardiográfica de la IT y eventos adversos durante el seguimiento.

Resultados: De los 38 dispositivos Micra implantados entre enero de 2021 y enero de 2024, 9 (24,3%) fueron en pacientes con antecedentes de intervención tricuspídea (77,8% bioprótesis, 11,1% reparación y 11,1% IT grave). Antes del implante, 3 pacientes (33,3%) no presentaban IT, 3 (33,3%) presentaban IT leve, 1 paciente (11,1%) IT moderada, 2 pacientes (22,2%) IT grave. El primer ecocardiograma de control se realizó a una mediana de 4 meses tras el implante, observándose ausencia de IT en 2 pacientes (22,2%), IT leve en 3 pacientes (33,3%), IT moderada en 1 de ellos (11,1%) e IT grave en 1 paciente (11,1%). Hubo dos fallecimientos no relacionados con el dispositivo ni el procedimiento.

Conclusiones: Nuestros resultados sugieren que, en pacientes con antecedentes de intervención sobre la válvula tricúspide, el implante de un marcapasos sin cables no se asocia con un empeoramiento relevante de la insuficiencia tricuspídea durante el seguimiento. En la mayoría de los casos, se observa una estabilización o solo una progresión leve de la IT, con una proporción considerable de pacientes que incluso no presentan IT tras el implante. Estos hallazgos refuerzan el perfil de seguridad del Micra en este subgrupo de pacientes complejos, y apoyan su uso como alternativa terapéutica en casos en los que la estimulación convencional puede agravar la regurgitación tricuspídea.

939/30. PERICARDIOTOMÍA CON BALÓN PERCUTÁNEA EN EL DERRAME PERICÁRDICO MALIGNO RECURRENTE: SERIE DE CASOS Y REVISIÓN DE LA EVIDENCIA

Pedro Fernández Martín¹, José Ignacio Larrubia Valle¹, Ana María García Bellón², Beatriz Pérez Villardón², Carlos Sánchez González³ y Cristóbal A. Urbano Carrillo¹

¹Cardiología, Hospital Universitario Regional de Málaga, Málaga.

²Cardio-oncología, Servicio de Cardiología, Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga. ³Unidad de Hemodinámica, Servicio de Cardiología, Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga.

Introducción y objetivos: El derrame pericárdico maligno (DPM) es una entidad frecuente en pacientes oncológicos, asociada a alta recurrencia tras pericardiocentesis (20-60%) y a un pronóstico limitado. En los últimos años, la pericardiotomía con balón percutáneo (PBP) ha emergido como alternativa mínimamente invasiva, con menores tasas de recurrencia (10-12%) y eficacia comparable a la cirugía. Nuestro objetivo es analizar el papel de la PBP en la práctica clínica y contextualizar nuestros resultados en el marco de la evidencia reciente.

Métodos: Estudio descriptivo de pacientes consecutivos con DPM sintomático tratados mediante PBP. Se recogieron variables clínicas, ecocardiográficas y procedimentales, así como evolución clínica. Los hallazgos se interpretaron en comparación con la evidencia disponible, incluyendo registros contemporáneos y ensayos clínicos recientes.

Resultados: La edad media fue de 56,6 años, el 60% fueron mujeres. La PBP mostró una tasa de éxito técnico completa y un perfil de seguridad excelente, con control clínico inmediato del derrame. En comparación con la literatura, donde las complicaciones pueden alcanzar hasta el 30% y la recurrencia tras pericardiocentesis es elevada, nuestros resultados se alinean con los datos de ensayos clínicos y registros más recientes que posicionan la PBP como una estrategia eficaz, con menor recurrencia frente a drenaje (12 vs. 60%) y menos taponamiento, sin afectar supervivencia ni calidad de vida. Durante el seguimiento, no se documentaron recurrencias significativas con compromiso hemodinámico inmediato. La mortalidad estuvo relacionada con la progresión oncológica (hasta 45 días), sin eventos atribuibles al procedimiento.

Conclusiones: La PBP es una técnica segura y altamente efectiva para el manejo del DPM, especialmente en escenarios de recurrencia o alto riesgo quirúrgico. Nuestros hallazgos, en línea con la evidencia más reciente, refuerzan su papel como estrategia preferente frente a la pericardiocentesis aislada y comparable a la cirugía en eficacia. Estos resultados respaldan su uso como alternativa percutánea a la ventana quirúrgica, debiendo considerarse una opción de primera línea en pacientes seleccionados, especialmente en contexto paliativo.

939/31. INCIDENCIA Y PREDICTORES DE DISFUNCIÓN PROTÉSICA TRAS IMPLANTE DE PRÓTESIS BIOLÓGICA TRICUSPÍDEA: ANÁLISIS CON LA MORTALIDAD COMO EVENTO COMPETITIVO

Germán Alegre García, Cristian Peláez Berdún, Alberto Contreras Muñoz, Jorge Rodríguez Capitán, Jorge Segovia Reyes, Luis García Rodríguez y Manuel F. Jiménez Navarro

Cardiología, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción y objetivos: Existe escasa evidencia sobre la incidencia real y los factores asociados a la disfunción de pró-

tesis tricuspídea. El objetivo del estudio fue analizar la incidencia y los predictores de disfunción protésica tricuspídea.

Métodos: Realizamos un estudio observacional retrospectivo monocéntrico incluyendo pacientes sometidos a implante de bioprótesis tricuspídea quirúrgica. Recogimos variables clínicas basales, comorbilidades, datos ecocardiográficos y características protésicas. La variable principal fue la aparición de disfunción protésica significativa durante el seguimiento, definida como estenosis o insuficiencia al menos moderada-grave. Posteriormente, realizamos análisis descriptivos y comparativos entre pacientes con y sin disfunción protésica, considerando la mortalidad total como evento competitivo mediante modelos de riesgos competitivos.

Resultados: Se incluyeron 222 pacientes, con una edad mediana al implante de 67,9 años, siendo el 74,8% mujeres. La creatinina basal mediana fue de 0,95 mg/dl y el tamaño protésico mediano de 29 mm. La mediana de seguimiento fue de 3,9 años (RIC 1,3-6,4). Durante el seguimiento, 48 pacientes (21,7%) desarrollaron disfunción protésica significativa: 17 presentaron doble lesión valvular, 18 insuficiencia tricuspídea aislada y 13 estenosis aislada. La incidencia acumulada, considerando la mortalidad como evento competitivo, fue del 3,84% al año (IC95% 1,80-7,01%), 11,32% a los 3 años (7,34-16,25) y 15,79% a los 5 años (10,9-21,5). Se identificaron como predictores independientes de carácter protector la edad (SHR 0,95, IC95% 0,93-0,98), el tamaño de la prótesis (SHR 0,77, IC95% 0,66-0,89), y la etiología secundaria a valvulopatía izquierda (SHR 0,25, IC95% 0,06-0,94). No se observaron diferencias significativas en otras variables.

Conclusiones: En pacientes sometidos a reemplazo valvular tricuspídeo, la disfunción protésica es una complicación frecuente a medio plazo. La mayor edad, el mayor tamaño protésico y la etiología secundaria a valvulopatía izquierda se asociaron de forma independiente con menor riesgo de disfunción. Estos hallazgos destacan la relevancia de la selección del tamaño protésico adecuado y apoyan la necesidad de un seguimiento clínico y ecocardiográfico estrecho, especialmente en pacientes más jóvenes y con enfermedad tricuspídea primaria, que podrían constituir un subgrupo de mayor riesgo. Futuros estudios deberían evaluar estrategias dirigidas a reducir el riesgo de disfunción en estos subgrupos.

939/32. EVOLUCIÓN TEMPORAL DEL RENDIMIENTO DEL ESTUDIO GENÉTICO EN MIOCARDIOPATÍA DILATADA Y PAPEL DEL MADRID GENETIC SCORE

María Esperanza Donoso Muñoz¹, Carlos Palacios¹, Marta Barba Jiménez², Cecilia Prados Murcia¹, Inmaculada Paneque Sánchez-Toscano³, Helena Llamas Gómez¹, María Luisa Peña Peña¹, Marta Martín Vélez¹, Juan Manuel Aragón González¹ y Javier Azcona Sousa¹

¹Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

²Cardiología, Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

³Enfermería de Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción y objetivos: El estudio genético (EG) en la miocardiopatía dilatada (MCD) se ha integrado en la práctica clínica para el diagnóstico, el cribado familiar y la estratificación del riesgo, aunque su rendimiento varía según la selección clínica. El Madrid Genetic Score (MGS) se ha propuesto para identificar a los pacientes con mayor probabilidad de beneficio. Los objetivos del estudio fueron evaluar el rendimiento diagnóstico del EG, su evolución temporal y la aplicabilidad del MGS en una cohorte de MCD

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de probandos con MCD sometidos a EG (2014-2024) en una Unidad de Cardiopatías Familiares. Los resultados se categorizaron como positivos (variantes patogénicas/probablemente patogénicas, P/PP), negativos o no concluyentes. Se recogieron variables clínicas y se calculó el MGS.

Resultados: Se incluyeron 154 pacientes (67,5% varones), con edad media al diagnóstico de $48 \pm 16,1$ años y fracción de eyección ventricular izquierda de $30,9 \pm 9,7\%$. La mayoría se encontraba en clase funcional NYHA II (39,1%). 60 pacientes (39%) portaban dispositivos implantables. El EG fue positivo en 56 pacientes (36,4%), negativo en 89 (57,8%) y no concluyente en 9 (5,8%). Los genes más frecuentes fueron TTN ($n = 16$), LMNA ($n = 11$) y BAG3 ($n = 3$). Las solicitudes de EG aumentaron con el tiempo (de 7 en 2014 a 59 en 2024), mientras que el rendimiento disminuyó (de 100% a 36%). En cuanto al MGS, la mayoría obtuvo 2 o 3 puntos (46 [30,3%] y 55 [36,2%], respectivamente). El rendimiento del estudio genético aumentó con la puntuación del MGS y fue consistente con la cohorte original, especialmente para puntuaciones = 2: puntuación 0, 4 EG+ (22,2%); puntuación 1, 13 EG+ (28,3%); puntuación 2, 21 EG+ (38,2%); puntuación 3, 15 EG+ (51,7%); puntuación 4, 3 EG+ (75%); ningún paciente obtuvo 5 puntos.

Conclusiones: La mayor disponibilidad del estudio genético ha incrementado su uso, extendiéndolo a una población más amplia. Esto se asocia a un menor rendimiento diagnóstico, aunque dentro de los rangos descritos en la literatura. Herramientas de estratificación como el MGS pueden guiar la indicación del estudio y aumentar la probabilidad pretest de obtener un resultado positivo. No obstante, en nuestra cohorte, una proporción de pacientes presentó un resultado genético positivo a pesar de un MGS bajo.

939/33. ESTIMULACIÓN EN RAMA IZQUIERDA EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA CONGÉNITA: EXPERIENCIA INICIAL Y RESULTADOS A UN AÑO DE UN CENTRO TERCIARIO

José Vico Jiménez, Juan Manuel Serrano Marcos, Juan Carlos Aguilar Fernández y Manuel Molina Lerma

Cardiología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción y objetivos: La estimulación en rama izquierda (ERI) ha emergido como una alternativa fisiológica a la estimulación convencional, con potencial beneficio en la sincronía ventricular, así como en evitar los efectos deletéreos de la estimulación a largo plazo. Sin embargo, la evidencia en pacientes con cardiopatía congénita es limitada. El objetivo es describir la experiencia inicial en estos pacientes evaluando su perfil de seguridad y su impacto sobre parámetros eléctricos y ecocardiográficos a un año.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo que incluyó pacientes con cardiopatías congénitas sometidos a implante de dispositivo de estimulación con cable en área de rama izquierda. La cohorte incluyó cardiopatías congénitas simples y complejas (desde CIA/CIV hasta transposición de grandes vasos congénitamente corregida), incluyendo varios pacientes portadores de dispositivos de estimulación convencional previos. Se recogieron variables basales, procedimentales y de seguimiento al año. Las variables continuas se expresan como mediana y rango.

Resultados: Se incluyeron 8 pacientes. No se registraron complicaciones durante el procedimiento, logrando en todos ellos captura selectiva de rama izquierda. La duración del QRS se redujo de una mediana de 160 ms (110-180) a 120 ms (108-138) tras el implante, manteniéndose en 120 ms (110-140) al año.

La FEVI fue de 50% (40-55) basal y 50,5% (40-61) al año, con estabilidad global y mejoría = 5% en el 25% de los pacientes. El DTDVI mostró una ligera reducción (53 mm [47-63] vs. 52,5 mm [40-58]). Los parámetros del electrodo se mantuvieron estables, incluyendo umbrales (0,75 mV a 0,35/0,4 ms [0,25-1] vs. 0,75 mV a 0,35/0,4 ms [0,5-1,125]) e impedancias. El porcentaje de estimulación fue elevado (mediana 99%). Durante el seguimiento, se registró un único evento arritmico auricular *de novo* (flutter auricular atípico), sin episodios de descompensación de insuficiencia cardiaca. No se observaron complicaciones relacionadas con el dispositivo, así como ausencia de casos de muerte o trasplante al año.

Conclusiones: En esta serie que incluye pacientes con cardiopatía congénita la ERI se muestra como una técnica segura, sin complicaciones periprocedimiento ni eventos relacionados con el dispositivo. Además, consigue una reducción significativa del QRS con estabilidad de los parámetros eléctricos, apoyando el papel de la estimulación fisiológica en este grupo complejo de pacientes.

939/34. APLICACIÓN DE ESCALAS PRONÓSTICAS Y SINTOMATOLOGÍA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIORRENAL

María Isabel Navarro-Pelayo Torres¹, Julia López Buiza², María del Mar Robles Musso Campos², Jesús Gabriel Sánchez Ramos², Ana García Girón³, Elisa Berta Pereira Pérez², María José Espigares Huete³, Carmen Ruiz Fuentes³ y Francisco José Bermúdez Jiménez¹

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

²Cardiología, Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

³Nefrología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción y objetivos: Los pacientes con enfermedad cardiorrenal (ECR) presentan un pronóstico más desfavorable respecto a aquellos con una única condición patológica. La aplicación de escalas y una correcta anamnesis durante la entrevista clínica son fundamentales para mejorar su situación clínica. El objetivo fue conocer el grado de sintomatología y el pronóstico, funcionalidad y comorbilidad de estos pacientes mediante la aplicación de escalas validadas.

Métodos: Estudio observacional prospectivo multicéntrico en el que participaron dos centros andaluces de tercer nivel. La aplicación de escalas y la recogida de datos clínicos se realizó durante la primera visita en la unidad de cardiorrenal, siguiendo la práctica clínica habitual.

Resultados: Se incluyeron 124 pacientes con enfermedad cardiorrenal, con una edad media de $73,4 \pm 9,6$ años, siendo el 75,8% varones. Un 35,5% presentaron visitas recientes a urgencias y un 22,6% ingresos hospitalarios por insuficiencia cardiaca o enfermedad renal crónica. Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial (83,9%), dislipemia (65,3%) y diabetes mellitus (57,3%), con una elevada prevalencia de tabaquismo (59,7%). Además, el 19,4% presentaba antecedente de ictus y el 22,6% enfermedad pulmonar obstructiva crónica. En cuanto a la sintomatología, destacaron la astenia (52,4%), el dolor (45,2%) y la depresión (26,8%), mientras que la anorexia (14,6%) y la caquexia (3,2%) fueron menos frecuentes. Solo el 3,2% de los pacientes contaban con solicitud de cuidados paliativos, mientras que el 37,9% fueron identificados como NECPAL positivos, con una mediana de 3 ítems positivos [RIC 3]. Respecto al porcentaje de pacientes que cumplía cada ítem de la escala NECPAL, destaca que la mayoría (83,2%) cumplía el criterio de comorbilidad, y el 55,8% respondían «no» a la pregunta sorpresa de si sorprendería que el paciente muriera en menos de un año. En relación con la va-

loración funcional y pronóstica, la puntuación media del índice de Barthel fue de $83,8 \pm 18,3$, del índice PROFUND de $3,9 \pm 3,8$ y del índice de Charlson de $8,2 \pm 2,4$.

Conclusiones: Los pacientes con ECR presentan una alta carga de comorbilidad y sintomatología, pese a una baja derivación a cuidados paliativos.

939/38. RESULTADOS DEL CIERRE DE OREJUELA AURICULAR IZQUIERDA EN PACIENTES CON ALTO RIESGO HEMORRÁGICO: EXPERIENCIA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL

Jose Carlos Villoria Martín¹, Manuel Luque Pérez¹, Miguel Ángel Montilla Garrido¹, Carmen Lluch Requerey², Santiago Jesús Camacho Freire², Óscar Lagos Degrande², Jessica Roa Garrido², Elena Izaga Torralba² y Antonio Enrique Gómez Menchero²

¹Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

²Hemodinámica, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción y objetivos: La anticoagulación es el tratamiento de referencia para prevenir eventos embólicos en la fibrilación auricular. Sin embargo, las complicaciones hemorrágicas pueden limitar su uso, siendo el cierre de la orejuela auricular izquierda (COAI) una alternativa en estos pacientes. Presentamos nuestra experiencia en pacientes sometidos a COAI por antecedentes de sangrado.

Métodos: Entre 2013 y 2025, 202 pacientes con sangrado previo fueron incluidos en este estudio observacional retrospectivo. Se analizaron características clínicas y procedimentales basales, así como eventos cardiovasculares adversos mayores (MACE) durante el seguimiento: sangrado, sangrado fatal, infarto de miocardio, ictus isquémico y mortalidad cardiovascular.

Resultados: La edad media fue de $74,3 \pm 7,2$ años, siendo el 68,5% varones. Las comorbilidades incluyeron hipertensión (90,5%), dislipemia (71,0%), diabetes (41,5%) y enfermedad renal crónica (46,5%). El 26,6% presentaba enfermedad cerebrovascular isquémica y el 26,6% enfermedad coronaria. La fracción de eyección ventricular izquierda media fue del $57,7 \pm 7,9\%$. Las indicaciones fueron sangrado gastrointestinal (47,5%), ictus hemorrágico (39,1%) y otros eventos hemorrágicos (13,4%); implantándose los dispositivos Amplatzer/Amulet (52,7%), Watchman (39,8%) y Lambre (7,5%). Al alta, el 59% recibió doble antiagregación, el 27,5% anticoagulación y el 7,5% antiagregación simple. Tras 45 días, seguía prevaleciendo la doble antiagregación (49%), pasando a predominar la antiagregación simple (82,3%) a los 6 meses. Las complicaciones precoces (= 45 días) ocurrieron en el 5,9%: trombosis del dispositivo (3,5%), fuga peridispositivo (2,3%), migración (0,6%) y endocarditis (0,6%). Durante el seguimiento, se registraron ictus isquémico en el 7,1%, infarto de miocardio en el 4,5%, embolia sistémica en el 2,0%, eventos hemorrágicos en el 18,2% (8,3% mayores) y mortalidad cardiovascular en el 8,5% (principalmente por insuficiencia cardiaca e infarto). El subanálisis para evaluar MACE tras 180 días mostró diferencias en supervivencia libre de eventos según el tratamiento antitrombótico ($p < 0,001$), observando una reducción significativa de hospitalizaciones por sangrado respecto al periodo previo al procedimiento ($1,25 \pm 1,25$ vs. $0,17 \pm 0,59$; $p < 0,001$).

Conclusiones: El COAI es una alternativa segura y eficaz en pacientes con alto riesgo hemorrágico, asociada a menor incidencia de sangrado y baja tasa de eventos embólicos. El tratamiento antitrombótico a largo plazo podría influir en los resultados clínicos.

939/39. IMPACTO PRONÓSTICO DEL SEXO EN PACIENTES CON MINOCA

Javier Herrera Flores

Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: El infarto de miocardio con arterias coronarias no obstructivas (MINOCA) es más prevalente en mujeres que en varones; sin embargo, el impacto del sexo en el pronóstico continúa siendo incierto. Evaluar las diferencias relacionadas con el sexo en la mortalidad global y en los eventos cardiovasculares adversos mayores (MACE) durante la hospitalización y el seguimiento en pacientes con MINOCA.

Métodos: Se realizó una búsqueda exhaustiva en las bases de datos PubMed, EMBASE y Cochrane hasta diciembre de 2024. Se incluyeron estudios prospectivos y retrospectivos que analizaran la asociación entre el sexo y los eventos clínicos adversos en pacientes con MINOCA. La selección de estudios, extracción de datos y evaluación de calidad metodológicas se llevaron a cabo de forma independiente. Todos los estudios se integraron mediante un metaanálisis con modelo de efectos aleatorios. Se calcularon los eventos principales, tanto intrahospitalarios (mortalidad por cualquier causa) como durante el seguimiento (mortalidad por cualquier causa, muerte cardiovascular, reinfarcto no fatal e ictus no fatal) en la población total, así como las OR con sus IC del 95%.

Resultados: Se analizaron quince estudios que incluyeron a 42.870 pacientes (58,7% mujeres; edad media $6,0 \pm 3,7$ años). Durante la hospitalización fallecieron 277 pacientes, y se registraron 2.236 muertes durante un seguimiento medio de $3,5 \pm 0,9$ años. Los análisis agrupados no mostraron diferencias significativas según el sexo en la mortalidad intrahospitalaria (OR: 1,05; IC95%: 0,82-1,34; $I^2 = 0\%$) ni en la mortalidad por cualquier causa durante el seguimiento (OR: 0,93; IC95%: 0,76-1,13; $I^2 = 54\%$). A largo plazo, el sexo femenino se asoció a un mayor riesgo de ictus no fatal (OR: 0,77; IC95%: 0,60-0,99; $I^2 = 0\%$) si bien no hubo diferencias estadísticamente significativas entre sexos en relación con otros MACE. En mujeres, el MINOCA se asoció con un riesgo significativamente menor de mortalidad intrahospitalaria en comparación con el infarto con enfermedad coronaria aterosclerótica obstructiva (MI-CAD) (OR: 0,39; IC95%: 0,21-0,72; $I^2 = 70\%$) mientras que en varones no se encontraron diferencias significativas.

Conclusiones: El sexo no parece influir en el pronóstico de los pacientes con MINOCA, salvo por una mayor incidencia de ictus no fatal en mujeres en el seguimiento. En mujeres, el MINOCA tiene menor mortalidad intrahospitalaria que MI-CAD.

939/40. PERFIL CLÍNICO Y PRONÓSTICO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIORRENAL EN UNIDADES MULTIDISCIPLINARES ESPECIALIZADAS: ESTUDIO MULTICÉNTRICO PROSPECTIVO

María Isabel Navarro-Pelayo Torres¹, Julia López-Buiza², María del Mar Robles Musso Campos², María Peña-Ortega³, Carlos Mañero-Rodríguez³, Ana García-Girón⁴, Elisa Berta Pereira-Pérez⁴, María José Espigares-Huete⁴, Carmen Ruiz-Fuentes⁴ y Francisco José Bermúdez-Jiménez¹

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

²Cardiología, Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

³Nefrología, Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

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

Introducción y objetivos: La enfermedad cardiorrenal (ECR) asocia alta comorbilidad, sintomatología persistente y mayor mortalidad que la patología aislada renal o cardíaca. Su prevalencia alcanza hasta el 60% de los pacientes hospitalizados

por insuficiencia cardíaca (IC) y entre el 25-50% en ámbito ambulatorio. El objetivo fue definir el perfil clínico, funcional y pronóstico en la primera visita.

Métodos: Estudio observacional, prospectivo y multicéntrico en dos hospitales universitarios de tercer nivel (Granada). Se incluyeron consecutivamente pacientes = 18 años en seguimiento ambulatorio en unidades cardiorrenales. La evaluación basal recogió variables clínicas, analíticas (hemoglobina, creatinina, FG, NT-proBNP), ecocardiográficas y escalas de funcionalidad (Barthel), comorbilidad (Charlson), pronóstico (PROFUND) y necesidades paliativas (NECPAL).

Resultados: Se incluyeron 124 pacientes (edad $73,4 \pm 9,6$ años; 75,8% varones). El tiempo medio desde el diagnóstico de IC fue 4,29 años [FB1,1]. La enfermedad renal crónica (ERC) más frecuente fue el estadio 4 (51,6%). El 58,9% se encontraba en NYHA II (33,8% en III-IV). Un 35,5% presentó dos o más visitas a Urgencias y un 22,6% dos o más ingresos en el último año. La FEVI media fue 42%, con valvulopatía moderada o mayor en el 58,2%. La cardiopatía isquémica fue la principal etiología (40,3%), seguida de la valvular (14,5%). El índice PROFUND medio fue 3,89, y la escala NECPAL fue positiva en el 37,9%. Existía dependencia moderada (Barthel 83,75) y alta comorbilidad (Charlson 8,16). El tratamiento más frecuente fue beta-bloqueante (92,7%), seguido de iSGLT2 (79,5%), con menor uso de IECA/ARA II (25,4%) y ARNI (59%).

Conclusiones: Los pacientes con ECR en unidades especializadas presentan desde la primera visita alta complejidad clínica, biomarcadores elevados, deterioro funcional y perfil pronóstico desfavorable. La penetración de iSGLT2 es notable, aunque persiste una brecha en el uso de bloqueadores del SRA. La elevada prevalencia de criterios paliativos refuerza la necesidad de protocolos de transición a cuidados de soporte en estas unidades.

939/41. RESULTADOS TRAS ABLACIÓN DE ISTMO CAVOTRICUSPÍDEO: PREDICTORES DE DESARROLLO DE FIBRILACIÓN AURICULAR Y EVENTOS TROMBOEMBÓLICOS SEGÚN LA ESTRATEGIA ANTICOAGULANTE

Jose Carlos Villoria Martín¹, José Manuel Morillo Hidalgo¹, Irene María Esteve Ruiz², Emilio Amigo Otero², José Miguel Carreño Linares² y Pablo Morriña Vázquez²

¹Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

²Electrofisiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción y objetivos: El manejo de la anticoagulación oral tras la ablación del istmo cavotricuspídeo (ICT) en el flutter auricular común, especialmente en pacientes sin fibrilación auricular (FA) previa, sigue siendo controvertido. Su suspensión supone un desafío en la práctica clínica diaria ante una evidencia limitada. El objetivo principal de este estudio es analizar la incidencia de eventos tromboembólicos y hemorrágicos tras la ablación e identificar predictores de desarrollo de fibrilación auricular e ictus durante el seguimiento.

Métodos: Estudio observacional, prospectivo, unicéntrico. Se incluyen 130 pacientes sometidos a ablación entre 2022 y 2024 y se recogen características clínicas, antecedentes de FA, puntuación CHA₂DS₂-VA, parámetros ecocardiográficos y evolución clínica.

Resultados: La edad media fue 67 años, 82% eran varones y 39% presentaban FA previa; la mediana de CHA₂DS₂-VA fue 3 puntos y el 65% tenía dilatación auricular izquierda (diámetro mediano 43 mm). El 52,3% presentaba cardiopatía previa (20% valvular, 16,2% hipertensiva y 10% isquémica), con una fracción de eyección ventricular izquierda mediana del 60% [48-60]. La anticoagulación se suspendió en el 44,6% tras una

media de $3,8 \pm 3,1$ meses posprocedimiento, siendo principalmente pacientes sin FA previa o con bajo riesgo embólico. Durante 24 meses de seguimiento, la recurrencia de flutter fue excepcional, documentándose en un paciente (0,8%) con un tiempo hasta la recurrencia de 6 meses y requiriendo repetir la ablación. Se documentó FA en el 20,8%, siendo *de novo* en el 7,6%. Se registraron cuatro ictus embólicos (3,1%), seis hemorragias mayores (4,6%) y cinco menores (3,8%) y doce fallecimientos (9,2%), ninguno relacionado con el procedimiento; sin diferencias significativas entre grupos. En el análisis multivariable, la dilatación auricular izquierda se asoció con mayor riesgo de desarrollar FA en pacientes sin FA previa (OR 1,10 por milímetro, IC95% 0,97-1,25, $p = 0,15$), sin identificarse otros predictores independientes.

Conclusiones: Suspender la anticoagulación tras una ablación exitosa de istmo cavotricuspidio podría ser una estrategia segura en pacientes de bajo riesgo y sin fibrilación auricular documentada, mientras que su mantenimiento debería considerarse en presencia de alto riesgo tromboembólico o desarrollo de dilatación auricular izquierda.

939/42. CONSISTENCIA DEL EFECTO DE VERICIGUAT EN EL ESPECTRO DE LA ICFER: METAANÁLISIS DE SENSIBILIDAD DE LOS ENSAYOS VICTORIA Y VICTOR

Alejandro Isidoro Pérez Cabeza¹, Francisco José Torres Calvo², Francisco Camacho Jurado³, Alejandro Recio Mayoral⁴, Javier Torres Llergo⁵, Gemma Pozas Quintana⁶ y Adolfo Rivera Jiménez⁷

¹Cardiología, Hospital Virgen de la Victoria, Málaga. ²Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Costa del Sol, Marbella, Málaga. ³Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real, Cádiz. ⁴Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ⁵Departamento de Cardiología, Hospital Universitario de Jaén, Jaén. ⁶Medical Advisor, Departamento Médico, Bayer Hispania S.L. ⁷Departamento Médico, Bayer Hispania S.L.

Introducción y objetivos: Vericiguat ha demostrado beneficios clínicos en insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida (ICFER) tanto en el escenario de descompensación reciente (VICTORIA) como en el paciente estable contemporáneo (VICTOR). El análisis agrupado con datos individuales (IPD) de ambos ensayos ($n = 11.155$) mostró un beneficio consistente en un espectro de riesgo alto a moderado. El objetivo de este estudio fue realizar un análisis de sensibilidad mediante metaanálisis convencional para verificar la consistencia del efecto de vericiguat a lo largo del espectro de riesgo y su potencial aplicabilidad en práctica clínica real.

Métodos: Se realizó un metaanálisis convencional de los ensayos VICTORIA y VICTOR mediante el método de la varianza inversa (modelos de efectos fijos y aleatorios) y método de Mantel-Haenszel como análisis confirmatorio alternativo. Se estimaron *hazard ratios* (HR) combinados con sus intervalos de confianza del 95%, p -valores y heterogeneidad mediante el estadístico I^2 . Análisis realizado con RStudio (paquete meta).

Resultados: El modelo de efectos fijos mostró, para el combinado primario de muerte cardiovascular (CV) u hospitalización por IC, un HR 0,911 (IC95% 0,850-0,977; $p = 0,0093$). Se observaron reducciones significativas en muerte CV (HR 0,886; $p = 0,0198$), primera hospitalización por IC (HR 0,917; $p = 0,0464$), hospitalizaciones totales por IC (HR 0,907; $p = 0,0049$) y mortalidad total (HR 0,899; $p = 0,0213$). El modelo de efectos aleatorios mostró estimaciones concordantes. Mantel-Haenszel confirmó la consistencia de los resultados (HR 0,9287; $p = 0,0156$ para el objetivo primario). La heterogeneidad fue mínima ($I^2=0\%$), con diferencias $< 2\%$ entre ambos métodos.

Conclusiones: Este análisis de sensibilidad valida de forma independiente la robustez del beneficio de vericiguat en la ICFER. La ausencia de heterogeneidad y la consistencia técnica entre métodos (varianza inversa vs. Mantel-Haenszel) confirman un efecto terapéutico transversal al perfil de riesgo (alto y moderado), ofreciendo una base sólida para su implementación en la práctica clínica real en nuestro entorno.

939/43. MOVILIZACIÓN TEMPRANA TRAS CIRUGÍA CARDIACA: PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Álvaro Ramírez Gallardo¹, Sonsoles Sanz Seligrat², Marta de Francisco Ledesma², Enrique Salcedo Rojo² y Antonio Rivas Serrano²

¹Enfermería, Hospital Ramón y Cajal, Madrid. ²Cardiología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción y objetivos: La movilidad temprana después de una cirugía cardíaca es un factor clave en la recuperación del paciente. Los especialistas en cirugía y rehabilitación han enfatizado la necesidad de iniciar la movilización del paciente cuanto antes para minimizar complicaciones, mejorar resultados funcionales y acelerar el retorno a las actividades cotidianas. La finalidad de este protocolo es la prevención de complicaciones posquirúrgicas, reducción de dolor e inflamación, mejoría de función muscular y articular, consiguiendo así la reducción de la estancia hospitalaria, con los beneficios que conlleva.

Métodos: A su llegada a la unidad de hospitalización tras su paso por UCI el paciente es valorado por enfermería y fisioterapia y en cuanto lo autorice su cirujano se iniciarán las maniobras de cambios posturales y paso de cama al sillón; al menos dos veces al día. La primera sedestación controlada se realizará por un periodo de dos horas, si tolera, y al segundo día se prolongará hasta un total de seis distribuida en diferentes periodos. Se implantará una ayuda en la base de la cama para que el paso a decúbito cumpla con la pauta de protección de la herida y se adiestrará en el paso a bipedestación con misma protección. Se iniciarán pequeños paseos en pequeño recorrido y posteriormente por los pasillos. Cada vez las caminatas serán más frecuentes, e irán alternadas de ejercicio respiratorio y trabajo con incentivador volumétrico para favorecer el retorno a la capacidad pulmonar previa a la cirugía.

Resultados: Reducción de las complicaciones asociadas inmovilidad y reposo prolongado, como atelectasias e infecciones respiratorias, sarcopenia y pérdida de masa muscular y disminución en la calidad de vida e independencia.

Conclusiones: La movilidad temprana es un pilar fundamental para la recuperación rápida y efectiva, con los beneficios que conlleva y el impacto positivo en el bienestar emocional del paciente. Con un enfoque adecuado y supervisión profesional se convierte en una estrategia clave para optimizar los resultados posoperatorios y mejorar la calidad de vida.

939/45. MAVACAMTÉN EN MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA OBSTRUCTIVA: IMPACTO SOBRE SÍNTOMAS, OBSTRUCCIÓN Y CARGA ARRÍTMICA EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL

Arancha Díaz Expósito, Enrique Gabriel Martín Bravo, Nicolás Castillo Martínez, Ainhoa Robles Mezcuca, Paloma Márquez Camas, Clara Jiménez Rubio, Alejandro Isidoro Pérez Cabeza y José Manuel García Pinilla

Cardiología, Hospital Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción y objetivos: Mavacamten ha supuesto un avance relevante en el tratamiento de la miocardiopatía hipertrófica obstructiva (MCHO) por su capacidad para reducir la obstrucción y mejorar los síntomas. No obstante, su efecto sobre la carga arritmica en práctica clínica real, especialmente en relación con la fibrilación auricular (FA) y las terapias del DAI, sigue siendo incierto. Este estudio evaluó la eficacia y seguridad de mavacamten en pacientes con MCHO sintomática, analizando su impacto clínico, ecocardiográfico y arritmico.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico en 59 pacientes consecutivos con MCHO sintomática tratados con mavacamten. Se compararon variables clínicas, ecocardiográficas y arritmicas entre el basal y la última visita, incluyendo clase funcional, FEVI, gradientes del tracto de salida del ventrículo izquierdo (TSVI), FA sintomática y terapias apropiadas del DAI. El seguimiento medio fue de 215 ± 120 días.

Resultados: La edad media de la cohorte fue de $62,5 \pm 12,1$ años y el 47,5% eran mujeres. Se observó una mejoría significativa de la clase funcional ($p < 0,001$), con mejoría de al menos una clase NYHA en el 35% de los pacientes. Los gradientes del TSVI descendieron significativamente en reposo ($-31,17 \pm 38,67$ mmHg; $p < 0,001$) y Valsalva ($-31,45 \pm 42,49$ mmHg; $p = 0,0023$). Cuatro pacientes (6,8%) presentaron una FEVI $< 50\%$ durante el seguimiento. La FA *de novo* apareció en 4 pacientes (6,7%). En aquellos con FA paroxística basal, los contactos médicos urgentes por episodios sintomáticos disminuyeron de forma significativa. Entre los 26 pacientes portadores de DAI, no se objetivaron cambios significativos en las terapias apropiadas tras el inicio de mavacamten (15,4% antes vs. 7,7% después; $p = 0,26$). Las terapias registradas durante el seguimiento se limitaron a pacientes con eventos previos.

Conclusiones: En práctica clínica real, mavacamten reduce la obstrucción y mejora la situación funcional. Además, podría disminuir la repercusión clínica de la FA. No obstante, el seguimiento disponible es todavía insuficiente para establecer conclusiones firmes sobre su efecto en las arritmias ventriculares. La asociación entre descensos transitorios de la FEVI e inestabilidad eléctrica refuerza la necesidad de vigilancia ecocardiográfica estrecha y estudios con mayor duración.

939/46. COMPARACIÓN DIRECTA DE LAS ESTRATEGIAS ESC 2023 Y ACC/AHA 2024 PARA LA INDICACIÓN DE DAI EN PREVENCIÓN PRIMARIA EN MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA

Arancha Díaz Expósito, Enrique Gabriel Martín Bravo, Nora Ouedraogo, Javier Muñoz Sáenz-Diez, Germán Berteli García, Ainhoa Robles Mezcua, Paloma Márquez Camas, Clara Jiménez Rubio, Alejandro Isidoro Pérez Cabeza y José Manuel García Pinilla

Cardiología, Hospital Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción y objetivos: La estratificación del riesgo arritmico y la indicación de DAI en prevención primaria en la miocardiopatía hipertrófica (MCH) siguen siendo controvertidas. La guía ESC 2023 combina el modelo HCM Risk-SCD con modificadores fenotípicos, mientras que la ACC/AHA 2024 adopta un enfoque basado principalmente en marcadores de riesgo. Nuestro objetivo fue comparar ambas estrategias en una cohorte real de pacientes portadores de desfibrilador.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional que incluyó 142 pacientes consecutivos con MCH sometidos a implante de DAI en prevención primaria entre 2015 y 2024. Se aplicaron retrospectivamente las recomendaciones ESC 2023 y ACC/AHA 2024. El objetivo principal fue la incidencia de terapias apropiadas del dispositivo por taquiarritmias ventriculares sostenidas, incluyendo estimulación antitaquicardia y/o descarga.

Resultados: La edad media fue $55,4 \pm 13,9$ años y el 72,5% eran varones. Durante un seguimiento medio de $4,51 \pm 2,63$ años, 22 pacientes (15,5%) recibieron terapia apropiada. La ESC 2023 clasificó al 26,8% como clase IIa, al 59,9% como IIb y al 13,4% como III, frente al 66,9%, 19,0% y 14,1%, respectivamente, con ACC/AHA 2024, con baja concordancia entre ambas ($\kappa = 0,05$). Si se consideró la clase IIa como único umbral de implante, ACC/AHA 2024 mostró mayor sensibilidad (77,3% frente a 45,5%), mientras que ESC 2023 presentó mayor especificidad (76,7% frente a 35,0%) y mejor exactitud global (71,8% frente a 41,5%). Además, la clase IIa definida por ESC identificó un subgrupo de mayor riesgo, con más eventos arritmicos que la clase IIa de ACC/AHA 2024 (26,3% frente a 17,9%). En cambio, al considerar candidatos a implante a los pacientes en clase IIa/IIb, la ESC 2023 captó todos los eventos observados (22/22), mientras que ACC/AHA 2024 dejó sin identificar uno (21/22).

Conclusiones: ESC 2023 y ACC/AHA 2024 no son intercambiables. ACC/AHA 2024 prioriza sensibilidad con un umbral restrictivo basado en clase IIa, mientras que ESC 2023 ofrece una selección más específica y una mejor cobertura de eventos cuando se adopta un enfoque pragmático de elegibilidad basado en clases IIa/IIb.

939/47. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DEL RIESGO CARDIOMETABÓLICO EN REHABILITACIÓN CARDIACA: CUATRO FENOTIPOS PARA GUIAR EL MANEJO PERSONALIZADO

Ernesto Ruiz Pereira, Jesús Pecci Sánchez, Carlos del Toro Esperón, María Esperanza Donoso Muñoz, Adrián Romero Jurado, Marta Martín Vélez, Juan Manuel Aragón González, María Ronquillo Japón, Rosa Fernández Olmo y Ana López Suárez

Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción y objetivos: La obesidad y la disfunción metabólica son altamente prevalentes en rehabilitación cardiaca (RHC). Las guías actuales destacan el riesgo aterogénico como diana terapéutica, más allá del LDL. Sin embargo, la caracterización fenotípica integrando obesidad y riesgo aterogénico no está claramente establecida. El objetivo del estudio fue caracterizar clínicamente el fenotipo según obesidad y riesgo aterogénico en RHC.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de 662 pacientes consecutivos incluidos en un programa de RHC (2023-2025), seguimiento mediano 22 meses (RIQ 16-29). Se definió obesidad ($\text{IMC} = 30 \text{ kg/m}^2$ o perímetro abdominal $> 102 \text{ cm}$ varones y $> 88 \text{ cm}$ mujeres) y riesgo aterogénico ($\text{TG} > 150 \text{ mg/dl}$, colesterol no-HDL $> 130 \text{ mg/dl}$ o índice $\text{TG/HDL} > 3$). Se establecieron cuatro fenotipos: no obeso/no aterogénico; no obeso/aterogénico; obeso/no aterogénico y obeso/aterogénico.

Resultados: El 84,4% fueron varones, edad media de 58 ± 9 años; 88,2% se derivaron por SCA. Se registraron 33 (5,5%) MACE (nueva revascularización, IAM, ictus o muerte). El 55,1% eran obesos y el 69,4% presentaban riesgo aterogénico. La obesidad se asoció significativamente a sexo femenino, hipertensión (HTA), diabetes (DM), peor clase funcional, sedentarismo; menor HDL y Lp(a), y mayor TG. El riesgo aterogénico se asoció significativamente a varones, más jóvenes, fumadores, mayor IMC y perímetro abdominal, mayor ansiedad/depresión y mayor LDL. Los cuatro fenotipos mostraron perfiles diferenciales significativos: No obeso/no aterogénico: menos FRCV, menor LDL, mejor capacidad funcional (METs), menos ansiedad/depresión. No obeso/aterogénico: predominio varones, consumo de cocaína, menor HTA/DM, mejor clase funcional y METs, pese a mayor LDL y Lp(a). Obeso/no aterogénico:

asociado a mujeres, no fumadores, mayor HTA, perfil lipídico más favorable pero peor capacidad funcional por sedentarismo y METs. Obeso/aterogénico: pacientes más jóvenes, mayor carga global de FRCV, peor control metabólico (LDL y HbA1c), peor capacidad funcional y mayor depresión. No hubo diferencias significativas en eventos, probablemente por la baja tasa de MACE (5,5%).

Conclusiones: El fenotipado metabólico en RHC identifica cuatro perfiles de pacientes con características clínicas, analíticas y funcionales diferenciadas. Aunque sin diferencias pronósticas en eventos a corto plazo, esta caracterización permite una estratificación clínica más precisa para guiar terapias personalizadas, optimizando la prescripción de ejercicio, el soporte psicológico y la intensidad de la terapia hipolipemiente desde fases tempranas.

939/48. MÁS ALLÁ DEL LDL: IMPACTO DE LA LIPOPROTEÍNA(A) EN EL RIESGO RESIDUAL Y CONTROL TERAPÉUTICO

María Esperanza Donoso Muñoz, Marta Martín Vélez, Jaime de Juan Roldán, Adrián Romero Jurado, Carlos del Toro Esperón, Jesús Pecci Sánchez, David Macías Ibricú, Ana López Suárez, María Ronquillo Japón y Rosa Fernández Olmo

Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción y objetivos: La lipoproteína(a) [Lp(a)] se reconoce como un factor independiente de riesgo cardiovascular residual. Su determinación en pacientes con enfermedad cardiovascular establecida puede permitir una mejor estratificación del riesgo y orientar la intensificación del tratamiento hipolipemiente. Sin embargo, la relación entre los niveles de Lp(a), la complejidad farmacológica y control lipídico en práctica clínica real no está bien caracterizada. El objetivo de este estudio fue evaluar la consecución de colesterol LDL (cLDL) < 55 mg/dl, así como analizar la intensificación del tratamiento hipolipemiente en función de los niveles de Lp(a) en pacientes incluidos en un programa de rehabilitación cardíaca (RC).

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de una cohorte de pacientes incluidos en un programa multidisciplinar de RC entre 2022 y 2025 en un centro terciario. Los pacientes se estratificaron en cuatro categorías de riesgo según niveles de Lp(a): < 30 mg/dl (bajo), 30-49 mg/dl (intermedio), 50-99 mg/dl (alto) y ≥ 100 mg/dl (muy alto). Se definieron dos niveles terapéuticos: sin terapias avanzadas y con al menos una terapia avanzada (inhibidores de PCSK9, inclisiran o ácido bempedoico).

Resultados: Se incluyeron 656 pacientes, de los cuales 463 (70,6%) disponían de determinación de Lp(a). La edad media fue de $58,7 \pm 9,7$ años, con predominio masculino (84,4%). La prevalencia de diabetes, dislipemia e hipertensión fue del 24,4%, 76,1% y 59,4%, respectivamente. La mediana de Lp(a) fue de 28,1 mg/dl. El 51,2% se clasificó como bajo riesgo, 13,2% intermedio, 20,7% alto y 14,9% muy alto. Los pacientes con Lp(a) elevada (≥ 50 mg/dl) presentaron mayor probabilidad de no alcanzar el objetivo de cLDL < 55 mg/dl en comparación con los grupos bajo/intermedio (OR 2,5; IC95% 1,7-3,7; $p < 0,001$). Se observó un mayor uso de terapias avanzadas en los grupos de mayor riesgo (13,5% bajo; 24,6% intermedio; 22,9% alto; 27,5% muy alto). No obstante, la proporción de pacientes que alcanzaron cLDL < 55 mg/dl bajo estas terapias fue reducida en todos los grupos.

Conclusiones: Los niveles elevados de Lp(a) se asocian a un peor control de cLDL, incluso en pacientes sometidos a intensificación terapéutica. Estos resultados respaldan el papel de la Lp(a) como marcador de riesgo residual y subrayan la necesidad

de estrategias terapéuticas específicas dirigidas a su reducción.

939/49. PERFIL CLÍNICO DE LA LIPOPROTEÍNA(A) EN UNA COHORTE DE REHABILITACIÓN CARDIACA

Juan Manuel Aragón González, Adrián Romero Jurado, Javier Azcona Sousa, Jaime de Juan Roldán, Marta Martín Vélez, María Esperanza Donoso Muñoz, Carlos del Toro Esperón, Rosa Fernández Olmo, Ana López Suárez y María Ronquillo Japón

Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción y objetivos: La lipoproteína a (Lp(a)) es un factor de riesgo cardiovascular independiente de base genética, cuyo perfil clínico de pacientes en rehabilitación cardíaca no está completamente definido. El objetivo de este estudio fue describir las características clínicas de una cohorte de rehabilitación cardíaca con Lp(a) disponible y analizar su asociación con factores de riesgos cardiovascular clásicos.

Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo en una cohorte de pacientes incluidos en un programa de rehabilitación cardíaca entre 2023 y 2025. Se seleccionaron aquellos con determinación de Lp(a) disponible. Los pacientes se categorizaron en cuatro grupos de riesgo definidos por los niveles de Lp(a) y clasificaciones actuales (bajo si < 30 mg/dl; intermedio 31-50 mg/dl; alto 51-100 mg/dl y muy alto > 100 mg/dl). Las variables continuas se expresaron como media $\pm$ desviación estándar o mediana, comparándose según no paramétricas. Las variables categóricas se expresaron como porcentajes y se compararon mediante chi-cuadrado.

Resultados: De los 656 pacientes de la base, 459 (70%) formaron la cohorte con determinación de Lp(a) disponible. La mediana de Lp(a) fue de 28,1 mg/dl, con rango intercuartílico de 58,0 mg/dl. El 84% de los pacientes eran varones. La edad media de la cohorte fue de $58,5 \pm 9,6$ años. La prevalencia de diabetes mellitus fue del 24,4%, de hipertensión arterial 59,7% y de dislipemia diagnosticada previa al evento de 76,3%. En la distribución de pacientes según grupo de riesgo determinado por Lp(a) predominó el grupo de riesgo bajo (52,3%), seguido del alto (21,2%), intermedio (14,1%) y finalmente muy alto (12,4%). No se observaron diferencias significativas en la edad entre los grupos de riesgo. Tampoco se evidenció asociación entre los niveles de Lp(a) y la presencia de hipertensión arterial ($p = 0,66$) ni en la diabetes mellitus ($p = 0,433$).

Conclusiones: En esta cohorte de pacientes en rehabilitación cardíaca, la Lp(a) no se asoció con factores de riesgo cardiovascular clásicos como hipertensión o diabetes, ni se observó diferencias significativas con la edad entre los grupos. Estos hallazgos apoyan el carácter independiente de la Lp(a) como factor de riesgo cardiovascular y refuerzan el interés de su determinación específica en la estratificación del riesgo.

939/50. FACTORES PRONÓSTICOS E IMPACTO DE LA REVASCULARIZACIÓN CORONARIA COMPLETA EN PACIENTES ANCIANOS CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Marta Barba Jiménez¹, María del Rocío Costales Pavón¹, Cecilia Prados Murcia², María José Romero Reyes¹, Sebastián Rufián Andújar¹ y Francisco Molano Casimiro¹

¹Cardiología, Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

²Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción y objetivos: El síndrome coronario agudo (SCA) en pacientes ancianos se asocia a una elevada morbimortali-

dad, lo que plantea un complejo equilibrio entre el beneficio de la revascularización coronaria y los riesgos asociados al tratamiento, especialmente los hemorrágicos. Aunque la revascularización completa puede mejorar el pronóstico en pacientes seleccionados, la fragilidad, las comorbilidades y la situación funcional condicionan la toma de decisiones. El objetivo del estudio fue analizar las características clínicas, el manejo terapéutico y los desenlaces a medio plazo en pacientes ancianos con SCA, así como evaluar el impacto pronóstico de la revascularización coronaria completa frente a la incompleta o el manejo conservador en esta población.

Métodos: Estudio unicéntrico y retrospectivo, que incluyó 256 pacientes mayores de 75 años sometidos a coronariografía tras un SCA entre enero de 2023 y diciembre de 2024. Se recogieron variables clínicas basales, tratamiento al alta y eventos durante el seguimiento (mortalidad, reingresos, infarto recurrente y eventos hemorrágicos). Posteriormente, se compararon pacientes con revascularización completa frente a revascularización incompleta o manejo conservador. El seguimiento medio fue de 508 ± 187 días.

Resultados: La edad mediana de la muestra fue de 82 años, siendo el 59,8% varones, con alta carga de comorbilidades. El 92,6% recibió tratamiento percutáneo, siendo la revascularización completa en el 57%. Durante el seguimiento, la mortalidad global fue del 18,4%, con predominio de causa cardiovascular, el 30,9% presentó reingresos y el 24,1% eventos hemorrágicos. Por otro lado, la dependencia funcional y la arteriopatía periférica se identificaron como predictores independientes de peor pronóstico. En el análisis comparativo, la revascularización completa se asoció a una reducción significativa de la mortalidad (87 vs. 13%; IC99% 0,028-0,037; $p = 0,029$) y de las hospitalizaciones por cualquier causa (77,4 vs. 22,6%; IC99% 0,003-0,006; $p = 0,004$).

Conclusiones: En pacientes mayores de 75 años con SCA, la revascularización coronaria completa mejora significativamente el pronóstico, reduciendo la mortalidad y los reingresos. Sin embargo, persiste una elevada tasa de eventos adversos, condicionada por las comorbilidades y la situación funcional, lo que refuerza la necesidad de establecer una estrategia terapéutica individualizada y una valoración integral en este grupo de pacientes.

939/52. FIBRILACIÓN AURICULAR LENTA COMO INDICACIÓN PRINCIPAL DE IMPLANTE DE MARCAPASOS SIN CABLES (MICRA) EN PACIENTES CON INTERVENCIÓN VALVULAR TRICUSPÍDEA PREVIA

Julia Jiménez Ranchal¹, Marta Pombo Jiménez², Almudena Valle Alberca¹, Juan Francisco Muñoz Bellido¹ y Francisco Ruiz Mateas¹

¹Cardiología, Hospital Universitario Costa del Sol, Marbella, Málaga. ²Cardiología, Hospital Universitario Carlos Haya, Málaga.

Introducción y objetivos: En pacientes con patología tricuspídea, la estimulación convencional puede agravar la insuficiencia tricuspídea (IT) por interferencia mecánica de los cables. La fibrilación auricular (FA) permanente con respuesta ventricular lenta es una presentación eléctrica común en estos pacientes, que con frecuencia presentan mayor remodelado auricular y comorbilidades, incluyendo la necesidad de anticoagulación oral, lo que eleva el riesgo de hematoma en bolsa con los marcapasos convencionales. El marcapasos sin cables, al no atravesar la válvula, y no requerir bolsa de generador, se postula como una opción terapéutica especialmente idónea en este subgrupo. El objetivo de esta comunicación es describir las características clínicas, eléctricas y ecocardiográficas de pacientes con intervención tricuspídea, cuya indicación principal para el implante fue la fibrilación auricular (FA) lenta.

gráficas de pacientes con intervención tricuspídea, cuya indicación principal para el implante fue la fibrilación auricular (FA) lenta.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de 9 pacientes con intervención tricuspídea o IT grave, que recibieron un implante de Micra entre enero de 2021 y enero de 2024. Se evaluaron variables clínicas, tipo de anticoagulación, complicaciones, porcentaje de estimulación ventricular (VP) y evolución de la fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI).

Resultados: El 88,9% de los pacientes tenía fibrilación auricular (FA) permanente como indicación principal. La mediana de edad fue de 77 años y el 88,9% eran mujeres. El 55,6% eran hipertensos y el 44,4% diabéticos. Todos estaban anticoagulados, el 77,8% con antivitamina K, con un INR medio de 1,83 previo al implante (sin suspender anticoagulación). Antes del implante, el 33,3% no presentaba IT, el 33,3% tenía IT leve, el 11,1% IT moderada y el 22,2% IT grave, observándose estabilización o solo progresión leve tras el implante, con varios pacientes sin IT posterior. Se registraron complicaciones vasculares menores en 1 de los 9 pacientes (hematoma leve con fístula AV de pequeño tamaño) sin eventos adversos mayores relacionados con el procedimiento ni el dispositivo.

Conclusiones: La fibrilación auricular lenta se presenta como la indicación principal de estimulación en pacientes con valvulopatía tricuspídea significativa. Destaca en nuestra serie una estimulación ventricular segura con el marcapasos sin cables, sin complicaciones vasculares significativas periprocedimiento a pesar de la ACO ni deterioro de la IT.

939/53. ASOCIACIÓN ENTRE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR ESPECÍFICOS DE LA MUJER Y OCLUSIONES CRÓNICAS TOTALES

María Diana Ladera Santos, Nouha Yacub Briceño, Teresa Simonneau Robledo, Ignacio Gallo Fernández, Gloria María Heredia Campos, Luis Carlos Maestre Luque, Soledad Ojeda Pineda y Rafael González Manzanares

Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: Las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa mundial de mortalidad en mujeres. Además de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) tradicionales, existen factores específicos femeninos que podrían influir en el desarrollo de enfermedad coronaria. Las oclusiones coronarias crónicas totales (OCT) representan una forma avanzada de enfermedad coronaria obstructiva relacionada con un peor pronóstico clínico. Sin embargo, la relación entre los FRCV específicos de la mujer y la presencia de OCT ha sido escasamente estudiada. Nuestro objetivo fue evaluar la asociación entre los FRCV específicos de la mujer y la presencia de OCT.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, de casos y controles, en el que se incluyeron 339 mujeres que ingresaron para coronariografía electiva entre 2018 y 2024. Las pacientes se clasificaron según el grado de enfermedad coronaria en enfermedad coronaria no obstructiva (ECNO), enfermedad coronaria obstructiva (ECO) y OCT. Se compararon FRCV tradicionales y específicos relacionados con la historia gineco-obstétrica y hormonal entre los grupos.

Resultados: La mediana de edad fue de 70 años (RIC 63-77) y el índice de masa corporal de $28,9 \text{ kg/m}^2$ (28,5-29,8). El análisis comparativo mostró que las pacientes con OCT presentaron un perfil de riesgo más desfavorable, con una prevalencia significativamente mayor de hipertensión (82%) y diabetes (52%) en comparación con los grupos de ECNO o ECO. Por el contra-

rio, no se hallaron diferencias significativas en los factores de riesgo específicos de la mujer entre los tres grupos, a excepción del antecedente de gestación, que fue más frecuente en el grupo ECNO (60 vs. 46% en OCT; $p = 0,010$).

Conclusiones: Nuestros hallazgos sugieren que los FRCV tradicionales continúan desempeñando un papel predominante en mujeres con OCT. Sin embargo, los factores específicos de la mujer no se asociaron con esta forma de enfermedad coronaria. Se requieren estudios prospectivos con mayor potencia estadística para esclarecer el impacto de la historia reproductiva en los fenotipos de enfermedad coronaria avanzada.

939/54. VARIABILIDAD INTRA-INDIVIDUAL DE LA LIPOPROTEÍNA(A) TRAS SÍNDROME CORONARIO AGUDO: MOMENTO ÓPTIMO PARA SU REEVALUACIÓN

Nelsa González Aguado¹, Rafael Franco-Hita¹, José Ignacio Larrubia Valle², Ainhoa Robles Mezcua¹, Arancha Díaz Expósito¹, Alberto Piserra López¹, Jorge Rodríguez-Capitán¹, Cristóbal Urbano-Carrillo³, Juan José Gómez-Doblas¹ y Francesco Costa¹

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

²Cardiología, Hospital Universitario Regional de Málaga, Málaga.

³Investigación, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción y objetivos: La lipoproteína(a) [Lp(a)] es un factor de riesgo causal e independiente para la enfermedad cardiovascular aterosclerótica, cuyas concentraciones plasmáticas están determinadas principalmente por la genética. Estudios recientes han descrito una variabilidad intraindividual significativa, especialmente tras un síndrome coronario agudo (SCA). El objetivo de este estudio fue evaluar la variabilidad de la Lp(a) a corto y largo plazo tras un SCA y determinar el momento óptimo para su reevaluación.

Métodos: Estudio prospectivo de 235 pacientes con SCA, con dos cohortes de seguimiento. En ambas, la Lp(a) basal se determinó 24 horas antes del alta hospitalaria. La cohorte A incluyó mediciones de seguimiento a 4 y 8 meses; la cohorte B a 5 años. Se definió variabilidad intraindividual clínicamente significativa como cambio absoluto = 20 mg/dl o relativo = 25%. La variabilidad absoluta y relativa entre la determinación basal y el primer seguimiento (4 meses y 5 años) se evaluó mediante la prueba U de Mann-Whitney. En el subgrupo con mediciones a 4 y 8 meses, la variabilidad se analizó mediante la prueba de rangos con signo de Wilcoxon. La concordancia entre categorías de riesgo se evaluó mediante el coeficiente kappa ponderado de Cohen.

Resultados: A los 4 meses, la mediana de variabilidad absoluta fue de 7,9 mg/dl (rango intercuartílico [RIC] 3,0-18,9) y la relativa del 25,0% (RIC 12,5-45,7). No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las determinaciones a 4 y 8 meses, con alta concordancia en la clasificación de riesgo (kappa ponderada 0,88; IC95% 0,79-0,96; $p < 0,01$), lo que sugiere que la mayor parte de la variabilidad ocurre en los primeros meses tras el SCA. Ningún paciente inicialmente clasificado como bajo riesgo fue reclasificado a alto riesgo, mientras que el 60,6% de pacientes con riesgo intermedio cambiaron su categoría durante el seguimiento.

Conclusiones: La Lp(a) presenta una variabilidad intraindividual significativa tras un SCA, principalmente en los primeros meses tras el evento. Dado su potencial papel en la estratificación del riesgo y su creciente relevancia en prevención secundaria, una reevaluación precoz podría considerarse tras un SCA, especialmente en pacientes con valores basales de riesgo intermedio.

939/55. REMODELADO INVERSO BIAURICULAR TRAS EL AISLAMIENTO DE VENAS PULMONARES: MÁS ALLÁ DEL TAMAÑO AURICULAR

Jorge Segovia Reyes, Fernando Puyol Ruiz, Cristian Peláez Berdún, Germán Alegre García, Amalio Ruíz Salas, Manuel F. Jiménez Navarro, Francisco Javier Pavón Morón y Jorge Rodríguez Capitán

Cardiología, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción y objetivos: El aislamiento de venas pulmonares (AVP) puede inducir remodelado auricular inverso en pacientes con fibrilación auricular (FA). Sin embargo, la mayoría de estudios se han centrado en los cambios estructurales de la aurícula izquierda (AI), mientras que la recuperación funcional de ambas aurículas, especialmente de la aurícula derecha (AD), permanece menos caracterizada. El objetivo fue evaluar el remodelado inverso biauricular tras AVP, analizando cambios estructurales y funcionales.

Métodos: Estudio longitudinal prospectivo que incluyó pacientes con FA paroxística o persistente sometidos a AVP. Se realizaron ecocardiogramas transtorácicos antes del procedimiento y durante el seguimiento. Se evaluaron parámetros estructurales convencionales de AI y AD, así como el strain auricular. El strain reservorio de la AI (LASr) y de la AD (RASr) se utilizó como principal marcador funcional auricular. Se realizaron comparaciones apareadas entre las variables ecocardiográficas basales y de seguimiento.

Resultados: Se incluyeron 41 pacientes. La mediana de seguimiento ecocardiográfico fue de 11,4 meses [RIC 9,7-12,3]. Se observó remodelado inverso significativo en ambas aurículas. El volumen máximo indexado de la AI (LAVI) disminuyó de $40,6 \pm 11,0$ a $35,5 \pm 7,9$ ml/m² ($p < 0,001$), mientras que el LASr mejoró de $18,2 \pm 10,8\%$ a $25,4 \pm 9,8\%$ ($p < 0,001$). El volumen máximo indexado de la AD (RAVI) disminuyó de $30,4 \pm 9,9$ a $22,0 \pm 5,8$ ml/m² ($p < 0,001$), mientras que el RASr aumentó de $23,7 \pm 11,3\%$ a $41,4 \pm 14,0\%$ ($p < 0,001$). Los cambios estandarizados sugirieron una recuperación funcional más marcada en la AD que en la AI (RASr +1,20 frente a LASr +0,73). Los pacientes con FA persistente presentaron mayor mejoría del strain reservorio que aquellos con FA paroxística (LASr, $p = 0,016$; RASr, $p = 0,049$).

Conclusiones: El AVP se asocia con un remodelado inverso estructural y funcional significativo de ambas aurículas a medio plazo. La recuperación funcional parece especialmente marcada en la AD, lo que sugiere que el strain reservorio de la AD podría representar un marcador sensible de remodelado auricular tras la ablación de FA.

939/56. FENOTIPOS DISTINTOS DE REMODELADO BIAURICULAR EN LA FIBRILACIÓN AURICULAR: EVALUACIÓN ECOCARDIOGRÁFICA INTEGRAL EN PACIENTES SOMETIDOS A AISLAMIENTO DE VENAS PULMONARES

Jorge Segovia Reyes, Cristian Peláez Berdún, Fernando Puyol Ruiz, Germán Alegre García, Amalio Ruiz Salsas, Manuel F. Jiménez Navarro, Francisco Javier Pavón Morón y Jorge Rodríguez Capitán

Cardiología, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción y objetivos: La fibrilación auricular (FA) se asocia con remodelado de ambas aurículas, aunque la mayoría de estudios se han centrado en la aurícula izquierda (AI). Nuestro objetivo fue identificar fenotipos de remodelado biauricular en pacientes con FA remitidos para aislamiento de venas pulmonares (AVP) mediante evaluación de parámetros convencionales y técnicas de deformación.

Métodos: Estudio transversal en pacientes con FA remitidos para AVP y sometidos a ecocardiografía transtorácica basal. El remodelado de la AI se evaluó mediante el volumen auricular izquierdo indexado (LAVI) y el strain reservorio auricular izquierdo (LASr), mientras que el de la aurícula derecha (AD) se evaluó mediante el volumen auricular derecho indexado (RAVI) y el strain reservorio auricular derecho (RASr). Se generaron puntuaciones de remodelado izquierdo y derecho sumando los z-scores estandarizados del volumen auricular indexado y del inverso del strain reservorio, de forma que valores más altos reflejaran remodelado más avanzado. Los pacientes se clasificaron según presentaran puntuaciones izquierda y derecha por encima o por debajo de la media de la cohorte.

Resultados: Se incluyeron 84 pacientes. Se identificaron cuatro fenotipos: remodelado leve (38,1%), remodelado predominante izquierdo (10,7%), remodelado predominante derecho (14,3%) y remodelado biauricular (36,9%). La FA persistente se asoció con los fenotipos predominante derecho y biauricular, estando presente en el 83,3% y 80,6% de estos pacientes, respectivamente, frente al 18,8% del fenotipo leve y al 11,1% del predominante izquierdo ($p < 0,001$). El fenotipo biauricular mostró el perfil más avanzado, con mayores volúmenes auriculares, deterioro marcado de LASr y RASr, menor fracción de eyección del ventrículo izquierdo, peor strain longitudinal global ventricular izquierdo y peor función sistólica del ventrículo derecho. La insuficiencia tricuspídea significativa fue más frecuente en el fenotipo biauricular que en el leve (35,5 frente a 3,1%; $p = 0,010$).

Conclusiones: Los pacientes con FA remitidos para AVP presentan fenotipos distintos de remodelado biauricular. La FA persistente se agrupa en los patrones predominante derecho y biauricular, mientras que el fenotipo biauricular se asocia con afectación funcional biventricular y enfermedad valvular derecha más avanzada. La evaluación biauricular integral puede mejorar la caracterización fenotípica más allá de la valoración convencional de la AI.

939/57. UTILIDAD DE UNA ESTRATEGIA DE INDUCIBILIDAD MÁS CARACTERIZACIÓN DEL SUSTRATO EN LA PREVENCIÓN DEL RIESGO DE TAQUICARDIAS VENTRICULARES EN PACIENTES CON TETRALOGÍA DE FALLOT

Rosario Flaño Lombardo¹, Ernesto Ruiz Pereira¹, Josué López Baizán², Manuel Frutos López¹, Juan Acosta Martínez¹, Juan Sánchez Brotons¹, Pastora Gallego García de Vinuesa¹ y Eduardo Arana Rueda¹

¹Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

²Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: La incidencia de taquicardia ventricular (TV) en pacientes con tetralogía de Fallot reparada en la infancia (TFR) puede ser alta a largo plazo. La identificación de istmos anatómicos de conducción lenta (IAL) y la inducibilidad de TV con estimulación eléctrica programada (EEP) podrían identificar a los pacientes en riesgo. Evaluar una estrategia de inducción de TV combinada con identificación de IAL como método de estratificación del riesgo de TV en el seguimiento de estos pacientes.

Métodos: Estudio prospectivo unicéntrico de pacientes sometidos a estudio electrofisiológico por TFR (2019-2025). Se clasificaron a los pacientes según inducibilidad con EEP y presencia de IAL (tiempo de conducción $< 0,5$ m/s) tras realizar un mapa electroanatómico de alta densidad de puntos (Abbott Ensite X). Se realizó ablación a los pacientes inducibles, clasificándola en exitosa (transección de IAL con bloqueo más no inducible) o fallida (transección sin bloqueo y/o

persistencia de inducibilidad). Se realizó seguimiento clínico centralizado para valorar resultado.

Resultados: Se incluyen 24 pacientes consecutivos (66% hombres, 41 ± 13 años), 84% por valoración riesgo arrítmico y 16% por TV clínica. Quince pacientes (62,5%) fueron inducibles y 9 no inducibles (37,5%). El 93,3% de los inducibles y el 22,2% de los no inducibles presentaban IAL ($p < 0,001$). Se realizó ablación en los 15 pacientes inducibles, siendo en 9 (60%) exitosa y en 6 (40%) fallida, realizándose implante de desfibrilador. No hubo complicaciones. Tras una mediana de 29 meses (p25-75 16-44), el análisis de Kaplan-Meier nos demuestra la separación, precoz y mantenida de las curvas de supervivencia durante el seguimiento de los grupos no inducibles y con ablación exitosa respecto al de ablación fallida ($p = 0,004$).

Conclusiones: La estrategia combinada de evaluación de sustrato e inducibilidad en pacientes con TFR se muestra segura y efectiva. La ablación exitosa se asocia a una excelente supervivencia libre de eventos igual a los no inducibles y la ablación fallida identifica un grupo de riesgo que se beneficiaría de otras terapias.

939/58. ASOCIACIÓN DEL CLUSTERING NO SUPERVISADO DE SERIES TEMPORALES DE MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA CON LA EXTENSIÓN DE LA ENFERMEDAD CORONARIA EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO: HALLAZGOS DEL ESTUDIO ORACLE

Alberto Piserra López¹, Fernando Puyol Ruiz¹, Óscar Barquero Alegre¹, Fernando Carrasco-Chinchilla¹, Daniel José Elena Aldana¹, Antonio J. Domínguez-Franco¹, Cristóbal Urbano-Carrillo², Manuel Jiménez-Navarro¹, Juan H. Alonso-Briales¹ y Francesco Costa¹

¹Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA), Málaga; Centro de Investigación Biomédica en Red en Enfermedades Cardiovasculares (CIBERCV), Instituto de Salud Carlos III, Madrid. ²Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Regional de Málaga, Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA), Málaga.

Introducción y objetivos: La diabetes mellitus (DM) se asocia con la presencia de enfermedad coronaria (EC) más difusa y extensa en pacientes con síndrome coronario agudo (SCA). Sin embargo, su clasificación dicotómica puede no capturar la heterogeneidad del riesgo. La monitorización continua de glucosa (MCG), combinada con el aprendizaje automático, permite identificar fenotipos glucémicos dinámicos potencialmente relacionados con la extensión de la EC. El objetivo fue obtener fenotipos basados en MCG mediante aprendizaje no supervisado y evaluar su asociación con la extensión de la EC.

Métodos: ORACLE es un registro prospectivo multicéntrico que incluye pacientes con SCA de alto riesgo, con monitorización continua mediante dispositivos portátiles durante el seguimiento. La MCG (FreeStyle Libre 3 Plus) se inició durante el ingreso y a partir de las series temporales se extrajeron 34 variables estandarizadas. Se aplicó clustering k-means ($k = 3$) para identificar fenotipos glucémicos. Las características anatómicas coronarias se compararon entre grupos mediante pruebas de Kruskal-Wallis y χ^2 .

Resultados: Se incluyeron 251 pacientes. El clúster 0 (C0) mostró mayor prevalencia de DM tipo 2 (72,1%) y mayores niveles de HbA_{1c} y glucosa al alta, mientras que los clústeres 1 (C1) y 2 (C2) presentaron prevalencias menores y similares entre ellos (36,0% y 36,4%). El resto de factores de riesgo fue comparable entre grupos. Se observó un gradiente en la carga de enfermedad coronaria ($C0 > C1 > C2$): enfermedad de tres vasos

(41,0 vs. 27,1 vs. 23,3%; $p = 0,05$), número de lesiones tratadas ($2,2 \pm 1,0$ vs. $2,1 \pm 1,0$ vs. $1,9 \pm 1,2$; $p = 0,02$), longitud total de stent (59 ± 41 vs. 48 ± 33 vs. 47 ± 36 mm; $p = 0,04$) y tratamiento del tronco común izquierdo ($16,4$ vs. $12,8$ vs. $4,7\%$; $p = 0,03$). Notablemente, C1 presentó mayor carga de enfermedad coronaria que C2 pese a tener perfiles clínicos similares.

Conclusiones: El clustering no supervisado de MCG identifica fenotipos glucémicos asociados de forma gradual con la extensión de la EC en SCA. La diferencia entre C1 y C2, pese a perfiles clínicos similares, sugiere que la dinámica glucémica aporta información adicional no capturada por la clasificación convencional de DM. Estos hallazgos apoyan el desarrollo de herramientas basadas en MCG para mejorar la estratificación del riesgo y la toma de decisiones.

939/59. FENOTIPO EXPLORATORIO DE MIOPATÍA BIAURICULAR AVANZADA EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR REMITIDOS PARA AISLAMIENTO DE VENAS PULMONARES

Jorge Segovia Reyes, Fernando Puyol Ruiz, Cristian Peláez Berdún, Germán Alegre García, Amalio Ruíz Salas, Manuel F. Jiménez Navarro, Francisco Javier Pavón Morón y Jorge Rodríguez Capitán

Cardiología, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción y objetivos: La enfermedad auricular asociada a FA se extiende más allá de la dilatación auricular y puede implicar alteraciones estructurales, mecánicas y valvulares que afectan a ambas aurículas. Nuestro objetivo fue identificar un fenotipo exploratorio de miopatía biauricular avanzada antes del aislamiento de venas pulmonares (AVP) mediante un enfoque ecocardiográfico integrado.

Métodos: Estudio transversal que incluyó pacientes con FA paroxística o persistente remitidos para AVP y sometidos a ecocardiografía transtorácica basal. Para capturar la carga estructural y funcional se construyó una puntuación central de miopatía biauricular utilizando cuatro variables: volumen máximo y strain reservorio auricular izquierdo (LAVI; LASr), volumen máximo y strain reservorio auricular derecho (RAVI; RASr). Cada variable se estandarizó como z-score y se utilizaron valores inversos de strain reservorio. La puntuación se calculó como la suma de $z(\text{LAVI})$, $z(\text{RAVI})$, $z(-\text{LASr})$ y $z(-\text{RASr})$. Los pacientes se clasificaron en miopatía biauricular leve, intermedia o avanzada según los terciles de la cohorte. Se compararon características clínicas, fenotipo de FA, parámetros valvulares y función biventricular entre estadios.

Resultados: Se incluyeron 84 pacientes. En comparación con el grupo leve, los pacientes con miopatía biauricular avanzada presentaron mayores volúmenes auriculares y deterioro marcado de la mecánica biauricular. La FA persistente aumentó progresivamente a través de los estadios ($p < 0,001$). La miopatía biauricular avanzada también se asoció con un fenotipo más marcado de Insuficiencia tricuspídea (IT) funcional, con mayor prevalencia de IT significativa (7,1%, 14,3% y 39,3%; $p = 0,007$), mayor diámetro anular tricuspídeo (31,7; 34,5 y 36,9 mm; $p < 0,001$) y mayor gravedad cuantitativa. El diámetro anular mitral también aumentó a través de los estadios, mientras que la asociación con insuficiencia mitral significativa fue más débil. Además, la miopatía biauricular avanzada se acompañó de disfunción biventricular más amplia, con menor FEVI y menor TAPSE.

Conclusiones: Un fenotipo exploratorio de miopatía biauricular avanzada puede identificarse antes del AVP utilizando marcadores ecocardiográficos estructurales y funcionales integrados. Este fenotipo se asocia estrechamente con FA persistente, mayor carga de dilatación y regurgitación tricuspídea y

disfunción biventricular, lo que sugiere que captura una forma difusa y clínicamente avanzada de remodelado cardiaco asociado a FA.

939/61. LO QUE SABEN NUESTROS PACIENTES SOBRE SALUD CARDIOVASCULAR EN LA MUJER. UN PASO MÁS EN LA PREVENCIÓN

Rocío Sánchez Vaca, Beatriz Calvo Bernal y Miriam Auxiliadora Martín Toro

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

Introducción y objetivos: Tradicionalmente, la enfermedad cardiovascular (CV) se ha considerado más frecuente y con mayor mortalidad en los varones. Sin embargo, en los últimos años ha aumentado el interés en la comunidad científica por identificar factores de riesgo cardiovascular (FRCV) específicos de la mujer, así como particularidades en la presentación, evolución y manejo de la enfermedad CV en este grupo. El objetivo del estudio fue evaluar el grado de conocimiento sobre la salud cardiovascular en la mujer entre pacientes.

Métodos: Se diseñó un cuestionario de 13 preguntas orientadas a explorar conocimientos sobre diferencias de género en la enfermedad CV. Este se administró a asistentes de un congreso regional de cardiología preventiva, abordando factores de riesgo, influencia hormonal, diagnóstico, tratamiento y diferencias fisiopatológicas entre sexos.

Resultados: Se incluyeron 40 participantes (57% mujeres; edad media $60,1 \pm 12,2$ años). El 72% consideró que existen diferencias en el metabolismo lipídico, el 85% reconoció FRCV específicos y el 70% señaló mayor impacto de los hábitos de vida en mujeres. Asimismo, el 70% identificó correctamente el papel de la influencia hormonal. En el manejo clínico, el 62% respondió que las mujeres no son más remitidas a rehabilitación cardíaca ni más cumplidoras, y el 70% consideró que en el síndrome coronario agudo el diagnóstico es más tardío y existe infratratamiento. Se observaron lagunas de conocimiento: el 55% y el 42% desconocían si hay mayor hipercoagulabilidad o características específicas de la enfermedad aterosclerótica en mujeres. Tampoco hubo consenso sobre enfermedad renal crónica ni sobre el riesgo hemorrágico con anticoagulantes. El 80% creyó erróneamente que los fármacos han sido probados por igual en ambos sexos. Además, el 47% desconocía aspectos sobre la lipoproteína(a) y el 32% sobre la infraestimación del riesgo.

Conclusiones: Los resultados evidencian un notable desconocimiento en la población general sobre la salud CV en la mujer, especialmente en estratificación de riesgo y comorbilidades. Estos hallazgos subrayan la necesidad de implementar estrategias educativas dirigidas a mejorar el conocimiento y fomentar un cambio en la percepción de la enfermedad cardiovascular en mujeres.

939/62. RELACIÓN ENTRE LA COMPLEJIDAD DE LA ENFERMEDAD CORONARIA Y LA ATROSCLEROSIS CAROTÍDEA EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO: OBSERVACIONES DESDE EL ESTUDIO ORACLE

Agustín Ezequiel Molinero¹, Arancha Díaz Expósito², María Victoria García Ruiz², Fernando Puyol Ruiz², Óscar Barquero Alegre², Francisco Javier Zafra Sánchez², Manuel F. Jiménez Navarro², Diego Castillo Barnes³, Juan José Gómez Doblas² y Francesco Costa²

¹Cardiología, Hospital Universitario Regional de Málaga, Málaga.

²Cardiología, Hospital Virgen de la Victoria, Málaga. ³IBIMA, Málaga.

Introducción y objetivos: La aterosclerosis es una enfermedad sistémica que afecta simultáneamente múltiples territorios vasculares. En pacientes que presentan un síndrome coronario agudo (SCA), la coexistencia de enfermedad carotídea refleja mayor carga aterosclerótica y mayor riesgo global. El objetivo de este estudio fue evaluar la asociación entre el SYNTAX score y la presencia de aterosclerosis carotídea en una cohorte contemporánea de pacientes con SCA, tratados mediante ICP.

Métodos: Como protocolo del estudio observacional ORACLE, se incluyeron pacientes de alto riesgo cardiovascular (en base a diferentes características), ingresados por SCA y tratados mediante ICP. Se recogieron datos anagráficos y del procedimiento. Se realizó ecografía dúplex carotídea durante el seguimiento con registro del grosor íntima-media carotídeo (CIMT) y la presencia de placa carotídea, definida como un engrosamiento focal de la pared arterial > 1,5 mm. Se compararon las características basales entre pacientes con y sin placa carotídea mediante pruebas t de Student para variables continuas. Asimismo, se construyó un modelo de regresión logística multivariable para evaluar asociación entre SYNTAX y la presencia de aterosclerosis carotídea, ajustando por edad y sexo.

Resultados: Se incluyeron 364 pacientes. La mayoría hombres (77%). El SYNTAX medio previo a la ICP fue de 13,9. Se requirieron una media de 2,3 stents, con 50 mm de longitud media. Se detectó elevada prevalencia de aterosclerosis carotídea, aproximadamente el 83% de los casos. Los pacientes con placa carotídea fueron significativamente mayores en comparación con aquellos sin placa ($67,4 \pm 10,6$ vs. $63,5 \pm 10,6$ años; $p = 0,007$). Asimismo, presentaron una mayor complejidad de la enfermedad coronaria (SYNTAX $14,5 \pm 10,0$ vs. $11,2 \pm 6,8$; $p = 0,014$). Sea al análisis univariado y multivariado, la edad (OR 1,03, IC95% 1,01-1,06, $p = 0,013$) y el SYNTAX (OR 1,04, IC95% 1,00-1,08, $p = 0,029$), se asociaron de forma independiente con la presencia de placa carotídea. Cada año de edad y cada punto de SYNTAX Score, aumentan respectivamente 3% y 4% de riesgo probabilidad de tener enfermedad carotídea.

Conclusiones: En pacientes de alto riesgo isquémico, la aterosclerosis carotídea es altamente prevalente y se asocia en modo independiente con mayor edad y mayor carga coronaria. El SYNTAX score emerge como un marcador no solo de complejidad anatómica coronaria, sino también de carga aterosclerótica global.

939/63. PREDICTORES DE VARIABILIDAD INTRAINDIVIDUAL DE LIPOPROTEÍNA(A)

Maria Camilla Palumbo¹, Nelsa González Aguado², Arancha Díaz Expósito², Ángel Montiel-Trujillo², Juan Robledo-Carmona², José Manuel García Pinilla², Diego Castillo-Barnes³, Andrés Ortiz³, Manuel Jiménez-Navarro² y Francesco Costa²

¹Cardiología, Sapienza Università di Roma, Roma, Italia.

²Cardiología, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

³Investigación, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción y objetivos: La lipoproteína(a) [Lp(a)] es un factor de riesgo causal e independiente para la enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ASCVD), con concentraciones determinadas fundamentalmente por la genética. Tradicionalmente se ha considerado un biomarcador estable; sin embargo, estudios recientes han descrito una variabilidad intraindividual significativa, especialmente en pacientes con niveles basales intermedios. Esta fluctuación es particularmente relevante tras un síndrome coronario agudo (SCA). El objetivo de este estudio

fue evaluar la variabilidad de la Lp(a) a corto y largo plazo e identificar los predictores asociados a una alta variabilidad tras un SCA.

Métodos: Estudio prospectivo que incluyó 235 pacientes con SCA, distribuidos en dos cohortes de seguimiento. En ambas cohortes la Lp(a) basal se determinó 24 horas antes del alta hospitalaria. La cohorte A incluyó mediciones de seguimiento a los 4 y 8 meses; la cohorte B a los 5 años. La variabilidad intraindividual clínicamente significativa se definió como un cambio absoluto = 20 mg/dl o relativo = 25%. Se utilizaron modelos de regresión logística univariable y multivariable para identificar predictores independientes de variabilidad.

Resultados: Un 57,9% de los pacientes mostró una variabilidad de Lp(a) clínicamente significativa. En el grupo de riesgo intermedio basal (30-50 mg/dl) el 60,6% de los pacientes cambió su categoría de riesgo durante el seguimiento. En el análisis multivariable, la revascularización incompleta se identificó como predictor independiente de alta variabilidad de Lp(a) (OR 2,22; IC95% 1,14-4,31; $p = 0,02$). El sexo femenino (OR 1,92; IC95% 0,93-4,00; $p = 0,08$) y la menopausia ajustada por edad (OR 11,18; IC95% 0,79-157,58; $p = 0,07$) mostraron una tendencia hacia una mayor variabilidad, sin alcanzar significación estadística.

Conclusiones: La Lp(a) presenta una variabilidad significativa tras un SCA, con especial relevancia clínica en pacientes con niveles basales intermedios, donde la reclasificación de riesgo es frecuente. La revascularización incompleta se identificó como predictor independiente de alta variabilidad, mientras que el sexo femenino y la menopausia ajustada por edad mostraron una tendencia no significativa. Estos hallazgos sugieren que una única determinación de Lp(a) en el contexto agudo podría ser insuficiente para una estratificación precisa del riesgo cardiovascular a largo plazo.

939/64. RESULTADOS CLÍNICOS Y ELÉCTRICOS A UN AÑO TRAS EL IMPLANTE DE MARCAPASOS SIN CABLES: EXPERIENCIA DE UN CENTRO

Juan Manuel Serrano Marcos, José Vico Jiménez, Juan Carlos Aguilar Fernández y Manuel Molina Lerma

Cardiología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción y objetivos: El implante de marcapasos sin cables se ha consolidado como una alternativa a los sistemas de estimulación convencionales. No obstante, los datos en práctica clínica real siguen siendo limitados. Nuestro objetivo es analizar una cohorte amplia de pacientes sometidos a este procedimiento.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de un centro que incluyó a todos los pacientes sometidos a implante de marcapasos sin cables entre 2016 y 2026. Se recogieron características basales, datos del procedimiento y complicaciones. Durante el seguimiento al año se evaluaron eventos clínicos y parámetros eléctricos.

Resultados: Se incluyeron 69 pacientes (mediana de 79 años; 50,7% mujeres, 49,3% varones). La indicación más frecuente fue la disfunción del cable previo en un 26,1%, la infección o antecedentes en un 15,9% y dificultades en accesos vasculares un 11,6%. El implante fue exitoso en el 98,6% de casos. La localización fue predominantemente en septo medio del ventrículo derecho. La mayoría (94,1%) no presentó complicaciones durante el procedimiento. Hubo 2 casos (2,9%) de AIT, 1 caso (1,4%) de taponamiento cardíaco y otro (1,4%) de hematoma femoral con repercusión hematómica. Durante el seguimiento al año, la mortalidad cardiovascular representó el 4,4%. No se registraron fallos del dispositivo ni complicacio-

nes mayores. Un paciente desarrolló síndrome de marcapasos. Con respecto a los parámetros eléctricos, el umbral de estimulación no presentó diferencias significativas entre el momento del implante y el seguimiento al año ($0,52 \pm 0,34$ V vs. $0,49 \pm 0,23$ V; $p = 0,974$, prueba de rangos con signo de Wilcoxon, $n = 50$). La detección de la onda R presentó un aumento significativo al año ($11,05 \pm 4,63$ mV vs. $12,92 \pm 4,48$ mV; $p = 0,024$, prueba T apareada, $n = 43$) y la impedancia (961 ± 258 O vs. 631 ± 35 O; $p = 0,001$, prueba de rangos con signo de Wilcoxon, $n = 44$) disminuyó.

Conclusiones: En esta cohorte de práctica clínica real, el implante de marcapasos sin cables mostró una alta tasa de éxito, una baja incidencia de complicaciones y una evolución clínica favorable durante el seguimiento. Los umbrales al año se mantuvieron estables, con un aumento de la detección y una disminución de la impedancia.

939/65. ANÁLISIS CLÍNICO Y PRONÓSTICO A MEDIO PLAZO DE PACIENTES CON DISECCIÓN CORONARIA ESPONTÁNEA EN NUESTRO CENTRO

Sofía Muñoz Sánchez, Ignacio Ferrer Luján, Beatriz Lorenzo López, Nuria Jara Jara y Diego Félix Arroyo Moñino

Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: La disección coronaria espontánea (DCE) es una causa infrecuente pero cada vez más reconocida de síndrome coronario agudo, a pesar de lo cual su manejo óptimo sigue sin estar estandarizado. Conocer sus características clínicas y evolución es fundamental para mejorar el tratamiento y pronóstico de estos pacientes.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo unicéntrico de 77 pacientes con DCE diagnosticada por coronariografía entre julio 2007 y marzo 2025. Se analizaron características clínicas, presentación, tratamiento al alta, y el seguimiento de eventos cardiovasculares y mortalidad.

Resultados: La edad media fue de 53,9 años (DE: 13,3), y el 80,5% fueron mujeres. El 41,6% presentaban hipertensión, 10,4% diabetes mellitus, 29,9% dislipemia y el 48% eran fumadores. El 20,8% tenía antecedentes de trastorno ansioso-depresivo y el 19,5% hipotiroidismo. El 3,9% recibía tratamiento hormonal previo y no se registraron embarazos activos en el momento del evento. En cuanto a la clínica, el 40% se presentaron como infarto con elevación del ST. En el 61% no se identificó desencadenante claro, en el 16% fue el ejercicio y en el 12% el estrés emocional. La arteria culpable más frecuente fue la descendente anterior (42%). La función sistólica del ventrículo izquierdo se mantuvo conservada (FEVI media 57%, DE 9,7%). Respecto al tratamiento, un 69% recibieron un enfoque conservador, sin revascularización coronaria. Al alta, el 90,9% recibieron ácido acetilsalicílico (AAS) y el 71,4% doble antiagregación (clopidogrel 51,9%, ticagrelor 14,3%, prasugrel 5,2%). Se prescribieron betabloqueantes en el 84,4%. Durante el seguimiento (mediana de 5,98 años), se registraron eventos cardiovasculares en el 13%, (2 recurrencias, 5 eventos isquémicos ateroscleróticos, 1 episodio de insuficiencia cardíaca, 1 evento arrítmico y 1 evento cerebrovascular). La mediana de tiempo hasta el primer evento cardiovascular fue de 4,5 años. La mortalidad fue del 6,5%, con 3 muertes de causa cardiovascular y una mediana de tiempo hasta el fallecimiento de 4,1 años.

Conclusiones: La DCE se presenta habitualmente en mujeres sin factores de riesgo clásicos. El manejo conservador predomina, con tratamiento al alta que incluye betabloqueantes y doble antiagregación. Los eventos cardiovasculares y la mor-

talidad a medio plazo no son despreciables en este grupo de pacientes.

939/66. PERFIL CLÍNICO Y ANALÍTICO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD MULTIVASO QUE REALIZAN UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA

Alejandro Reina Moreno, Carlos Cobo López, Fernando Laviana Martínez, Aurora Fera Mera, Vicente Jurado Vinteo, Manuel Núñez Ruiz, Francisco Javier Escalona García, Ignacio Ferrer Luján y María del Mar Martínez Quesada

Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: La enfermedad coronaria aterosclerótica se asocia con la edad, el sexo y factores de riesgo clásicos. En los últimos años se han descrito marcadores inflamatorios, metabólicos y lipídicos relacionados con formas más avanzadas y mayor recurrencia. El objetivo fue analizar la prevalencia de enfermedad multivaso (EMV) en pacientes en rehabilitación cardíaca y su asociación con variables demográficas, clínicas y marcadores inflamatorios, metabólicos y lipídicos.

Métodos: Se incluyeron 426 pacientes que completaron un programa de rehabilitación cardíaca entre enero de 2024 y septiembre de 2025. Se evaluaron factores de riesgo, proteína C reactiva ultrasensible tras ingreso hospitalario, y marcadores de resistencia a la insulina y perfil lipídico al ingreso, tras el alta y al final del programa. Se definió EMV como estenosis significativa en tres o más vasos coronarios. Se consideró índice TG/HDL elevado $> 2,5$ e índice TG-glucosa elevado $> 4,65$.

Resultados: La edad media fue 59 ± 9 años; el 22,1% eran mujeres. Presentaban hipertensión el 59,6%, diabetes el 32,4% y tabaquismo el 52,2%; un 6,4% tenía arteriopatía periférica. El IMC medio fue 28,5. El 87% presentó síndrome coronario agudo y el 93,8% enfermedad coronaria. La prevalencia de EMV fue 19,5%. La EMV fue más frecuente en diabéticos (27 vs. 16%; $p = 0,008$) e hipertensos (24 vs. 13%; $p = 0,004$), con tendencia no significativa en arteriopatía periférica (33 vs. 19%; $p = 0,062$). Los pacientes con EMV eran mayores ($62,2$ vs. $58,8$ años; $p = 0,001$), sin asociación con sexo o tabaquismo. Presentaron menor colesterol total (156 vs. 178 mg/dl; $p < 0,001$), HDL (39 vs. 43 mg/dl; $p = 0,039$) y LDL (91 vs. 110 mg/dl; $p < 0,001$) al ingreso. Persistieron diferencias en colesterol total y HDL al final del programa. Metabólicamente, mostraron mayor glucosa basal (126 vs. 113 mg/dl; $p = 0,025$) y HbA1c (6,4 vs. 6,1; $p = 0,041$), así como mayor proporción de índice TG-glucosa elevado tras el alta (23,9 vs. 15,5%; $p = 0,034$). No hubo asociación con PCR ni otros parámetros lipídicos.

Conclusiones: En pacientes en rehabilitación cardíaca, la enfermedad multivaso fue más frecuente en mayores, con HTA y diabetes, asociándose a menor colesterol y resistencia a la insulina. No se observó relación con inflamación ni TG, requiriéndose más estudios que aporten mayor información al respecto.

939/67. FORMA DE PRESENTACIÓN COMO PREDICTORES DE EVOLUCIÓN EN PACIENTES INGRESADOS CON TAPONAMIENTO CARDIACO

Sofía Muñoz Sánchez, María del Carmen López Flores, Francisco Javier Cortés Cortés y Luis López Flores

Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: El taponamiento cardíaco es una emergencia potencialmente reversible si se diagnostica y tra-

ta de forma oportuna. La forma clínica de presentación puede reflejar la gravedad del proceso subyacente y condicionar el pronóstico. El objetivo de este estudio fue analizar si las características clínicas al ingreso se asocian con la evolución de los pacientes con taponamiento cardíaco ingresados en una unidad coronaria.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo que incluyó a pacientes con derrame pericárdico grave y datos ecocardiográficos de taponamiento ingresados entre enero de 2019 y enero de 2024, tratados mediante pericardiocentesis o drenaje quirúrgico. Se analizaron variables clínicas, comorbilidades, signos vitales, motivo de ingreso y hallazgos ecocardiográficos en relación con la mortalidad intrahospitalaria y a los 3 meses.

Resultados: Se incluyeron 106 pacientes. La forma de presentación más frecuente fue la insuficiencia cardíaca (49,1%). Los casos en contexto de infarto agudo de miocardio presentaron la mayor mortalidad intrahospitalaria (40%). Los signos vitales al ingreso (presión arterial y frecuencia cardíaca) no se asociaron con la evolución, lo que sugiere un valor pronóstico limitado. En todos los modelos predictivos, la edad se asoció de forma consistente con mayor mortalidad, especialmente durante el ingreso. El tamaño del derrame pericárdico al ingreso se relacionó significativamente con la mortalidad a 3 meses ($p = 0,006$), mientras que la cantidad de líquido extraído no mostró asociación.

Conclusiones: El tamaño del derrame pericárdico al ingreso se asoció con una mayor mortalidad a 3 meses, a diferencia del volumen drenado. Aunque la forma de presentación no se relacionó de forma significativa con la evolución, el contexto de infarto agudo de miocardio se asoció con una elevada mortalidad hospitalaria. Los hallazgos ecocardiográficos iniciales podrían tener valor pronóstico y contribuir a la estratificación del riesgo.

939/68. MORTALIDAD Y PRONÓSTICO SEGÚN LA ETIOLOGÍA DEL TAPONAMIENTO CARDIACO

Sofía Muñoz Sánchez, María del Carmen López Flores, Luis López Flores y Francisco Javier Cortés Cortés

Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: El taponamiento cardíaco representa una emergencia médica potencialmente reversible mediante un diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado. Dado que su etiología puede condicionar el pronóstico, el objetivo de este estudio fue analizar las causas del taponamiento y su asociación con la mortalidad intrahospitalaria y a los 3 meses.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, que incluyó pacientes con derrame pericárdico grave y datos ecocardiográficos de taponamiento ingresados en la unidad coronaria entre enero de 2019 y enero de 2024, tratados mediante pericardiocentesis o drenaje quirúrgico.

Resultados: Se incluyeron 106 pacientes. Las etiologías más frecuentes fueron: origen maligno (25,5%), complicaciones de cirugía cardíaca (18,9%) y causas iatrogénicas (12,3%). En el 40,7% de los pacientes con taponamiento de causa maligna, el cuadro representó la primera manifestación de una enfermedad oncológica. Ni la cantidad ni las características analíticas del líquido pericárdico permitieron diferenciar entre etiologías, aunque su aspecto macroscópico mostró variaciones significativas según la causa. La citología pericárdica fue positiva en solo el 20% de los casos malignos. La mortalidad intrahospitalaria fue del 12,4% y ascendió al 19,6% a los 3 meses. No se encontraron diferencias significativas en la mortalidad durante el ingreso al comparar las etiologías de forma global.

No obstante, la etiología postinfarto se asoció con una elevada mortalidad intrahospitalaria (40%), aunque sin alcanzar significación estadística. A los 3 meses, la etiología maligna sí se relacionó de forma significativa con una mayor mortalidad, probablemente en relación con la progresión de la enfermedad de base.

Conclusiones: El cáncer continúa siendo la causa más frecuente de taponamiento cardíaco en nuestro medio y, en un porcentaje considerable, representa la primera manifestación de la enfermedad. Aunque la etiología maligna no se asoció con mayor mortalidad intrahospitalaria, sí se relacionó con un peor pronóstico a corto plazo, evidenciado por una mayor mortalidad al seguimiento.

939/69. RESULTADOS CLÍNICOS TRAS EL CIERRE DE LA OREJUELA IZQUIERDA: EXPERIENCIA EN LA VIDA REAL

Manuel Luque Pérez¹, Jose Carlos Villoria Martín¹, Carmen Lluch Requerey², Miguel Ángel Montilla Garrido¹ y Antonio Enrique Gómez Menchero¹

¹Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

²Hemodinámica, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción y objetivos: El cierre de la orejuela izquierda (LAAC) es una alternativa para la prevención del ictus en pacientes con fibrilación auricular (FA) que presentan alto riesgo hemorrágico o contraindicaciones para la anticoagulación oral a largo plazo. Sin embargo, los datos en práctica real sobre la seguridad, la carga hemorrágica y los resultados clínicos siguen siendo limitados. Nuestro objetivo es evaluar la seguridad del procedimiento, la reducción de sangrados y los resultados a largo plazo tras LAAC en una cohorte real de pacientes.

Métodos: Se realizó un estudio unicéntrico, prospectivo y observacional que incluyó 209 pacientes sometidos a LAAC. Se recogieron las características basales, el tipo de fibrilación auricular, las indicaciones del cierre, el tipo de dispositivo y el tratamiento antitrombótico. Se analizaron las complicaciones precoces (a 45 días) y a medio plazo (6 meses) (según criterios VARC). Los resultados a largo plazo incluyeron eventos cardiovasculares adversos mayores (MACE), hospitalizaciones relacionadas con sangrado y mortalidad.

Resultados: Cohorte mayoritariamente masculina (68%), edad media 74 ± 7 años, con alta carga de comorbilidad (HTA 90%, dislipemia 70%, ERC 46%, DM2 40%); las principales indicaciones fueron sangrado gastrointestinal (46%) e ictus hemorrágico (38%). Las complicaciones precoces (45 días) ocurrieron en el 6%, principalmente trombosis del dispositivo (3%) y leak peridispositivo (2%), con diferencias según dispositivo (Watchman 10%, Amulet 2%, Lambre 13%; $p = 0,018$), sin asociación con MACE a largo plazo. Tras el procedimiento, se redujeron significativamente las hospitalizaciones por sangrado (mediana 1 a 0; $p < 0,001$) y la proporción de pacientes con = 1 ingreso (72% a 11%). A 3,2 años de seguimiento, la supervivencia libre de MACE fue del 80%, 75% y 72% al 1, 2 y 3 años, sin diferencias entre dispositivos; la mortalidad cardiovascular fue del 9% (- 1/3 de las muertes). En el análisis multivariante, el control del ritmo se asoció con menor riesgo de MACE (-55%).

Conclusiones: En este estudio en práctica real, el cierre de la orejuela izquierda demostró ser un procedimiento eficaz y seguro, con baja tasa de complicaciones precoces y baja mortalidad cardiovascular. Se asoció además con una reducción significativa de las hospitalizaciones por sangrado, mante-

niendo resultados cardiovasculares a largo plazo aceptables y comparables entre dispositivos.

939/70. EVOLUCIÓN DE LA DOSIS DE MAVACANTÉN DURANTE 6 MESES DE SEGUIMIENTO Y FACTORES DETERMINANTES DE LOS CAMBIOS DE DOSIS: EXPERIENCIA EN LA VIDA REAL EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL

Marta Martín Vélez¹, Ángela Gabaldón Mestre¹, Cecilia Prados Murcia¹, Inmaculada Paneque Sánchez-Toscano², Ángela María Villalba Moreno³, María Esperanza Donoso Muñoz¹, Juan Manuel Aragón González¹, Javier Azcona Sousa¹, María Luisa Peña Peña¹ y Helena Llamas Gómez¹

¹Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

²Enfermería de Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ³Farmacia Hospitalaria, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción y objetivos: Mavacamten, primer inhibidor de la miosina cardíaca, ha supuesto un avance terapéutico en la miocardiopatía hipertrófica obstructiva (MCHO). Sin embargo, su uso implica un ajuste posológico individualizado y dinámico, condicionado por su estrecha ventana terapéutica y la variabilidad interindividual. La evolución real de la dosis y los factores asociados a sus modificaciones no están completamente definidos. El objetivo fue describir la evolución de las dosis de mavacamten durante los primeros 6 meses en práctica clínica habitual e identificar factores asociados a ajustes posológicos y suspensión.

Métodos: Estudio observacional prospectivo unicéntrico de pacientes con MCHO tratados con mavacamten durante al menos 6 meses en una unidad de Cardiopatías Familiares de un centro de tercer nivel.

Resultados: Se incluyeron 13 pacientes. El 64,7% de fenotipo metabolizador de CYP2C19 intermedio; el 23,5% rápido y el 11,8% lento, por lo que el tratamiento se inició con 5 mg en el 88,2% y con 2,5 mg en el 11,8%. A los 6 meses, el 7,7% recibía 2,5 mg, el 30,7% 5 mg, el 38,5% 10 mg y el 15,4% 15 mg; un paciente había suspendido el tratamiento. La titulación se realizó según parámetros clínicos y ecocardiográficos. En todos los pacientes con reducción de dosis por respuesta completa precoz, fue necesario un posterior incremento. Tres pacientes presentaron persistencia de síntomas pese a desaparición del gradiente en reposo. La ecocardiografía de esfuerzo evidenció gradientes significativos en dos de ellos, lo que motivó intensificación terapéutica con mejoría clínica y funcional. Dos pacientes precisaron retirada temporal: uno por desaparición precoz de gradientes y otro por taquimiocardiopatía secundaria a flutter. En ambos casos, el tratamiento se reintrodujo sin incidencias posteriores ni deterioro de la función ventricular. Otros dos requirieron retirada permanente por deterioro de FEVI a los 5 y 12 meses; ambos con BRIHH y aumento de la asincronía.

Conclusiones: La dosificación de mavacamten es compleja y multifactorial. El ECG basal podría ayudar a identificar pacientes con mayor riesgo de deterioro de FEVI. Asimismo, la ecocardiografía de esfuerzo podría ser útil para desenmascarar gradiente residual. Finalmente, se podrían evaluar estrategias que simplifiquen el ajuste posológico en pacientes

con respuesta precoz, sin comprometer la seguridad ni la eficacia.

939/71. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON MAVACAMTÉN EN PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA OBSTRUCTIVA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: COMPARATIVA CON ESTUDIO EXPLORER HCM

Ángela Gabaldón Mestre¹, Marta Martín Vélez¹, Cecilia Prados Murcia¹, Inmaculada Paneque Sánchez-Toscano², Eva Rocío Alfaro Lara³, Carlos del Toro Esperón¹, Ernesto Ruiz Pereira¹, Lidia Roderó Barcos¹, Helena Llamas Gómez¹ y María Luisa Peña Peña¹

¹Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

²Enfermería, Unidad de Cardiopatías Familiares, Hospital Virgen del Rocío, Sevilla. ³Farmacia Hospitalaria, Hospital Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción y objetivos: Mavacamten, primer inhibidor de la miosina cardíaca, es una opción terapéutica prometedora en miocardiopatía hipertrófica obstructiva (MCHO), aunque su eficacia y seguridad en práctica clínica son aún poco conocidas. Evaluar la mejoría clínica, bioquímica y ecocardiográfica en pacientes con MCHO tratados con mavacamten en una unidad de cardiopatías familiares de un hospital de tercer nivel y comparar los resultados con los del ensayo EXPLORER-HCM.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo unicéntrico. Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas, genéticas, ecocardiográficas y biomarcadores al inicio y a los 6 meses de tratamiento.

Resultados: Se incluyeron 17 pacientes; 13 (76,5%) completaron 6 meses de seguimiento. La edad media al inicio de tratamiento fue 60 ± 10 años y el 58,8% eran varones. El 94,4% se realizó estudio genético; 6 pacientes presentaron variables patogénicas y uno probablemente patogénica, siendo MYH7 el gen más frecuente. El 47,1% eran hipertensos, 17,6% diabéticos y 17,6% con historia de fibrilación auricular, sin nuevos casos en el seguimiento. El 41% recibían betabloqueantes, 58,8% antagonistas del calcio y 53% disopiramida (el resto no la toleró, prolongó intervalo QT o no evidenció mejoría). Ninguna reducción septal previa. El 88,2% se encontraba en clase funcional (CF) III y 11,7% en II, con FEVI media 66% y grosor septal 19,3 mm. La mediana del gradiente en reposo fue 55 mmHg [RIC 35-86,5] y 103 mmHg [RIC 84,5-120] con Valsalva. Mediana NT-proBNP 470 pg/ml [RIC 271-1804]. A los 6 meses, el 41,7% se encontraban en CF I y 58,3% en II; con mejoría de dos CF en el 41,7% y una en el 50%; un solo paciente no mejoró. Se objetivó una reducción de la mediana del gradiente en reposo a 8,5 mmHg [RIC 6-14,5] ($p = 0,005$) y con Valsalva a 16 mmHg [RIC 10-23] ($p = 0,008$). La mediana de NT-proBNP descendió a 192 pg/ml [RIC 57-301] ($p = 0,008$). Hubo un caso de disfunción ventricular que motivó la suspensión definitiva del tratamiento, sin eventos clínicos graves.

Conclusiones: En comparación con EXPLORER-HCM, nuestros pacientes presentaban un fenotipo más grave y la mitad incluían tratamiento con disopiramida. A pesar de ello, mavacamten mostró alta eficacia en práctica real, con resultados a los 6 meses incluso más favorables que EXPLORER-HCM.

939/72. REPRODUCIBILIDAD Y EVOLUCIÓN TEMPORAL DE LAS ESCALAS DE RIESGO HEMORRÁGICO TRAS UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO: PERSPECTIVAS DEL ESTUDIO ORACLE

Fernando Puyol Ruiz¹, Óscar Barquero Alegre¹, José Ignacio Larrubia Valle², Agustín Ezequiel Molinero³, María Jiménez Salva¹, Luis Morcillo Hidalgo⁴, Cristóbal A. Urbano Carrillo³, Jorge Rodríguez Capitán⁵, Juan José Gómez Doblas¹ y Francesco Costa⁶

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

²Cardiología, Hospital Regional Universitario, Málaga. ³Unidad de Hemodinámica, Hospital Regional Universitario, Málaga. ⁴Unidad de Imagen Cardíaca, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. ⁵Unidad de Hipertensión Pulmonar, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. ⁶Unidad de Hemodinámica, Hospital Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción y objetivos: La dinámica temporal de las escalas de riesgo hemorrágico tras un síndrome coronario agudo (SCA) está poco estudiada. Comprender si estos scores varían temporalmente resulta crucial, pues permitiría reconsiderar y ajustar con precisión la potencia del tratamiento antiagregante. Para ello, este trabajo evalúa la evolución longitudinal y la concordancia clínica de las escalas PRECISE-DAPT, CRUSADE, PARIS y CREDO-KYOTO durante 8 meses de seguimiento.

Métodos: Estudio prospectivo, longitudinal y multicéntrico en pacientes con SCA bajo manejo intervencionista percutáneo. Se incluyó una cohorte consecutiva de sujetos de alto riesgo, estableciendo un seguimiento presencial al alta hospitalaria, a los 4 y a los 8 meses del evento cardiovascular. Se evaluó la concordancia transversal y las variaciones longitudinales de las diferentes escalas.

Resultados: Se analizaron 300 pacientes (77,0% varones; mediana de edad: 66,9 años). Al alta, las medianas de riesgo y sus intervalos de confianza [IC] fueron: CRUSADE 27 [22-36], PRECISE-DAPT 20 [13-26], PARIS 5 [3-7] y KYOTO 0 [0-1]. Las proporciones de pacientes clasificados de alto riesgo resultaron muy dispares: 15,1%, 28,6%, 18,5% y 9,2%, respectivamente. Solo un 1,5% fue catalogado unánimemente como de alto riesgo por las cuatro escalas, mostrando el resto de las categorías discrepancias. PARIS y PRECISE-DAPT mostraron la mayor correlación ($\rho = 0,64$), mientras que KYOTO resultó la escala más discordante. Se observaron variaciones longitudinales significativas en todas las herramientas clínicas evaluadas. Aunque la mayoría mantuvo su categoría basal, ocurrieron cambios clínicos relevantes. Entre el alta y el cuarto mes, quienes ascendieron a alto riesgo o descendieron a uno inferior representaron el 7,3% para CRUSADE, 0,8% para KYOTO, 14,0% para PARIS y 13,0% para PRECISE-DAPT. Posteriormente, entre los 4 y 8 meses, estas reclasificaciones fueron del 3,3%, 0,6%, 11,2% y 8,2%, respectivamente.

Conclusiones: Existe una marcada discordancia individual entre las escalas evaluadas, lo que sugiere cautela clínica respecto a su intercambiabilidad. Aunque fueron diseñadas mediante evaluaciones transversales únicas, estas herramientas presentan variaciones temporales significativas que reclasifican dinámicamente el riesgo de los pacientes durante su evolución. Futuros estudios podrían esclarecer cómo impactan estos cambios en el pronóstico y en la toma de decisiones sobre la intensidad del régimen antitrombótico.

939/73. INESTABILIDAD HEMODINÁMICA TRAS EL ICTUS: ORIGEN CENTRAL

Isabel María Calvo Gutiérrez

Cardiología, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga.

Introducción y objetivos: La inestabilidad de la presión arterial tras el ictus es una limitación frecuente en la rehabilitación, asociada a intolerancia al esfuerzo, fatiga y peor recuperación funcional, cuya base radica en una alteración de la regulación neurocardiovascular. Tradicionalmente atribuida a disfunción autonómica, esta alteración puede entenderse como un fenómeno combinado, en el que las redes centrales que regulan la función cardiovascular coinciden con aquellas implicadas en el control postural y motor. El objetivo de este trabajo es analizar la interacción entre regulación hemodinámica y vías de control motor en pacientes con lesión cerebral.

Métodos: Se realizó una revisión narrativa integrando evidencia sobre disfunción autonómica posictus con el modelo de control motor de Shumway-Cook. Se analizaron las interacciones entre centros autonómicos centrales, regulación barorrefleja, y vías descendentes (reticuloespinal y vestibuloespinal), junto con sistemas aferentes (barorreceptores, sistema vestibular y propioceptivo).

Resultados: Tras el ictus, la afectación de estructuras como la ínsula, el hipotálamo y el tronco encefálico alteran la regulación cardiovascular central, produciendo disminución de la sensibilidad barorrefleja, desorganización del sistema simpático y variabilidad tensional. Estas mismas redes participan en el control postural a través de vías reticuloespinales y vestibuloespinales, responsables de la activación postural anticipatoria y el ajuste al cambio gravitacional. La disrupción de este sistema integrado genera respuestas ineficaces al ortostatismo, con hipotensión ortostática, hipoperfusión cerebral y limitación de la tolerancia al esfuerzo. Este desacoplamiento neurocardiovascular impacta directamente en la capacidad de rehabilitación y en el pronóstico clínico.

Conclusiones: La alteración de la presión arterial tras el ictus debe entenderse como un fallo de regulación neurocardiovascular, donde sistema nervioso central y sistema cardiovascular actúan de forma interdependiente. Reconocer esta interacción permite un abordaje clínico más completo, combinando monitorización hemodinámica, ajuste terapéutico y estrategias de rehabilitación orientadas a la preparación postural y autonómica. Este enfoque integrado resulta clave para mejorar la estabilidad clínica y optimizar la recuperación funcional.

939/74. MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA EN PACIENTES DE ALTO RIESGO TRAS SÍNDROME CORONARIO AGUDO: HETEROGENEIDAD INDIVIDUAL, DETERIORO METABÓLICO A MEDIO PLAZO Y SUS PREDICTORES CLÍNICOS

Arancha Díaz Expósito¹, José Ignacio Larrubia Valle², Agustín Ezequiel Molinero², Fernando Puyol Ruiz¹, Óscar Barquero Alegre¹, Eloy Rueda Calle¹, Cristóbal Urbano-Carrillo², Juan José Gómez-Doblas¹, Fernando Gómez-Peralta³ y Francesco Costa¹

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

²Cardiología, Hospital Regional de Málaga, Málaga. ³Cardiología, Hospital General de Segovia, Segovia.

Introducción y objetivos: Tras un síndrome coronario agudo (SCA) persiste un riesgo cardiometabólico residual que los parámetros glucémicos convencionales no detectan adecuadamente. La monitorización continua de glucosa (MCG) permite una caracterización más precisa. Nuestro objetivo fue describir la evolución de los perfiles glucémicos desde la fase precoz post-SCA hasta el seguimiento a los 4 meses, así como identificar perfiles de empeoramiento y sus predictores clínicos.

Métodos: Estudio prospectivo, observacional y multicéntrico del programa ORACLE. Se incluyeron pacientes consecutivos con SCA de alto riesgo, a los que se puso un sensor FreeStyle Libre 3/3 Plus durante 14 días en torno al alta y nuevamente a los 4 meses. Se analizaron métricas derivadas de MCG, incluyendo tiempo en rango (TIR 70-180 mg/dl), tiempo en rango estrecho (TITR 70-140 mg/dl), tiempo por encima y por debajo de rango, glucosa media e índices de variabilidad.

Resultados: Se analizaron 213 pacientes con registros basales válidos. En la fase precoz post-SCA, la mediana [RIC] de TIR fue 96,57% [86,91-98,92] y la de TITR 85,00% [62,16-93,24], con una glucosa media de 114,26 mg/dl [106,26-133,96]. La MCG mostró una marcada heterogeneidad interindividual. Aunque durante el registro inicial se observó una discreta mejoría del perfil glucémico, a los 4 meses apareció un empeoramiento leve pero consistente. El TITR disminuyó un 3,8% ($p = 0,008$) y la glucosa media aumentó 3,85 mg/dl ($p = 0,035$), junto con un empeoramiento de varios índices de variabilidad y riesgo glucémico. En contraste, la HbA_{1c} permaneció sin cambios relevantes. Este deterioro también fue evidente en pacientes sin diabetes. Entre el 20% y el 40% de los pacientes presentó una evolución glucémica desfavorable. Una mayor carga de comorbilidad se asoció con peor evolución, y la hipertensión arterial y la EPOC emergieron como predictores independientes de empeoramiento del TITR.

Conclusiones: Tras un SCA, la MCG pone de manifiesto una importante heterogeneidad interindividual y detecta un deterioro metabólico a medio plazo, incluso en no diabéticos, que no queda reflejado por la HbA_{1c}, reforzando el papel de MCG en la valoración del riesgo residual de estos pacientes.

939/75. CONCORDANCIA Y VARIABILIDAD TEMPORAL DE LAS ESCALAS DE RIESGO ISQUÉMICO TRAS UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO: PERSPECTIVAS DEL ESTUDIO ORACLE

Óscar Barquero Alegre¹, Fernando Puyol Ruiz¹, Arancha Díaz Expósito², María Victoria García Ruiz³, José Ignacio Larrubia Valle⁴, Mora Murri⁵, Andrés Ortiz⁶, Manuel F. Jiménez Navarro⁷, Diego Castillo Barnes⁸ y Francesco Costa⁹

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

²Unidad de Insuficiencia Cardiaca, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. ³Cardiología Clínica, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

⁴Cardiología, Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

⁵Investigación, CIBERCV, IBIMA, Málaga. ⁶Ingeniería de Telecomunicaciones, Universidad de Málaga, Málaga.

⁷Enfermedades Cardiovasculares y Respiratorias, Universidad de Málaga, Málaga. ⁸Procesamiento de Señales Inteligentes, Sistemas Inteligentes y Seguridad en las Comunicaciones, Universidad de Málaga, Málaga. ⁹Unidad de Hemodinámica, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción y objetivos: La definición del riesgo isquémico tras un síndrome coronario agudo es fundamental para definir el pronóstico y la estrategia antitrombótica a largo plazo. Existen múltiples escalas para valorar el riesgo isquémico; sin embargo, la evidencia sobre la concordancia y la variabilidad temporal de estas medidas es escasa.

Métodos: En el estudio prospectivo multicéntrico ORACLE se calcularon múltiples escalas de riesgo isquémico (PARIS, DAPT y CREDO-KYOTO) al alta, a los 4 meses y a los 8 meses en 300 pacientes con SCA tratados mediante revascularización percutánea, evaluándose la concordancia entre escalas y su variabilidad a lo largo del seguimiento.

Resultados: La proporción de pacientes de alto riesgo al alta fue del 33,3%, 9,1% y 47,3% según las escalas PARIS, KYOTO y DAPT, respectivamente. La asociación entre las tres escalas fue baja, con un 2,7% de pacientes clasificados simultáneamente como de alto riesgo al alta. KYOTO y PARIS mostraron la mayor correlación ($\rho: 0,42-0,49$), mientras que KYOTO y DAPT fueron las más discordantes ($\rho \sim 0$). Se observaron reclasificaciones de categoría entre el alta y los 4 meses en el 20,7% de los pacientes según PARIS, el 13,1% según KYOTO y el 6,9% según DAPT. Entre los 4 y 8 meses, estas variaciones fueron del 10,1%, 13,8% y 2,4%, respectivamente.

Conclusiones: Las escalas de riesgo isquémico muestran una baja concordancia para identificar pacientes de alto riesgo, lo que limita su intercambiabilidad en la práctica clínica. La estabilidad temporal varía en base a la escala utilizada, siendo la escala PARIS la más variable y la escala DAPT la más estable durante el seguimiento. El impacto de la variabilidad de estos valores para reclasificar el riesgo y adaptar el tratamiento antitrombótico tendrá que valorarse en estudios específicos.

939/76. ELEGIBILIDAD PARA TRATAMIENTO CON ICOSAPENTO DE ETILO EN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO SOMETIDO A CORONARIOGRAFÍA EMERGENTE: ANÁLISIS EN LA VIDA REAL

Santiago Fernández-Gordón Sánchez, Carlos del Toro Esperón, Pablo Rojas Romero, Alba Abril Molina, Manuel Villa Gil-Ortega y José Francisco Díaz Fernández

Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

Introducción y objetivos: El icosapento de etilo ha demostrado reducción de eventos adversos cardiovasculares en pacientes con alto o muy alto riesgo cardiovascular y triglicéridos = 135 mg/dl. Las últimas recomendaciones de la Sociedad Europea de Cardiología sugieren considerar su uso en esta población. Sin embargo, se desconoce su aplicabilidad en pacientes sometidos a coronariografía emergente por infarto agudo de miocardio (IAM). El objetivo de este estudio es evaluar la proporción de pacientes candidatos a este tratamiento y analizar sus características clínicas y evolución.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo que incluyó pacientes sometidos a coronariografía emergente por IAM. Se analizaron variables clínicas basales, criterios de elegibilidad para tratamiento con icosapento de etilo y evolución clínica a un año. **Resultados:** Se incluyeron 400 pacientes con una edad media de 64 (12,3) años, de los cuales el 73% eran varones. Un total de 159 pacientes (39,8%) cumplieron criterios para tratamiento con icosapento de etilo. Este subgrupo presentó una edad media similar, pero una mayor prevalencia de diabetes mellitus (39,6 vs. 24,9%; $p = 0,002$), sin observarse diferencias significativas en otras características basales ni en el curso clínico intrahospitalario. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la mortalidad al año entre pacientes candidatos y no candidatos (3,78 vs. 6,63%; $p = 0,362$). Sin embargo, se evidenció una mayor proporción de nueva revascularización percutánea al año en el grupo candidato (5 vs. 1,25%; $p = 0,019$). Este hallazgo se mantuvo tras el análisis multivariante ajustado, identificándose la elegibilidad para icosapento de etilo como un factor asociado de forma independiente con un mayor riesgo de nueva revascularización.

Conclusiones: Una proporción significativa de pacientes sometidos a coronariografía emergente por IAM cumple criterios para tratamiento con icosapento de etilo. Estos pacientes presentan mayor necesidad de revascularización a medio plazo, lo que sugiere un perfil de mayor riesgo. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de considerar la implementación de esta terapia en la práctica clínica habitual.

939/77. RELACIÓN ENTRE LA PERCEPCIÓN SUBJETIVA DE SÍNTOMAS Y LA CAPACIDAD FUNCIONAL OBJETIVA EN PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA OBSTRUCTIVA: EXPERIENCIA EN LA VIDA REAL EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL

Cecilia Prados Murcia¹, Marta Martín Vélez¹,
Ángela Gabaldón Mestre¹,
Inmaculada Paneque Sánchez-Toscano²,
Helena Llamas Gómez¹ y María Luisa Peña Peña¹

¹Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ²Enfermería de Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción y objetivos: En la miocardiopatía hipertrófica obstructiva (MCHO), la carga sintomática se ha evaluado tradicionalmente mediante la clase funcional NYHA. Con la introducción de los inhibidores de la miosina, han adquirido mayor relevancia los cuestionarios de calidad de vida y la valoración objetiva mediante ergoespiometría (CPET). Sin embargo, la relación entre la percepción subjetiva de los síntomas y la capacidad funcional objetiva no está completamente definida.

Métodos: Estudio retrospectivo, transversal y unicéntrico que incluyó pacientes con MCHO en seguimiento en nuestro centro. La capacidad funcional se evaluó mediante el consumo pico de oxígeno (pVO₂) obtenido en CPET. La percepción sintomática se valoró mediante la clase funcional NYHA y la puntuación del cuestionario KCCQ. Se analizó la correlación mediante el coeficiente de Spearman.

Resultados: Se incluyeron 15 pacientes, con una edad mediana de 63 (58-65) años; el 53,3% eran varones. El 60% se encontraba en NYHA II y el 40% en NYHA III. El estudio genético se realizó en todos los pacientes, identificándose variantes patogénicas o probablemente patogénicas en el 46,7% (n = 7). La hipertensión arterial estaba presente en el 40%, la diabetes mellitus tipo 2 en el 13,3% y la fibrilación auricular previa en el 6,7%. El tratamiento basal incluía betabloqueantes en el 60%, antagonistas del calcio en el 40% y disopiramida en el 66,7%. La mediana del KCCQ fue de 59,9 (40-77), la del pVO₂ de 16,2 (14,6-19,8) ml/kg/min y la del gradiente obstructivo máximo en el TSVI de 77 (60-87) mmHg. Se observó una tendencia a correlación inversa entre KCCQ y NYHA ($\rho = -0,489$; $p = 0,065$). No se detectó correlación significativa entre pVO₂ y KCCQ ($\rho = 0,263$; $p = 0,343$) ni entre pVO₂ y NYHA ($\rho = 0,095$; $p = 0,737$).

Conclusiones: En esta cohorte de práctica clínica real de pacientes con MCHO, el KCCQ y la clase funcional NYHA no se correlacionaron con la capacidad funcional objetiva evaluada mediante CPET. Estos hallazgos sugieren que las medidas subjetivas y objetivas pueden reflejar dimensiones distintas de la limitación funcional, por lo que su integración parece necesaria para una valoración más precisa.

939/78. MÁS ALLÁ DE LA VENA CAVA INFERIOR: PAPEL DEL ÁREA Y STRAIN DE LA AURÍCULA DERECHA EN LA ESTIMACIÓN DE LA PRESIÓN VENOSA CENTRAL

Ernesto Ruiz Pereira, Pablo Rojas Romero,
Juan Manuel Aragón González, Ángela Gabaldón Mestre,
Carlos del Toro Esperón, Jesús Pecci Sánchez,
Ana López Suárez, Almudena Aguilera Saborido,
José Francisco Díaz Fernández y José Eduardo López Haldón

Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción y objetivos: Las guías actuales recomiendan la evaluación del diámetro y colapso inspiratorio de la vena cava inferior (VCI) para estimar la presión venosa central

(PVC) de forma no invasiva; aunque este enfoque puede ser impreciso en múltiples escenarios clínicos. La evaluación anatómica y funcional (strain) de la aurícula derecha (AD), podría proporcionar una valoración más completa. El objetivo fue evaluar el valor diagnóstico de las dimensiones y el strain de la AD para la identificación de PVC elevada.

Métodos: Estudio prospectivo unicéntrico (noviembre 2023-diciembre 2025), con 155 pacientes consecutivos derivados para cateterismo cardiaco derecho (CCD). Se realizó una ecocardiografía en las 2 horas previas al CCD. Para el análisis del strain se excluyeron pacientes con arritmias auriculares (n = 33), marcapasos (n = 7) o insuficiencia tricúspide grave (n = 6), incluyéndose finalmente 109 pacientes. Se definió PVC elevada como ≥ 10 mmHg en CCD. El strain de la AD se analizó mediante speckle-tracking.

Resultados: El strain de la AD fue factible en el 86% de la cohorte. La PVC invasiva se correlacionó con el área de la AD (ADa; $r = 0,46$; $p < 0,001$), el strain reservorio (ADr; $r = -0,31$; $p = 0,003$) y la estimación por VCI ($r = 0,32$; $p = 0,001$). En el análisis ROC, ADa (AUC 0,82; $p < 0,001$) y ADr (AUC 0,69; $p = 0,006$) mostraron mayor capacidad diagnóstica que la VCI (AUC 0,61; $p = 0,108$). El modelo combinado (ADa+ADr) alcanzó la mejor precisión (AUC 0,84; IC95% 0,75-0,93; $p < 0,001$). Los puntos de corte óptimos fueron ADa = 17,3 cm² y ADr = 24,5%. En regresión logística multivariable, ADa (OR 11,9; $p = 0,002$) y ADr (OR 3,5; $p = 0,038$) fueron predictores independientes de PVC elevada, a diferencia de la VCI ($p = 0,76$). Además, los parámetros de AD combinados mejoraron la reclasificación frente a la VCI (NRI ponderado 0,48; $p < 0,001$), principalmente aumentando la sensibilidad.

Conclusiones: En nuestra cohorte, el área y el strain reservorio de la AD fueron superiores a la VCI para estimar la PVC elevada. El modelo combinado (ADa+ADr) logró la mejor exactitud diagnóstica (AUC 0,84). La integración de parámetros de AD en la ecocardiografía puede mejorar la valoración no invasiva de las presiones de llenado derechas.

939/79. LIPOPROTEÍNA (A) ELEVADA Y CORRELACIÓN CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Aurora Fera Mera¹, Carlos Cobo López¹,
Alejandro Reina Moreno¹, Fernando Laviana Martínez¹,
Ignacio Ferrer Luján¹, Vicente Jurado Vinteoño¹,
Manuel Núñez Ruiz¹, Francisco Javier Escalona García¹
y María del Mar Martínez Quesada²

¹Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

²Rehabilitación Cardíaca, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: La lipoproteína (a) es un nuevo factor de riesgo cardiovascular (FRCV), con efectos aditivos e independientes a los clásicos y fuerte determinación genética. Nos propusimos analizar la asociación de los valores de lipoproteína (a) con variables clínicas y analíticas en pacientes que realizaron un programa de rehabilitación cardíaca (RC) en un hospital de tercer nivel.

Métodos: Se evaluaron 859 pacientes que participaron en un programa de RC entre enero de 2022 y septiembre de 2025. Se evaluaron FRCV y parámetros analíticos al ingreso, alta hospitalaria y al final del programa. Se emplearon pruebas de chi cuadrado para variables cualitativas y t de Student para cuantitativas. Se analizó la correlación entre la lipoproteína (a) y los parámetros lipídicos con los que se relacionaba.

Resultados: La edad media fue de 59 ± 9 años y el 22% eran mujeres. El 59,6% presentaba HTA, 30,6% DM y el 52,1% eran fumadores. La patología predominante fue el síndrome coronario agudo (86,7%) y tenían enfermedad coronaria el 93,6%. Tenían IMC > 28 el 51,2%. El 71,4% presentaba Lp(a) < 50 mg/dl,

el 23,1% entre 50-120 mg/dl y el 5,5% > 120 mg/dl. La Lp(a) elevada fue más frecuente en mujeres (38,3 vs. 26%, $p = 0,003$). No se observó asociación con la edad, HTA, DM, tabaquismo, HbA_{1c} o TG/HDL. En cambio, tenían cifras de HDL más altas y de TG y remanentes menores al ingreso y tras el alta hospitalaria. También se encontró relación con la apolipoproteína B tras el ingreso. Inicialmente no había diferencias significativas en el LDL, pero posteriormente tras el alta y en la analítica final encontramos valores mayores en pacientes con Lp(a) elevada (67 vs. 57 mg/dl, $p = 0,000$) y (64 vs. 54 mg/dl, $p = 0,000$) respectivamente, y menor proporción de pacientes con LDL en objetivos (29 vs. 58%, $p = 0,000$).

Conclusiones: En nuestra muestra de pacientes con cardiopatía, la Lp(a) elevada es más prevalente en mujeres. No se encontró relación con la DM, función renal ni parámetros de dislipemia aterogénica. En cambio, los valores de LDL tras tratamiento y consecución de objetivos fue menor.

939/80. RESULTADOS A LARGO PLAZO DE LA REVASCULARIZACIÓN PERCUTÁNEA DE OCLUSIONES CRÓNICAS TOTALES SEGÚN EL SEXO

María Diana Ladera Santos, Ignacio Gallo Fernández, Laura Velarde Morales, Rafael González Manzanares, Luis Carlos Maestre Luque, José María Segura Aumente, Francisco José Hidalgo Lesmes, Javier Suárez de Lezo, Manuel Pan Álvarez-Ossorio y Soledad Ojeda Pineda

Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: Las diferencias según sexo en la intervención coronaria percutánea (ICP) de oclusiones crónicas totales (CTO) no están completamente definidas, especialmente en cuanto a los resultados a largo plazo. Nuestro objetivo fue analizar la asociación entre el sexo y los resultados clínicos a largo plazo tras la ICP de CTO en una cohorte contemporánea del mundo real.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico. Se incluyeron todos los pacientes sometidos a ICP de CTO en nuestro centro entre 2011 y 2024. El objetivo primario fue un compuesto de eventos cardiovasculares adversos mayores (MACE) –muerte por cualquier causa, infarto de miocardio (IM) o ictus–, a 6 años de seguimiento. Se aplicaron modelos de regresión de Cox ajustados mediante *inverse probability of treatment weighting* (IPTW) para controlar las diferencias basales.

Resultados: Se incluyó un total de 928 pacientes (788 hombres y 140 mujeres). Las mujeres eran significativamente mayores ($69,7 \pm 10$ vs. $64,1 \pm 10$ años; $p < 0,001$) y presentaban mayor prevalencia de diabetes e hipertensión de forma significativa. Desde el punto de vista angiográfico, mostraron menor complejidad, presentando lesiones más cortas, con menor calcificación y tortuosidad, y con puntuaciones J-CTO más bajas (2 [1-2] vs. 2 [1-3]; $p < 0,001$). Las tasas de éxito técnico y del procedimiento fueron comparables entre sexos (85,4 vs. 86,7%; $p = 0,695$). Tras un seguimiento de 72 meses, las tasas no ajustadas de MACE fueron mayores en mujeres (29,3 vs. 22,1%; HR 1,51; IC95%: 1,08-2,13; $p = 0,017$), a expensas de mayor tasa de IM e ictus, sin diferencias en mortalidad. Tras el ajuste, el sexo femenino dejó de asociarse con el objetivo primario (HR ajustado 1,15; IC95%: 0,76-1,74; $p = 0,517$), pero el riesgo de IM se mantuvo significativamente mayor en este grupo (HR ajustado 2,85; IC95%: 1,23-6,63; $p = 0,015$).

Conclusiones: El riesgo ajustado global de MACE fue similar entre sexos durante el seguimiento a largo plazo; sin embargo, las mujeres presentaron un mayor riesgo de IM, probablemente en relación con un perfil clínico basal más desfavorable. En nuestro medio, la ICP de CTO fue segura y eficaz en ambos sexos.

939/81. SOTATERCEPT EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR: CAMBIO DE PARADIGMA TERAPÉUTICO Y RESULTADOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DESDE LA PERSPECTIVA ENFERMERA

Natalia Marín Guerrero¹, Rafael Bravo Márques², Sara Gómez García-Olías¹, Julia Jiménez Ranchal² y Javier González Vela¹

¹Enfermería, Hospital Universitario Costa del Sol, Marbella, Málaga. ²Cardiología, Hospital Universitario Costa del Sol, Marbella, Málaga.

Introducción y objetivos: La hipertensión arterial pulmonar (HAP) del grupo 1 es una enfermedad rara, compleja, progresiva y con elevada morbilidad, caracterizada por un aumento de la resistencia vascular pulmonar (RVP) que conlleva a fallo ventricular derecho y muerte prematura. El desarrollo de terapias dirigidas a las vías del óxido nítrico, la endotelina y la prostaciclina han mejorado significativamente la evolución clínica y la supervivencia. Sin embargo, estas estrategias no logran revertir completamente la remodelación vascular subyacente. Sotatercept surge como una terapia innovadora con un mecanismo de acción orientado a modificar la fisiopatología de la enfermedad. El objetivo es analizar el abordaje actual de la HAP con énfasis en sotatercept, evaluando su impacto clínico en pacientes en tratamiento y su integración en la práctica enfermera.

Métodos: Revisión narrativa de la literatura científica (2022-2026) suplementada con un análisis descriptivo de la experiencia clínica en pacientes con HAP tratados con sotatercept en nuestro centro.

Resultados: Sotatercept actúa como inhibidor de la señalización de activina, restaurando el equilibrio entre señales proliferativas y antiproliferativas implicadas en la remodelación vascular pulmonar. En nuestro análisis, su uso añadido al tratamiento estándar se asocia a una mejoría clínica, evidenciada por el aumento de la capacidad funcional, estabilidad clínica y ausencia de progresión a corto-medio plazo. Asimismo, se ha observado buena adherencia al tratamiento. La administración subcutánea cada tres semanas ha demostrado ser viable, segura y bien aceptada. Los efectos adversos registrados han sido mayoritariamente leves y controlables mediante monitorización clínica y analítica estrecha, sin necesidad de suspender el tratamiento.

Conclusiones: Sotatercept representa un cambio en el paradigma del tratamiento de la HAP al dirigirse a la remodelación vascular. Los resultados en la práctica clínica refuerzan su eficacia y seguridad. No obstante, serán necesarios estudios a largo plazo para confirmar su impacto en supervivencia y calidad de vida, consolidando el papel clave de enfermería en este nuevo escenario terapéutico.

939/82. PROTOCOLOS DE ENTRENAMIENTO FÍSICO PARA PACIENTES CON ICTUS CEREBRAL

Flavio Rodríguez Expósito

Cardiología, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga.

Introducción y objetivos: El ictus suele generar debilidad muscular y reducción de la resistencia cardiorrespiratoria, dificultad para caminar, equilibrio inestable y riesgo de caídas, así como pérdida de la función cognitiva y bienestar psicológico. El ejercicio físico, cuando es individualizado y supervisado, es una intervención eficaz y segura que se recomienda como parte de la rehabilitación estándar tras un ictus. Así pues, se planteó el objetivo de investigar qué

protocolo de ejercicio físico sería el más adecuado y seguro para entrenar a pacientes con ictus cerebral.

Métodos: Se realizó una revisión bibliográfica buscando la mejor evidencia posible respecto al objetivo planteado.

Resultados: Se encontraron distintos protocolos de entrenamiento, tanto aeróbico como de fuerza, orientados al ictus cerebral y específicos de las distintas etapas de su evolución, distinguiendo la etapa aguda y subaguda (primeras semanas posictus), la fase de recuperación establecida (= 8-12 semanas) y la fase crónica (mantenimiento a largo plazo).

Conclusiones: El entrenamiento aeróbico y de fuerza en el ictus cerebral potencia la recuperación física general, mejora la capacidad funcional mejor que cada modalidad de entrenamiento por separado, mejora la capacidad para caminar, las transferencias y el equilibrio, y favorece posiblemente la función ejecutiva y cognitiva. Como limitaciones encontramos que la mayoría de estudios tienen tamaños de muestra modestos, la «dosis» óptima de ejercicio (intensidad/duración) necesita más investigación en ictus, y los efectos psicológicos y cognitivos necesitan ensayos más amplios y mejor diseñados.

939/83. ABLACIÓN CON CATÉTER FOCAL DE PUNTA ESFÉRICA COMPRESIBLE CON ENERGÍA DUAL: EXPERIENCIA DE USO CON SEDACIÓN PROFUNDA

Leopoldo Fernández Ruz¹, Jaime González Lozano², Gabriel Rodríguez Carrasco¹, José Ignacio Larrubia Valle¹ y Gabriel Ballesteros Derbenti²

¹Cardiología, Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga.

²Unidad de Arritmias, Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga.

Introducción y objetivos: La ablación por radiofrecuencia (RF) es la energía más frecuentemente empleada para el tratamiento de muchas taquiarritmias. Con la mayor difusión de la electroporación (PFA) en la ablación de fibrilación auricular (FA) y otros sustratos, han surgido recientemente catéteres que permiten realizar ablación focal con ambas energías. Se pretende analizar los resultados en vida real de pacientes sometidos a ablación con catéter focal de punta esférica compresible bajo sedación profunda, analizando características clínicas, sustratos tratados y resultados en términos de eficacia y seguridad en nuestro centro.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y unicéntrico, incluyendo 92 pacientes consecutivos entre agosto de 2025 y febrero de 2026. Se recogieron variables demográficas, tipo de ablación realizada, sustratos tratados, éxito agudo y complicaciones. El análisis estadístico se realizó con R (v 4.2.2).

Resultados: La edad media fue 62,48 años, con un 46,7% de mujeres y FEVI mediana del 60% (rango 25-75%). El CHA₂DS₂-VA mediano fue 2 puntos (0-7). 13 pacientes (14,1%) tenían apnea obstructiva del sueño, el 20% tenían IMC > 30 y la mayoría no presentaban cardiopatía previa (69,6%). La mayoría de pacientes con FA la presentaban de forma paroxística (57/82, 69,5%). La distribución del tipo de ablación fue: 73 (79,3%) FA, 10 (10,9%) flutter típico, 6 (6,5%) flutter atípico, 1 (1,1%) taquicardia auricular, 1 (1,1%) taquicardia ventricular y una taquicardia por reentrada auriculoventricular (1,1%). El sustrato ventricular se trató con RF y PFA. En cuanto al sustrato auricular: venas pulmonares (PFA) (63), istmo cavotricuspidal (RF) (26), box posterior (PFA) (14), zona de reconexión (PFA) (11), cicatriz o zona de conducción lenta en aurícula derecha (RF/PFA) (3), istmo mitral (RF+PFA) (5), techo (PFA) (1), ablación de vía accesoria paraseptal inferior izquierda (RF+PFA) (1). Se consiguió éxito agudo parcial en el sustrato ventricular y éxito agudo total en los sustratos auriculares. No hubo complica-

ciones mayores posprocedimiento. Solo se reportó una complicación vascular menor.

Conclusiones: La ablación con catéter focal de punta esférica compresible con energía dual bajo sedación profunda es un procedimiento seguro y efectivo para el tratamiento de diversos sustratos.

939/84. USO DE SISTEMAS DE CIERRE MEDIADO POR SUTURA EN CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA PEDIÁTRICA: EXPERIENCIA INICIAL

Leopoldo Fernández Ruz¹, Jaime González Lozano², Rosa María Barrios Campos¹, José Ignacio Larrubia Valle¹ y Gabriel Ballesteros Derbenti²

¹Cardiología, Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga.

²Unidad de Arritmias, Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga.

Introducción y objetivos: El uso de sistemas de cierre mediado por sutura (SCMS) tiene un uso creciente en cardiología intervencionista, pero la experiencia en adolescentes es escasa. Se pretende evaluar la seguridad de un protocolo de cierre vascular con SCMS en población pediátrica.

Métodos: Se incluyeron de forma consecutiva los pacientes pediátricos sometidos a intervencionismo estructural o electrofisiológico (EF). Se analizaron datos demográficos, procedimiento, número de accesos vasculares y complicaciones periprocedimiento. El análisis estadístico se realizó con R (v 4.2.2).

Resultados: Se incluyeron 12 pacientes, 75% niñas, con una edad mediana de 12 años (8-15), peso mediano de 47,25 kg (33-65) y una talla mediana de 155,5 cm (140-175 cm). Los procedimientos fueron: 1 valvuloplastia aórtica, 1 ablación de taquicardia por reentrada intranodal, 2 estudios EF, 3 ablaciones de taquicardia por reentrada AV (TRAV) con vías izquierdas, 4 ablaciones de TRAV con vías derechas, y una ablación de TRAV con vía derecha + izquierda. Se pudo deambular al primer día posoperatorio, sin incidencias. No se reportaron complicaciones vasculares en los primeros 30 días posprocedimiento.

Conclusiones: El uso de SCMS supone una alternativa segura para la cardiología intervencionista pediátrica. Se requieren series más grandes para comparar su eficacia con otras modalidades de cierre vascular.

939/85. MORTALIDAD POR INSUFICIENCIA CARDIACA EN ANDALUCÍA

Pedro Pájaro Merino¹, José López Aguilera², Salvador Morales Estevez³, Eloy Gutiérrez Ruiz³, Diego Ginés Segura Rodríguez⁴, Rocío Fuertes Martín³, María Almorín³, Beatriz Palacios³ y Alejandra de las Heras⁵

¹Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

²Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

³Departamento Médico, BioPharmaceuticals Medical, AstraZeneca, Madrid.

⁴Cardiología, Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

⁵Project Support Officer, SpainMediClin-IQVIA, Madrid.

Introducción y objetivos: La insuficiencia cardiaca (IC) es uno de los síndromes más frecuentes en la población adulta española y supone una carga relevante para la salud pública. El objetivo es describir la mortalidad por IC en España y Andalucía en 2023, así como las diferencias provinciales, y contextualizar su evolución temporal en la última década.

Métodos: Se utilizaron datos públicos del Portal Estadístico del Ministerio de Sanidad (Mortalidad por causa de muerte), obtenidos en mayo de 2025. Se presentan el número de defunciones y las tasas ajustadas por edad y brutas de mortalidad por IC

(CIE-10: I50) en 2023 para España y Andalucía, así como la evolución de esta última desde 2014. Asimismo, se calcularon las muertes por 100.000 habitantes en cada provincia andaluza.

Resultados: En 2023, se registraron 18.861 muertes por IC en España y 3.294 en Andalucía. La tasa bruta de mortalidad nacional por IC fue de 39,23 muertes/100.000 habitantes, similar a la de Andalucía (38,28). Las provincias mostraron variabilidad (rango, 28,31-50,23), destacando Sevilla y Córdoba por encima de la media regional y nacional. La tasa de mortalidad ajustada por edad fue mayor en Andalucía frente a España (37,82 vs. 31,82). Atendiendo a la serie temporal 2014-2023, mientras que a nivel nacional no se observa una reducción de la tasa bruta de mortalidad (36,8 a 39,23), Andalucía evidencia una evolución favorable pasando de 43,76 a 38,28 muertes/100.000 habitantes (-12,6%) situándose por encima de la media nacional en 2014 y quedando por debajo en 2023.

Conclusiones: Los resultados muestran desigualdades en la mortalidad por IC entre provincias andaluzas en 2023, lo que subraya la necesidad de reforzar las estrategias de prevención y manejo óptimo en cada territorio. Además, la evolución temporal indica que Andalucía alcanza en 2023 tasas de mortalidad por IC inferiores a la nacional, reflejando una tendencia favorable que refuerza la importancia de impulsar estrategias homogéneas para consolidar estos avances.

939/86. ¿SON TODOS LOS PACIENTES TRATADOS CON MAVACAMTÉN IGUALES?

Jesús Rivera del Amo¹, Ana Pérez Asensio¹, Adrián Garrido Vital¹, Ana Ruíz Barrios¹, Álvaro Aumesquet García¹, Laura Paz Luque¹, Ana Pilar Benítez Rodríguez¹, William Delgado Nava¹, Teresa Castillo García² y César Jiménez Méndez¹

¹Cardiología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

²Medicina, Universidad de Cádiz, Cádiz.

Introducción y objetivos: Mavacamten es el primer fármaco inhibidor de la miosina cardiaca indicado en pacientes con miocardiopatía hipertrófica obstructiva sintomática pese al tratamiento con betabloqueantes o disopiramida. Su innovador mecanismo de acción y su reciente comercialización hace que sean necesarios estudios en vida real para contrastar sus resultados.

Métodos: Estudio prospectivo unicéntrico que incluyó a los pacientes con miocardiopatía hipertrófica obstructiva tratados con mavacamten desde mayo de 2024.

Resultados: Se incluyeron 37 pacientes. El 65% se encontraban en clase funcional II de la NYHA. El 43% presentó un estudio genético positivo (75% mutaciones patogénicas/probablemente patogénicas, 25% VUS), siendo las mutaciones en MYH7 las más frecuentes, seguidas de MYPBC3. En cuanto al perfil farmacocinético, el 5% de los pacientes que iniciaron tratamiento eran metabolizadores lentos, el 87% intermedios y un 8% rápidos. Hasta el 46% de los pacientes recibían algún tratamiento concomitante con potenciales interacciones con mavacamten. En cuanto al tratamiento de base, el 81% de los pacientes estaba en tratamiento con betabloqueantes, mayoritariamente bisoprolol, el 38% con calcioantagonistas y el 46% con disopiramida. Hasta el 11% de los pacientes habían recibido una ablación septal con alcohol previa. Una proporción similar de pacientes eran portadores de DAI en prevención primaria.

Conclusiones: Los pacientes con MCH tratados con mavacamten en nuestro medio comparten características similares a los pacientes reclutados en ensayos clínicos. Sin embargo, se observaron diferencias relevantes como una mayor proporción femenina y un uso más frecuente de disopiramida, lo que sugiere su uso en escenarios de mayor complejidad.

939/87. EJERCICIO TERAPÉUTICO EN NIÑOS CON CARDIOPATÍA. ABORDAJE DESDE LA FISIOTERAPIA: REVISIÓN DE LA EVIDENCIA ACTUAL

Noelia Martínez Lázaro

Cardiología, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga.

Introducción y objetivos: Las cardiopatías congénitas constituyen la malformación congénita más frecuente en la población pediátrica. Tradicionalmente, estos pacientes han sido sometidos a restricciones en la actividad física, favoreciendo el sedentarismo y una menor capacidad funcional. En la actualidad, la evidencia científica respalda la práctica de ejercicio físico supervisado como una intervención segura y beneficiosa, con impacto positivo en la calidad de vida. Los objetivos son: analizar la evidencia científica actual sobre el ejercicio terapéutico en niños con patología cardiaca, evaluar su seguridad y beneficios y describir recomendaciones para su prescripción.

Métodos: Fuentes de información: bases de datos como PubMed, PEDro y Cochrane Library. Palabras clave: *pediatric cardiology, congenital heart disease, exercise therapy, rehabilitation*.

Resultados: El ejercicio terapéutico en niños con cardiopatía es seguro ya que muestra una baja incidencia de eventos adversos en programas supervisados, pero necesita de valoración clínica previa y una estratificación del riesgo. Beneficios clínicos: mejora de la capacidad aeróbica, incremento de la fuerza muscular, mejora de la capacidad funcional global, probable mejora en calidad de vida y participación. Los tipos de intervención más eficaces son el ejercicio aeróbico moderado, el entrenamiento combinado de ejercicio aeróbico con fuerza y todo ello estructurados y basados en el juego. Los formatos más usados, según la evidencia consultada: frecuencia: 3-5 días; intensidad: moderada (40/70% V0 pico o percepción esfuerzo adaptada); tiempo: 20-60 min; tipo: juego activo, aeróbico y fuerza. Es muy importante la valoración durante las sesiones con escalas validadas, como la escala de Borg adaptada a los niños.

Conclusiones: El ejercicio terapéutico es una intervención segura y efectiva para mejorar la capacidad funcional en niños con patología cardiaca, siempre que se realice bajo supervisión y tras una adecuada evaluación clínica. A pesar de la creciente evidencia, la heterogeneidad de los estudios limita la estandarización de los protocolos de intervención. La prescripción de ejercicio debe ser individualizada, considerando el tipo de cardiopatía, el estado funcional y el riesgo clínico. El fisioterapeuta pediátrico desempeña un papel clave en la promoción de la actividad física, la educación familiar y la adherencia al tratamiento.

939/88. UTILIDAD DE LAS PUNTUACIONES T-AMYLO Y ATTR-CM EN LA IDENTIFICACIÓN DE AMILOIDOSIS CARDIACA

Santiago Fernández-Gordón Sánchez¹, Helena Llamas Gómez¹, José López Aguilera², Leopoldo Fernández Ruz³, Ainhoa Robles Mezcuá⁴, Mónica Delgado Ortega², José Manuel García Pinilla⁴, Ana María González González³, María Dolores Mesa Rubio² y María Luisa Peña Peña¹

¹Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

²Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

³Cardiología, Hospital Universitario Regional, Málaga. ⁴Cardiología, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción y objetivos: La amiloidosis cardiaca es una entidad infradiagnosticada cuyo reconocimiento precoz resulta clave. Las puntuaciones clínicas T-Amylo y ATTR-CM han sido propuestas como herramientas de cribado. El objetivo de este

estudio fue evaluar de forma exploratoria su utilidad para identificar pacientes con amiloidosis cardiaca en una cohorte prospectiva con hipertrofia ventricular izquierda e IWT = 8, así como describir su distribución en una cohorte retrospectiva.

Métodos: Se incluyeron 56 pacientes de una cohorte prospectiva con hipertrofia ventricular izquierda e IWT = 8. Se analizaron las puntuaciones T-Amylo y ATTR-CM y se determinaron puntos de corte óptimos mediante índice de Youden. Adicionalmente, se evaluó la distribución de ambas puntuaciones en una cohorte retrospectiva de 86 pacientes con amiloidosis cardiaca.

Resultados: En la cohorte prospectiva el 33,9% presentaba amiloidosis. La puntuación T-Amylo mostró asociación significativa con el diagnóstico ($\chi^2 = 11,14$; $p = 0,004$), evidenciando una relación creciente entre categoría de riesgo y presencia de enfermedad. El 100% de los pacientes en alto riesgo presentaron amiloidosis. La puntuación ATTR-CM mostró una tendencia similar sin alcanzar significación ($p = 0,174$). El análisis ROC evidenció buen rendimiento diagnóstico para T-Amylo (AUC = 0,809; 0,688-0,929; $p < 0,001$) y moderado para ATTR-CM (AUC = 0,709; 0,568-0,851; $p = 0,004$). Los puntos de corte óptimos fueron = 5 y = 7, respectivamente, en concordancia con las categorías clínicas. En el modelo logístico, T-Amylo = 5 se asoció significativamente con amiloidosis ($p < 0,01$), mientras que ATTR-CM = 7 mostró tendencia no significativa. La comparación de curvas ROC no evidenció diferencias significativas entre ambas ($p = 0,089$). En la cohorte retrospectiva, el 17,5% presentó alto riesgo según T-Amylo y el 60,8% fue clasificado como probable por ATTR-CM.

Conclusiones: Las puntuaciones T-Amylo y ATTR-CM muestran utilidad como herramientas de cribado en amiloidosis cardiaca. T-Amylo presenta mayor capacidad discriminativa y asociación independiente con el diagnóstico. ATTR-CM muestra una tendencia consistente, aunque limitada por el tamaño muestral. Estos resultados respaldan el valor clínico de ambos scores, especialmente en fases iniciales, si bien se requieren estudios con mayor tamaño muestral para confirmar estos hallazgos.

939/89. IMPACTO DE UNA ESTRATEGIA HIPOLIPEMIANTE PERSONALIZADA «FIRE-TO-TARGET» SOBRE LOS NIVELES DE COLESTEROL UNIDO A LIPOPROTEÍNAS DE BAJA DENSIDAD Y LOS EVENTOS CARDIOVASCULARES EN PACIENTES CON INFARTO POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Javier Herrera Flores,

Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: El síndrome coronario agudo (SCA) se asocia con un riesgo persistentemente elevado de eventos isquémicos recurrentes, especialmente durante el primer año tras el alta. La actualización focalizada de la ESC sobre dislipidemias de 2025 y las guías de la ESC de 2023 para el SCA respaldan un enfoque de «strike early, strike strong» (STS), que enfatiza la intensificación rápida del tratamiento para alcanzar un cLDL < 55 mg/dl y/o una reducción = 50% respecto al valor basal en pacientes de muy alto riesgo. Sin embargo, los datos del mundo real que evalúan el impacto clínico de una estrategia estructurada «fire-to-target» (utilizando todo el abanico de agentes hipolipemiantes modernos) siguen siendo limitados. El objetivo es evaluar si una estrategia estructurada «fire-to-target», consistente con el paradigma «STS», mejora la consecución del objetivo de cLDL < 55 mg/dl y reduce los eventos cardiovasculares adversos mayores a 12 meses en comparación con el manejo estándar previo.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio de cohorte retrospectivo que incluyó a pacientes consecutivos dados de alta con vida

tras un SCA (IAMCEST, IAMSEST o angina inestable) entre enero de 2022 y diciembre de 2023. Los pacientes dados de alta en 2022 recibieron un enfoque hipolipemiante escalonado tradicional, mientras que el grupo de 2023 fue manejado con una estrategia temprana y proactiva «fire-to-target» basada en terapia hipolipemiante combinada desde el inicio, incluyendo estatinas a dosis altas, ezetimiba, ácido bempedoico, inhibidores de PCSK9 e inclisiran. Los objetivos primarios fueron la consecución de un cLDL < 55 mg/dl en el seguimiento (al mes, a los 6 meses y a los 12 meses tras el alta) y un compuesto de muerte por cualquier causa, infarto de miocardio o ictus (MACE-3P) a los 12 meses. Para minimizar la confusión, los análisis se realizaron mediante modelos de regresión ajustados con ponderación por el inverso de la probabilidad de tratamiento (IPTW), teniendo en cuenta las características clínicas y los factores de riesgo cardiovascular.

Resultados: Se incluyeron un total de 710 pacientes elegibles (edad media, $66,0 \pm 11,6$ años; 51,4% varones): 353 tratados con un enfoque escalonado y 357 con la estrategia «fire-to-target». Las características basales fueron, en general, comparables entre los grupos. Durante el seguimiento, la intensificación terapéutica fue más frecuente en el grupo «fire-to-target», con un mayor uso de terapias hipolipemiantes no estatínicas. Los niveles de cLDL fueron significativamente más bajos en el grupo de intervención al mes, a los 6 meses y a los 12 meses, lo que se tradujo en una mayor proporción de pacientes que alcanzaron el objetivo de cLDL durante todo el seguimiento. El análisis multivariante IPTW mostró que la mortalidad por cualquier causa (1,7 frente a 7,1%; HR, 0,23; IC95%, 0,10-0,57; $p = 0,001$) y el MACE-3P (5,9 frente a 11%; HR, 0,51; IC95%, 0,30-0,87; $p = 0,012$) a los 12 meses fueron significativamente menores en el grupo «fire-to-target». Tras el IPTW, la diferencia en muerte por cualquier causa (aHR, 0,30; IC95%, 0,10-0,87; $p = 0,026$) y en MACE-3P (aHR, 0,49; IC95%, 0,26-0,91; $p = 0,023$) entre grupos se mantuvo significativa al año.

Conclusiones: En la práctica clínica habitual, una estrategia hipolipemiante personalizada «fire-to-target» mejora la consecución del objetivo de cLDL y reduce de forma significativa los eventos cardiovasculares a corto plazo.

939/90. INCIDENCIA ELEVADA DE EVENTOS CARDIOVASCULARES GRAVES AL MES DEL ALTA POR UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO: ¿ES POSIBLE EVITARLOS?

Javier Herrera Flores

Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: La enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ECVA) representa la principal causa de morbilidad-mortalidad en el mundo. Se ha descrito en la literatura que un porcentaje relevante de pacientes con ECVA reingresan precozmente tras el evento índice debido a un control subóptimo de los factores de riesgo cardiovascular, y muy especialmente de la dislipemia. El objetivo de este estudio fue caracterizar el perfil clínico-analítico de los pacientes de muy alto riesgo cardiovascular que experimentan un evento cardiovascular grave (MACE) en los dos primeros años de seguimiento tras un ingreso reciente por un síndrome coronario agudo (SCA).

Métodos: De enero a diciembre de 2023, se incluyeron de forma consecutiva a todos los pacientes dados de alta tras un ingreso por un SCA en el servicio de cardiología de nuestro hospital. Se revisaron periódicamente en una consulta virtual durante dos años (1.º, 6.º, 12.º y 24.º mes) a todos los pacientes en la que se valoró la aparición de nuevos síntomas CV, el perfil lipídico a los 2 años del alta y se registró la aparición de cualquier MACE (compuesto de muerte por cualquier

causa, muerte cardiovascular, infarto no fatal, ictus, ingreso por insuficiencia cardiaca, reingreso por angina inestable (AI) o revascularización no planeada).

Resultados: A pesar de que el grado de control del LDL-C y de las distintas fracciones lipídicas en ambos grupos fue adecuado a los 24 meses, la incidencia de MACE fue alta (39), siendo la revascularización no planeada el evento más frecuente (12). Se encontraron diferencias significativas en cuanto al sexo femenino y la existencia de disfunción del VI para el grupo de MACE así como para la presencia de diabetes mellitus tipo II y de sobrepeso. Mediante regresión logística binaria, la doble antiagregación con AAS y prasugrel fue predictora de una menor incidencia de eventos (OR: 0,78, IC95: 0,73-0,91, $p = 0,011$).

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes con SCA, el porcentaje de MACE a los 2 años del seguimiento fue alto (10,9%) respecto a lo esperado según las series habituales, siendo las diferencias en cuanto al sexo femenino, la presencia de DM tipo 2 y el sobrepeso estadísticamente significativas respecto al grupo sin MACE. Por otro lado, la doble antiagregación AAS y prasugrel se asoció a una menor incidencia de MACE.

939/91. DIFERENCIAS DE GÉNERO EN PREVENCIÓN SECUNDARIA TRAS UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO A LARGO PLAZO: ¿LO ESTAMOS HACIENDO BIEN?

Javier Herrera Flores

Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: El síndrome coronario agudo (SCA) continúa siendo una de las causas más frecuentes de morbilidad y 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 la implementación de un «programa personalizado de riesgo cardiovascular residual» a largo plazo (24 meses) 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 a 24 mes con la aparición de eventos cardiovasculares adversos mayores (MACE).

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 periódicamente en una consulta virtual (1.º, 6.º, 12.º y 24.º mes) para analizar las diferencias intergénero y detectar la aparición de MACE, definidos como muerte por cualquier causa, muerte cardiovascular, infarto de miocardio no fatal, accidente cerebrovascular, 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 ($70,8 \pm 11,8$ años vs. $64,8 \pm 12,6$ años, $p = 0,002$) y con una menor prevalencia de tabaquismo (23 vs. 153, $p < 0,001$). Por otro lado, la incidencia de MACE fue similar en ambos grupos (13,7 vs. 10%, $p = 0,363$), únicamente se registraron 3 muertes (1 vs. 2, $p = \text{NS}$), todas ellas de causa no cardiovascular. El perfil lipídico determinado a los 2 años fue similar entre ambos grupos ($p = 0,349$). No hubo diferencias intergénero en el porcentaje de individuos que alcanzaron el objetivo de cLDL de < 55 mg/dl a los 2 años (84,9 vs. 85,3%, $p = 0,750$).

Conclusiones: En nuestra cohorte, no se observaron diferencias en cuanto a la incidencia de nuevos MACE, siendo el gra-

do de control de LDL-C en mujeres bastante adecuado de forma similar al de varones.

939/92. EFECTOS A LARGO PLAZO (2 AÑOS) DE UN PROGRAMA PERSONALIZADO DE OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE EN PREVENCIÓN SECUNDARIA TRAS UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO SOBRE EL COLESTEROL REMANENTE

Javier Herrera Flores

Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: Un porcentaje no desdeñable de eventos cardiovasculares adversos mayores (MACE) continúan ocurriendo en pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) que alcanzan los niveles objetivo de LDL-C. Esto ha derivado en el interés hacia otras fracciones lipídicas diferentes al LDL-C, como el colesterol remanente (CR). Recientemente, se ha sugerido que niveles de CR en ayuno < 30 mg/dl podrían estar asociados a una menor incidencia de MACE. Nuestro objetivo fue evaluar los resultados de un programa personalizado de riesgo cardiovascular residual y la asociación entre los niveles de CR en ayuno a los 2 años del alta tras un SCA con la aparición de MACE.

Métodos: Entre enero y diciembre de 2023, se incluyeron consecutivamente 357 pacientes dados de alta tras un SCA en el servicio de cardiología de un hospital de tercer nivel. Se siguieron periódicamente en una consulta virtual durante 2 años (1.º, 6.º mes, 12.º y 24.º mes) para reevaluar el perfil lipídico y analizar la incidencia de nuevos MACE (compuesto de muerte por todas las causas, muerte cardiovascular, infarto no fatal, ictus, ingreso por insuficiencia cardiaca, reingreso por angina inestable o revascularización no planificada) con los niveles de CR.

Resultados: Tras 24 meses de seguimiento, se observó una reducción significativa en la mayoría de las distintas fracciones lipídicas con la excepción del HDL-C y de la ApoA1. Un 81% (286) de los pacientes alcanzaron el objetivo de CR < 30 mg/dl, siendo más frecuente la consecución del mismo en hombres que en mujeres (87 frente a 82,5%, $p = 0,307$). En el seguimiento, 39 pacientes experimentaron MACE. Sin embargo, no se observó una menor incidencia estadísticamente significativa de MACE en aquellos que alcanzaron el objetivo de CR. Mediante regresión logística, solo el antecedente de hipertrigliceridemia se identificó como predictora de no alcanzar el objetivo recomendado de CR a los 2 años de seguimiento (OR: 1,1, IC95%: 1,29-1,35, $p < 0,001$).

Conclusiones: En nuestra cohorte, a pesar de que el control del CR fue adecuado en el 80% de los casos a los 2 años de seguimiento, la incidencia de MACE fue considerablemente alta. Si bien los pacientes que desarrollaron MACE presentaron niveles de CR más elevados (CR > 30 mg/dl), esta asociación no fue estadísticamente significativa.

939/93. PATRONES DE RIESGO DE HIPERTENSIÓN RESIDUAL EN PACIENTES TRAS UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO: CONCLUSIONES DEL ESTUDIO ORACLE

María Jiménez Salva¹, Victoria García-Ruiz¹, José Ignacio Larrubia Valle², Arancha Díaz Expósito¹, Fernando Puyol Ruiz¹, Antonio Jesús Muñoz García³, Víctor Manuel Becerra Muñoz³, Juan José Gómez-Doblas¹, Manuel Jiménez-Navarro⁴ y Francesco Costa⁵

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

²Cardiología, Hospital Regional Universitario, Málaga. ³Unidad de

Hemodinámica, Cardiología, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. ⁴Cardiología, Universidad de Málaga, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. ⁵Unidad de Hemodinámica, Cardiología, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción y objetivos: La elevada prevalencia de HTA en pacientes con SCA exige optimizar su abordaje diagnóstico-terapéutico. Sin embargo, pese a constituir una cohorte de pacientes con muy alto riesgo cardiovascular, el control tensional resulta a menudo insuficiente, perpetuando su riesgo cardiovascular residual. El objetivo del estudio es identificar la población de pacientes post-SCA con control tensional subóptimo, incluso llegando a cumplir criterios de HTA resistente, en quienes la intensificación del esquema terapéutico es imperativa.

Métodos: Se trata de un estudio prospectivo, observacional y multicéntrico de pacientes post-SCA. Se midieron las cifras de PA a los 4 meses de 300 pacientes post-SCA en consulta y mediante dispositivos de MAPA tipo AKTIA, cuyo criterio para definir HTA fue una PA media en 24 h > 130/80 mmHg. Se verificó el tratamiento médico prescrito y se evaluaron criterios de HTA resistente, definiéndose como cifras de PA elevadas pese tratamiento con 3 fármacos antihipertensivos incluyendo un diurético y cuyo fármaco de elección son los antagonistas del receptor mineralocorticoide (ARM).

Resultados: De 300 pacientes, 213 (71%) presentaban HTA. De ellos, 67 (31,5%) pacientes presentaron cifras de PA elevadas en consulta a los 4 meses. Tras verificación del control tensional en MAPA (dispositivos Aktia), 51 (23,9%) pacientes con HTA persistían con cifras de PA fuera de rango. Entre los pacientes con mal control tensional verificado en MAPA y tras evaluar el tratamiento médico prescrito, 35 pacientes no cumplían criterios de HTA resistente por falta de optimización de tratamiento médico. Un total de 14 pacientes cumplían criterios de HTA resistente, de ellos, solo 3 pacientes tenían prescrito ARM y serían elegibles para tratamientos avanzados. Finalmente, un total de 46 (21,6%) pacientes con cifras de PA persistentemente elevadas no seguían un tratamiento médico de primera línea optimizado para la HTA o HTA resistente.

Conclusiones: El control óptimo de la PA sigue siendo un reto en pacientes con SCA reciente. A los 4 meses, hasta 1 de cada 3/4 pacientes presenta cifras no controladas, incluyendo un número relevante con hipertensión resistente potencialmente candidata a terapias avanzadas. Un abordaje más estricto del riesgo hipertensivo residual, junto con la optimización del tratamiento, podría reducir significativamente dicho riesgo.

939/94. ANÁLISIS CLÍNICO Y PRONÓSTICO DE LA AMILOIDOSIS CARDIACA MEDIANTE GAMMAGRAFÍA DPD EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Juan Manuel Serrano Marcos¹, Lina Lucía Cagua Ruiz², Nicole Rehakova³, Carlos Ramos Font⁴ y Francisco José Bermúdez Jiménez¹

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

²Medicina Nuclear, Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada. ³Estudiante de Medicina. ⁴Medicina Nuclear, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción y objetivos: La amiloidosis cardiaca constituye una etiología relevante y creciente de insuficiencia cardiaca en nuestro medio, siendo la gammagrafía DPD una herramienta diagnóstica clave. Por otro lado, la caracterización de los factores pronósticos en estos pacientes sigue siendo limitada. Nuestro objetivo es analizar una amplia cohorte de gammagrafías en un hospital terciario.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de un solo centro que analizó todas las gammagrafías DPD solicitadas para despistaje de amiloidosis TTR entre 2016 y 2026. Se recogieron características basales y analíticas, diagnóstico final, supervivencia y predictores de mortalidad.

Resultados: De las 383 gammagrafías solicitadas, se realizaron la técnica 376 individuos. Se identificaron 79 pacientes con amiloidosis TTR wild type (wt), 12 con TTR genética (v) y 9 con amiloidosis AL. Los pacientes del grupo TTRwt presentaban mayor edad ($85,2 \pm 6,6$ años) ($p < 0,001$), así como mayor proporción de varones (71%, $p = 0,041$) y de FA (70%, $p < 0,001$). La FEVI fue menor en el grupo AL ($47,8 \pm 12$) en comparación con el resto ($p = 0,012$). Asimismo, se observaron niveles más elevados de NT-proBNP en TTRwt (3.990 pg/ml) y AL (2.750 pg/ml) y de troponina en AL y TTRwt (100 ng/ml en ambos casos) ($p < 0,001$). La mediana de seguimiento de la cohorte global fue de 34,2 meses [IC95%: 31,5-38,4]. La mortalidad fue mayor en el grupo de amiloidosis AL (55,5%) y TTRwt (40,5%) en comparación con aquellos que no tenían amiloidosis (17,1%) y el grupo de TTRv (0%) ($p < 0,001$). El diagnóstico de ATTRwt se comportó como un predictor de riesgo independiente, triplicando la probabilidad de fallecimiento (HR 3,07; IC95% 2,05-5,13; $p < 0,001$). Esta elevada mortalidad está condicionada por la avanzada edad al diagnóstico y una importante carga de insuficiencia cardiaca, reflejada en niveles medianos de NT-proBNP, que resultó ser el determinante pronóstico más potente en el análisis multivariante.

Conclusiones: Un 24% de nuestras gammagrafías resultaron positivas para amiloidosis TTR. Independientemente de la FEVI, se identificó el NTproBNP como el biomarcador pronóstico más robusto y cada año adicional incrementa el riesgo de muerte en un 6% en TTRwt.

939/95. ANTICUERPOS ANTI-PCSK9 E INCLISIRÁN EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL: COMPARACIÓN DE CARACTERÍSTICAS BASALES Y EFICACIA HIPOLIPEMIANTE A CORTO Y MEDIO PLAZO EN UNA COHORTE CONTEMPORÁNEA

José Ángel Becerra Gajón, Juan José Macancela Quiñónez, Beatriz Girela Pérez y Ricardo Fajardo Molina

Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción y objetivos: Las terapias hipolipemiantes inyectables han ampliado las opciones terapéuticas para el control del cLDL, en pacientes con alto y muy alto riesgo cardiovascular. Los iPCSK9 y el ARNi inclisiran presentan mecanismos de acción distintos y esquemas de administración diferentes. La evidencia comparativa en práctica clínica real continúa siendo limitada. El objetivo de este estudio fue analizar las características clínicas basales y comparar la eficacia hipolipemiente y seguridad de estas terapias.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo, incluyó 78 pacientes tratados con: alirocumab, evolocumab o inclisiran, entre 2019-2025. Se analizaron variables demográficas, factores de riesgo, indicación terapéutica y tratamiento hipolipemiente concomitante. Las variables continuas se expresaron como media $\pm$ DE o mediana y [RIC] y las variables categóricas como frecuencias y porcentajes. Las comparaciones entre grupos se realizaron mediante ANOVA o test de Kruskal-Wallis para variables continuas y test χ^2 o test exacto de Fisher para variables categóricas. Se evaluó la reducción porcentual del cLDL a los 6 y 18 meses.

Resultados: Distribución de tratamientos: alirocumab 27 pacientes (34,6%), evolocumab 21 pacientes (26,9%) e inclisiran 30 pacientes (38,5%). Las características clínicas basales (incluido cLDL) fueron comparables entre los tres grupos tera-

peúuticos, sin observarse diferencias significativas. El tratamiento hipolipemiante concomitante previo fue similar, predominando la terapia combinada con estatinas y ezetimiba. En el análisis comparativo no se observaron diferencias significativas en la magnitud de reducción del cLDL entre alirocumab, evolocumab e inclisiran (a los 6 meses se observó una reducción media del cLDL del 50,9%; mediana 54,5%). La reducción del cLDL se mantuvo de forma sostenida a los 18 meses, persistiendo la ausencia de diferencias significativas entre los diferentes tratamientos. En cuanto a la seguridad, la incidencia de eventos adversos fue baja y comparable entre los grupos terapéuticos.

Conclusiones: En esta cohorte de práctica clínica real, los grupos de pacientes tratados con alirocumab, evolocumab e inclisiran fueron globalmente comparables en sus características basales, y no se observaron diferencias significativas en la magnitud de reducción del cLDL a 6 y 18 meses entre las distintas estrategias terapéuticas; todas ellas mostraron un perfil de seguridad favorable, consolidándose como opciones eficaces para la reducción del cLDL.

939/96. ¿SE ASOCIA EL SOBREPESO Y OBESIDAD A MAYOR RIESGO CARDIOVASCULAR?

Alejandro Reina Moreno, Fernando Laviana Martínez, Aurora Feria Mera, Carlos Cobo López, Vicente Jurado Vinteño, Manuel Núñez Ruiz, Francisco Javier Escalona García, Ignacio Ferrer Luján y María del Mar Martínez Quesada

Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: Se postula que el exceso de grasa corporal se asocia a factores de riesgo cardiovascular y al desarrollo precoz de enfermedad cardiovascular. Nos propusimos analizar el perfil clínico y analítico de pacientes que realizan un programa de Rehabilitación cardiaca en función del IMC.

Métodos: Se evaluaron 859 pacientes que realizaron un programa de RC de enero de 2022 a septiembre de 2025. Se estratificó a los pacientes según si tenían IMC mayor o menor de 28. Valoramos la presencia de factores de riesgo, marcadores inflamatorios tras el alta y parámetros lipídicos y metabólicos durante el ingreso, tras el alta y al final del programa. Se aplicó la prueba de la chi cuadrado para encontrar diferencias en variables cualitativas y de la t de Student para cuantitativas.

Resultados: En nuestra cohorte tenían IMC > 28 el 51,2%. No se encontraron diferencias en la prevalencia de HTA, DM o tabaquismo en los pacientes con IMC < 28 con respecto a > 28. La edad media era ligeramente superior y había más prevalencia de cardiopatía isquémica precoz (34% en < 28 vs. 44% en > 28, $p = 0,003$). También tenían perímetro abdominal mayor (95 vs. 112 cm, $p = 0,000$). En cuanto al perfil lipídico, encontramos diferencias significativas en las cifras de Ch total, Ch LDL, TG, TG/HDL y remanentes durante el ingreso, que fueron mayores y las de Ch HDL, que eran menores. Después del programa, se mantuvieron estas diferencias en TG (97 vs. 116 mg/dl, $p = 0,000$), TG/HDL (2,27 vs. 2,97, $p = 0,000$) y remanentes (17 vs. 22 mg/dl, $p = 0,002$). La presencia de TG/HDL > 2,5 al final fue del 33% en < 28 y 47,6% en > 28. En cuanto a la inflamación, se observó un porcentaje mayor de pacientes con PCR > 2 mg/dl (17 vs. 45%, $p = 0,000$).

Conclusiones: Los pacientes con sobrepeso muestran analíticamente un perfil de dislipemia aterogénica, índices de resistencia a la insulina y PCR elevada en mayor medida. Además, no se consigue normalizar completamente el perfil lipídico con las terapias utilizadas actualmente.

939/97. IMPACTO DEL ÁCIDO BEMPEDOICO SOLO Y COMBINADO CON EZETIMIBA EN LA REDUCCIÓN DEL LDL-COLESTEROL: EVIDENCIA GRÁFICA Y ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE UNA COHORTE EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL (2024-2025)

José Ángel Becerra Gajón, Juan José Macancela Quiñónez, José Antonio Aparicio Gómez y Ricardo Fajardo Molina

Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería

Introducción y objetivos: El ácido bempedoico, solo o en combinación con ezetimiba, ha emergido como una opción terapéutica eficaz para mejorar el control lipídico en pacientes de alto riesgo cardiovascular. Este estudio retrospectivo describe la reducción del LDL-colesterol (LDL-c) observada en una cohorte real, empleando dos gráficos pareados que ilustran visualmente la magnitud y consistencia del cambio.

Métodos: Se incluyó una cohorte retrospectiva consecutiva entre enero de 2024 y julio de 2025. Las características basales, mostraron un perfil de alto y muy alto riesgo, predominando prevención secundaria. La mayor parte de los pacientes ya recibían tratamiento hipolipemiante (estatinas de baja, moderada/alta intensidad, fármacos inhibidores de PCSK9). Se realizaron determinaciones pareadas de LDL-c basal y de control. Los pacientes recibieron: 1. Ácido bempedoico en monoterapia ($n = 49$); 2. Ácido bempedoico + ezetimiba ($n = 92$). Se aplicaron t de Student pareados y tamaño del efecto (Hedges' g). Se exploró si variables basales influían en la magnitud del descenso del LDL-c, sin encontrarse diferencias clínicamente relevantes por subgrupos. Los cambios individuales y la distribución completa de valores se representaron mediante gráficos ggstatsplot, eje central del análisis.

Resultados: La mayoría de los pacientes experimentaron reducciones claras, con un desplazamiento marcado hacia valores más bajos y menor dispersión en el control. El tratamiento fue bien tolerado y no se registraron efectos adversos significativos.

Conclusiones: En esta cohorte retrospectiva de práctica real, el ácido bempedoico —solo o combinado con ezetimiba— produjo descensos intensos y consistentes del LDL-c, incluso en pacientes con tratamiento hipolipemiante previo intensivo, incluidos inhibidores de PCSK9. La evidencia gráfica pareada refuerza la robustez del efecto, sin diferencias relevantes según características basales, y confirma su papel como herramienta eficaz y segura para optimizar el control lipídico en pacientes de alto riesgo cardiovascular.

939/98. EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA Y FRACCIÓN DE EYECCIÓN MEJORADA

María Inmaculada de León Zulategui, Irene M.^a Estrada Parra, Pilar Vizcaíno Velázquez, María Carmen Otte Alba y Francisco Molano Casimiro

Cardiología, Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

Introducción y objetivos: La insuficiencia cardiaca con fracción de eyección del ventrículo izquierdo mejorada (IC-FEm) se asocia a mejor pronóstico; sin embargo, su evolución a largo plazo no está completamente caracterizada, manteniéndose un riesgo significativo de eventos adversos durante el seguimiento. El objetivo de este estudio fue analizar la evolución clínica y funcional a largo plazo de pacientes con IC-FEm e identificar factores asociados a deterioro.

Métodos: Estudio unicéntrico, observacional y retrospectivo que incluyó 150 pacientes de nuestra Unidad de Insuficiencia Cardiaca (UIC) entre 2016 y 2021 que presentaron mejoría de

FEVI. Se definió IC-FEm como FEVI inicial < 40% con incremento = 10% hasta alcanzar = 40%. Se estableció recaída como FEVI < 40% durante el seguimiento. Se evaluó mortalidad, hospitalizaciones por IC y evolución de la FEVI hasta 2025.

Resultados: La mediana de edad fue 63,5 años, el 77,3% hombres. La etiología no isquémica representó el 63,3% y el 56,7% correspondía a IC de novo. Tras la recuperación inicial, el 55,3% alcanzó FEVI = 50%. Durante el seguimiento, el 83,4% mantuvo FEVI = 40% y el 55,9% = 50%. El 17,8% presentó al menos un ingreso por IC. La supervivencia global fue del 84,7%, siendo la mortalidad no cardiovascular predominante (63,6%). El 16,6% presentó recaída de FEVI, en una mediana de 3,87 años (IC95%: 2,19-5,39). De estos pacientes, solo el 10% recibía cuádruple terapia farmacológica, y el uso de diuréticos se asoció a mayor probabilidad de este evento ($p = 0,025$). No obtuvimos otros predictores de riesgo de recaída con significación estadística, en probable relación al tamaño muestral. La presencia de un ingreso tras la recuperación de FEVI se relacionó con una probabilidad diez veces mayor de presentar nuevo deterioro de la función ($p < 0,001$).

Conclusiones: La gran mayoría de los pacientes de nuestra UIC con FEVI mejorada presentan buena evolución durante el seguimiento. Sin embargo, un porcentaje no despreciable presenta nuevo deterioro de FEVI, reingresos por descompensación y mortalidad durante el seguimiento, especialmente en los primeros años. Estos hallazgos apoyan considerar la IC-FEm como un estado de remisión más que de curación, reforzando la necesidad de mantener tratamiento óptimo y seguimiento estrecho a largo plazo.

939/99. IMPLANTE DE MARCAPASOS DEFINITIVO TRAS TAVI: TASA DE ESTIMULACIÓN, REPERCUSIÓN SOBRE LA FEVI Y PREDICTORES

Jacobo Sempere Sanz, Alfonso Padilla Escámez, Ramón Córdoba Pérez, Pastor Luis Pérez Santigosa, Francisco José Sánchez Burguillos, Sebastián Rufián Andújar, Sara Ballesteros Pradas y Francisco Molano Casimiro

Cardiología, Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

Introducción y objetivos: El implante de marcapasos definitivo (MPD) tras implante percutáneo de válvula aórtica (TAVI) es frecuente, aunque la relevancia clínica de la carga de estimulación ventricular y su impacto sobre la función sistólica no están completamente definidos. El objetivo de este estudio es analizar las indicaciones de MPD, la tasa de estimulación y su relación con la función ventricular izquierda, así como identificar predictores de implante.

Métodos: Estudio observacional, unicéntrico y retrospectivo en el que incluimos consecutivamente a 173 pacientes que fueron sometidos a implante de TAVI transfemoral entre octubre de 2021 y mayo de 2025. Se realizó un seguimiento con una media de $29 \pm 12,51$ meses. Dividimos la muestra en dos grupos en función del implante de MPD, y realizamos un análisis descriptivo evaluando: la tasa de implante de MPD, las indicaciones del implante, la tasa de estimulación ventricular y el impacto sobre la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI). Realizamos además un análisis multivariante para identificar predictores independientes de implante de MPD.

Resultados: La tasa de implante de MPD fue del 25,4%. Al 52,3% se le implantó un dispositivo bicameral. La carga media de estimulación ventricular fue del $66,05 \pm 41,96\%$, con una mediana del 88%. Se observaron diferencias significativas en la carga de estimulación según el tipo de indicación ($p = 0,028$), siendo claramente superior en pacientes con trastornos de conducción avanzados. En el subgrupo con datos dis-

ponibles ($n = 17$), durante el seguimiento no se observaron diferencias significativas en la FEVI entre ambos grupos ($56,9 \pm 11,8$ vs. $58,1 \pm 10,6\%$; $p = 0,756$). En el análisis multivariante, el bloqueo de rama izquierda de novo tras TAVI (OR 7,05; IC95% 2,75-18,07; $p < 0,001$), el bloqueo de rama derecha previo (OR 6,69; IC95% 2,28-19,60; $p = 0,001$) y el mayor tamaño valvular (OR 1,20; IC95% 1,04-1,40; $p = 0,014$) fueron predictores independientes para el implante de MPD.

Conclusiones: El implante de MPD tras TAVI presentó incidencia del 25,4% en nuestra muestra, asociándose de forma independiente al BRD previo, BRI de novo y a un mayor tamaño valvular. Pese a una elevada carga de estimulación ventricular, especialmente acusada en pacientes con trastornos de conducción avanzados, no se observó deterioro de la FEVI durante el seguimiento a medio plazo.

939/100. PREDICTORES DE MANTENIMIENTO DEL RITMO SINUSAL TRAS CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA EN FIBRILACIÓN AURICULAR: SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO

Candy Ceballos Gómez, Pedro Martín Fernández, Alba Lomas Yeste, José Ignacio Larrubia Valle y Cristóbal A. Urbano Carrillo

Cardiología, Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga.

Introducción y objetivos: La fibrilación auricular (FA) es la arritmia sostenida más frecuente en la práctica clínica y se asocia a un aumento significativo de morbimortalidad, así como a deterioro de la calidad de vida. La estrategia de control de ritmo mediante cardioversión eléctrica (CVE) es ampliamente utilizada, aunque su eficacia a largo plazo es variable y depende de múltiples factores clínicos y estructurales. Identificar los predictores de mantenimiento en ritmo sinusal (RS) tras CVE resulta fundamental para optimizar la selección de pacientes y mejorar los resultados. El objetivo es analizar las características clínicas de los pacientes con FA y su relación con el mantenimiento en RS tras CVE.

Métodos: Incluimos 806 pacientes diagnosticados de FA y cardiovertidos a RS de manera efectiva, con seguimiento mínimo de 10 años. Se realizó revisión mediante consulta clínica y electrocardiograma para determinar el ritmo actual y recoger variables clínicas, estructurales y evolutivas.

Resultados: La edad media en el momento de la CVE fue 56,2 años, siendo el 53% mujeres. El seguimiento medio fue de 14,3 años. Se clasificaron en dos grupos: 180 en RS y 626 en FA permanente. No hubo diferencias significativas en la estrategia farmacológica poscardioversión; en el 87% se empleó combinación de antiarrítmicos (amiodarona o flecainida) junto a betabloqueante o calcioantagonista, además de anticoagulación según indicación. Se observaron diferencias significativas en cuanto a edad (51,8 vs. 67,2; $p < 0,001$), cardiopatía estructural (13,2 vs. 69,6%; $p < 0,001$), dilatación auricular izquierda (43,2 vs. 73%; $p < 0,02$) y comorbilidades (12 vs. 45,6%; $p < 0,05$). Asimismo, el grupo en FA presentó peor clase funcional, mayor número de reingresos por causa cardíaca (25 vs. 64%; $p = 0,004$) y mayor mortalidad.

Conclusiones: La edad avanzada, la presencia de cardiopatía estructural, la dilatación auricular izquierda y la carga de comorbilidad se asocian con menor probabilidad de mantener el RS tras CVE; asimismo, la persistencia de FA se relaciona con peor evolución clínica, más reingresos y aumento de la mortalidad. Estos hallazgos refuerzan la importancia de una adecuada selección de pacientes candidatos a control de ritmo y de la identificación precoz de estos factores, con el objetivo de individualizar el tratamiento y mejorar el pronóstico clínico.

939/101. MÁS ALLÁ DE LA GLUCOSA: EL ÍNDICE TyG COMO MARCADOR DE RIESGO EN PACIENTES JÓVENES CON SCA

Candy Ceballos Gómez, Alba Lomas Yeste, José Ignacio Larrubia Valle, Pedro Fernández Martín y Cristóbal A. Urbano Carrillo

Cardiología, Hospital Universitario Regional de Málaga, Málaga.

Introducción y objetivos: El índice triglicéridos-glucosa (TyG) se ha propuesto como un marcador indirecto de resistencia a la insulina, dada su sencillez y disponibilidad en la práctica clínica. Se calcula como el logaritmo neperiano de (glucosa $\times$ triglicéridos)/2 y se ha relacionado con un mayor riesgo cardiovascular. En pacientes jóvenes con síndrome coronario agudo (SCA), la detección precoz de alteraciones metabólicas puede tener implicaciones pronósticas relevantes. El objetivo del estudio es evaluar la presencia de resistencia a la insulina mediante el índice TyG y analizar su asociación con parámetros de obesidad.

Métodos: Estudio retrospectivo que incluyó 52 pacientes en programa de rehabilitación cardíaca tras un SCA entre octubre de 2023 y abril de 2024. Se recogieron variables clínicas, analíticas y antropométricas, excluyendo pacientes con diabetes conocida. La relación entre el índice TyG y los parámetros de obesidad se analizó mediante correlación de Pearson, considerando significativa $p < 0,05$.

Resultados: El 73,1% eran varones, con edad media de 58 ± 7 años. El 65,4% eran fumadores, el 57,7% hipertensos y el 50% dislipémicos. El IMC medio fue de $26,5 \pm 4,1$ kg/m², con un 50% de sobrepeso y un 19,2% de obesidad. El perímetro abdominal fue de $97,7 \pm 10,4$ cm en varones y $90,2 \pm 11,5$ cm en mujeres, con índice cintura-estatura de $0,56 \pm 0,06$. El perfil lipídico (mg/dl) mostró colesterol total $135,6 \pm 42$, HDL $46 \pm 12,5$, LDL 70 ± 34 y triglicéridos $109 \pm 44,7$, con un cociente LDL/apoB de $0,9 \pm 0,2$, sugestivo de partículas pequeñas y densas. La glucosa basal fue de 88 ± 13 mg/dl y la HbA_{1c} de $5,8 \pm 0,6\%$. El índice TyG medio fue $4,5 \pm 0,3$, siendo $> 4,5$ en el 59,6% de los casos. Se observó correlación positiva moderada entre TyG e IMC ($R = 0,35$), perímetro abdominal ($R = 0,47$) e índice cintura-estatura ($R = 0,41$), todas significativas.

Conclusiones: Existe una elevada prevalencia de resistencia a la insulina estimada por índice TyG en pacientes jóvenes con SCA. Asimismo, este índice se asocia de forma significativa con parámetros de obesidad, lo que respalda su utilidad como herramienta complementaria en la estratificación del riesgo cardiometabólico y en el diseño de intervenciones individualizadas.

939/102. STRAIN DE RESERVORIO DE LA AURÍCULA DERECHA COMO PREDICTOR DE RECURRENCIA PRECOZ TRAS EL AISLAMIENTO DE VENAS PULMONARES EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR

Jorge Segovia Reyes, Cristian Peláez Berdún, Fernando Puyol Ruiz, Germán Alegre García, Amalio Ruíz Salas, Manuel F. Jiménez Navarro, Francisco Javier Pavón Morón y Jorge Rodríguez Capitán

Cardiología, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción y objetivos: La predicción de recurrencia tras el aislamiento de venas pulmonares (AVP) se ha centrado tradicionalmente en el remodelado estructural y funcional de la AI. Sin embargo, el strain de reservorio de la aurícula derecha (RASr) refleja su función mecánica y podría aportar información complementaria sobre el sustrato auricular subyacente. Nuestro objetivo fue evaluar si los parámetros ecocardiográficos basales, y en particular el RASr, predicen la recurrencia precoz tras el AVP.

Métodos: Estudio observacional que incluyó pacientes remitidos para AVP por FA paroxística o persistente. La ecocardiografía basal incluyó parámetros estructurales y funcionales de ambas aurículas y ventrículos, incluyendo la evaluación de strain. La recurrencia precoz se definió como aquella menor a 3 meses. La variable principal fue el RASr basal. Se utilizó análisis ROC para comparar la capacidad discriminativa del RASr, el volumen AD indexado, el strain de reservorio de la AI (LASr) y el volumen AI indexado.

Resultados: Se incluyeron 58 pacientes. 9 pacientes (15,5%) presentaron recurrencia precoz y, mostraron menor RASr basal, strain de pared libre del VD menos negativo y mayor ORE de insuficiencia tricuspídea. Los marcadores convencionales de tamaño auricular, tanto izquierdos como derechos, no se asociaron significativamente con la recurrencia precoz en esta cohorte. El RASr permaneció asociado de forma independiente con la recurrencia precoz tras ajustar por tipo de FA (OR 0,50 por cada incremento del 5%, IC95% 0,29-0,85; $p = 0,010$), volumen AD indexado (OR 0,55; IC95% 0,32-0,94; $p = 0,029$) y volumen AI indexado (OR 0,56; IC95% 0,35-0,91; $p = 0,019$). El RASr mostró la mejor capacidad discriminativa (AUC 0,772), superior a la del volumen AD (0,594), el LASr (0,662) y el volumen AI (0,482). Un punto de corte exploratorio de RASr basal $< 18,8\%$ identificó a los pacientes con mayor riesgo de recurrencia precoz, con una sensibilidad del 77,8% y una especificidad del 77,6%.

Conclusiones: El RASr puede ayudar a identificar a los pacientes con mayor riesgo de recurrencia precoz tras el AVP y aporta valor incremental más allá de los marcadores convencionales de tamaño auricular. Estos hallazgos sugieren que la disfunción mecánica de la AD podría captar mejor la vulnerabilidad precoz posablación que los marcadores convencionales de tamaño biauricular.

939/103. ¿INFLUYE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LOS RESULTADOS DEL IMPLANTE DE TAVI?

Adrián Garrido Vital, César Jiménez Méndez, Sebastián Mariscal Vázquez, José Antonio Panera de la Mano, Ana Ruíz Barrios, Jesús Rivera del Amo, Laura Paz Luque, Ana Pilar Benítez Rodríguez, Germán Calle Pérez y Livia Gheorghe

Cardiología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción y objetivos: La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una comorbilidad altamente prevalente en la población con estenosis aórtica grave y se ha asociado con peores resultados tras la sustitución quirúrgica. Sin embargo, su efecto en los pacientes sometidos a implante de válvula aórtica transcáteter (TAVI) está aún por dilucidar. El objetivo de este estudio fue analizar las características y los eventos de los pacientes con DM2 sometidos a TAVI.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico que incluyó a los pacientes sometidos a TAVI desde año 2015 a 2025. Se recogieron datos clínicos, ecocardiográficos y relacionados con el procedimiento, así como variables relacionadas con el seguimiento. Se analizó el subgrupo de pacientes con diabetes mellitus tipo 2, realizando un análisis comparativo con los pacientes no diabéticos.

Resultados: Se incluyeron un total 443 pacientes, 54% (242) mujeres, edad media $79 \pm 5,7$ años; de los cuales 192 pacientes (43%) presentaban DM2. Los pacientes DM2 presentaron una mayor prevalencia de hipertensión arterial, enfermedad renal crónica, cardiopatía isquémica previa, e insuficiencia cardíaca (todas $p = 0,05$) que los pacientes no DM2. Asimismo, presentaron una mayor edad, mayor fracción de eyección ventricular y mayor gradiente medio transaórtico previo al implante. Los pacientes DM2 presentaban una mayor pres-

cripción de fármacos (diferencia media: +2,16; $p = 0,001$), teniendo relevancia una mayor prescripción de acenocumarol (5,5 vs. 1%; $p = 0,03$), no existiendo dicha asociación con los anticoagulantes orales directos. No se observaron diferencias en las complicaciones inmediatas del procedimiento (implante de marcapasos, ictus, arritmias o sangrado). Los pacientes con DM2 sometidos a implante de TAVI presentaron una mayor mortalidad durante el ingreso (19 vs. 8%, $p < 0,001$) y en el seguimiento (15 vs. 6%, $p = 0,03$), además de una mayor incidencia de infarto agudo de miocardio (4,2 vs. 0%; $p = 0,007$).

Conclusiones: Los pacientes con DM2 sometidos a implante de TAVI tienen una mayor comorbilidad basal y presentan un mayor número de eventos adversos en el seguimiento. Los hallazgos obtenidos podrían facilitar en este subgrupo una selección más precisa de candidatos para futuros procedimientos.

939/104. VARIABLES ASOCIADAS CON EL IMPLANTE DE MARCAPASOS TRAS VÁLVULA AÓRTICA TRANSCATÉTER

Adrián Garrido Vital, César Jiménez Méndez, José Antonio Panera de la Mano, Sebastián Mariscal Vázquez, Jesús Rivera del Amo, Ana Ruíz Barrios, Álvaro Aumesquet García, Ana Pilar Benítez Rodríguez, Germán Calle Pérez y Livia Gheorghe

Cardiología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción y objetivos: El implante de válvula aórtica transcatheter (TAVI) es el tratamiento de elección en pacientes con estenosis aórtica sintomática a la luz de varios ensayos clínicos. El implante de marcapasos (MCP) es una de las principales complicaciones de dicho procedimiento, cuyos predictores no son completamente conocidos pese a que múltiples trabajos los han explorado.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico que incluyó a los pacientes sometidos a TAVI desde 2015 hasta 2025. Se recogieron datos clínicos, ecocardiográficos y relacionados con el procedimiento, así como variables relacionadas con el seguimiento. Se analizó el subgrupo de pacientes que precisó MCP tras la intervención.

Resultados: Se incluyeron un total 443 pacientes, edad media $79 \pm 5,7$ años, 54% mujeres. Tras el implante de TAVI, 76 pacientes (18%) requirieron implante de MCP, la mayoría por bloqueo auriculoventricular (BAV) completo (14,7%). La mitad de ellos presentaban trastornos de conducción previa (30% QRS ancho y 13% BAV de primer grado). En el análisis multivariante, el bloqueo de rama izquierda previo (HR 16,7, IC95% 1,88-149,3, $p < 0,01$) y el diámetro de la aurícula izquierda (HR 1,07, IC95% 1,01-1,14, $p < 0,012$) se asociaron de forma independiente con el implante de marcapasos post-TAVI.

Conclusiones: El bloqueo de rama izquierda previo y el diámetro de la aurícula izquierda se asociaron de manera independiente con un mayor riesgo de implante de marcapasos tras TAVI en nuestra cohorte. Los hallazgos obtenidos podrían facilitar una selección más precisa de candidatos en futuros procedimientos.

939/105. INSUFICIENCIA CARDIACA EN LA MUJER. EXPERIENCIA EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA

Ana Belén Muñoz Villarreal¹, Antonia Cepas Sosa¹, María Luisa Luque Serrano² y María José Carmona Barranco²

¹Enfermería, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ²Enfermería de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: La insuficiencia cardiaca presenta incidencia y prevalencia importantes y unas tasas de morta-

lidad y hospitalización elevadas. Algunas estadísticas muestran que 50% de las hospitalizaciones por insuficiencia cardiaca son pacientes de sexo femenino, es importante entender las diferencias entre hombres y mujeres, mejorar su atención y disminuir la morbilidad. Las mujeres tienen mayor frecuencia de cardiopatía no isquémica y con el envejecimiento desarrollan insuficiencia cardiaca con función preservada, con las implicaciones de este diagnóstico, como la carga de comorbilidades asociadas, convirtiéndose en un reto para los equipos multidisciplinares que participan en su atención. El objetivo sería estudiar las características de las mujeres que hemos tratado en consulta de Enfermería de la Unidad de IC del HURS y ver la diferencia en algunos aspectos con los hombres.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo, incluimos pacientes atendidos en la Consulta de IC desde agosto 2024 hasta septiembre 2025. Atendimos a 158 pacientes, de los cuales tan solo 43 (27,2%) son mujeres con una diferencia significativa entre géneros (0,18, IC95% 0,26-0,56; $p < 0,001$).

Resultados: Con respecto a la edad, las mujeres de nuestra cohorte son significativamente de mayor edad, una edad media de 71 ± 12 años vs. la edad media de los hombres 65 ± 11 años ($p < 0,003$). La fracción de eyección del ventrículo izquierdo media fue de $33 \pm 13\%$. Con respecto a comorbilidades y/o factores de riesgo en las mujeres de nuestra cohorte, la hipertensión arterial fue la más frecuente (60,5%) seguida de hipercolesterolemia (44,2%), tabaquismo (27,9%), diabetes mellitus tipo 2 (20,9%) y obesidad (18,6%). Solo un 20,9% de las pacientes no presentaban factores de riesgo, lo más frecuente es que tuvieran dos factores de riesgo (37,2%).

Conclusiones: La atención de las mujeres con insuficiencia cardiaca, implica integrar niveles de atención para implementar medidas de prevención. Las mujeres de edad avanzada desarrollan insuficiencia cardiaca con función preservada. La incidencia es mayor en varones, la prevalencia en edades avanzadas mayor en mujeres. Hay que mejorar el conocimiento de los mecanismos fisiopatológicos de la IC en ambos sexos, para mejorar su atención.

939/106. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE INCLISIRÁN EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL

Guillermo Villar Ochoa, Sebastián Rufián Andújar, Rogelio Javier Barin Putelli y Francisco Molano Casimiro

Cardiología, Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

Introducción y objetivos: La reducción intensiva del colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (cLDL) es un objetivo prioritario en prevención secundaria, aunque un porcentaje relevante de pacientes no alcanza objetivos terapéuticos pese a tratamiento optimizado o presenta intolerancia a estatinas. Inclisirán representa una nueva estrategia terapéutica, pero la evidencia en práctica clínica real es aún limitada. El objetivo fue analizar su efectividad y seguridad en pacientes con cardiopatía isquémica.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico que incluyó pacientes con cardiopatía isquémica tratados con inclisirán. Se recogieron variables clínicas basales, tratamiento previo y perfil lipídico antes del inicio, al mes de la primera dosis y, cuando estuvo disponible, tras la segunda dosis (~ 6 meses). Las variables continuas se expresan como media $\pm$ desviación estándar y las cualitativas como n (%). Se utilizaron t de Student o Wilcoxon para comparaciones apareadas.

Resultados: Se incluyeron 18 pacientes, todos con cardiopatía isquémica. La mayoría se encontraba en tratamiento hipolipemiente intensivo previo, y el 94,4% inició inclisirán por per-

sistencia de cLDL > 100 mg/dl pese a tratamiento optimizado, mientras que el resto presentaba intolerancia a estatinas. El cLDL basal fue de $126,3 \pm 28,7$ mg/dl y descendió a $37,3 \pm 15,7$ mg/dl tras la primera dosis, lo que supone una reducción absoluta media de 89,0 mg/dl y relativa del 70,7% ($p < 0,001$). Tras la primera administración, 17/18 pacientes (94,4%) alcanzaron cLDL < 55 mg/dl y el 100% presentó una reducción = 50% respecto al valor basal. En el subgrupo con determinación tras la segunda dosis ($n = 10$), el efecto hipolipemiente se mantuvo (cLDL $35,9 \pm 13,5$ mg/dl), sin diferencias significativas respecto al control al mes ($p = 0,566$). Se registró eritema local en la zona de inyección tras la primera dosis en 3 pacientes (16,7%), sin repercusión sobre la adherencia.

Conclusiones: En esta cohorte de práctica clínica real, inclisiran mostró una reducción marcada del cLDL y una elevada tasa de consecución de objetivos terapéuticos en pacientes con cardiopatía isquémica. En los pacientes con seguimiento tras la segunda dosis, el efecto hipolipemiente se mantuvo a 6 meses del inicio. Estos resultados respaldan la utilidad de inclisiran como estrategia de intensificación del tratamiento hipolipemiente en prevención secundaria.

939/107. CORAZÓN EN CASA: PROGRAMA DE CONTINUIDAD EMOCIONAL Y CAPACITACIÓN PARA EL AUTOCUIDADO TRAS EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

María José Carmona Barranco, Carmen María Sánchez Pérez y María Rocío Matabuena Gómez-Limón

Enfermería, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: Tras un infarto agudo de miocardio, el alta hospitalaria puede asociarse a miedo, inseguridad y dificultades de afrontamiento que condicionan la transición al domicilio. Se diseñó «Corazón en Casa», una intervención enfermera estructurada orientada a humanizar dicha transición, reforzar la continuidad de cuidados y mejorar la percepción de seguridad del paciente. El objetivo fue desarrollar e implantar un programa de seguimiento precoz tras el alta, basado en educación terapéutica, apoyo emocional y evaluación estandarizada del miedo.

Métodos: Proyecto de mejora asistencial dirigido a pacientes dados de alta tras infarto agudo de miocardio. La intervención se estructuró en cuatro componentes: valoración al alta mediante cuestionario específico apoyado en el resultado NOC 1210 (nivel de miedo), entrega de material educativo de apoyo, identificación individualizada de temores frecuentes y seguimiento telefónico enfermero protocolizado en los primeros días tras el alta. Se definieron variables de evaluación clínica y percibida: nivel de miedo, comprensión de recomendaciones, dudas detectadas, sensación de seguridad y consultas no programadas precoces.

Resultados: Se obtuvo un circuito de continuidad hospital-domicilio estandarizado, con herramientas específicas para la valoración emocional y la educación sanitaria al alta. El programa permitió sistematizar la detección de temores prevalentes, homogeneizar la información proporcionada por enfermería y establecer indicadores para evaluar su impacto clínico y percibido en fases sucesivas de implantación.

Conclusiones: «Corazón en Casa» constituye una intervención enfermera innovadora, factible y transferible para mejorar la humanización del alta cardiológica. Su principal fortaleza es integrar educación, seguimiento y evaluación objetiva del miedo en un proceso asistencial breve y reproducible. La incorporación de resultados clínicos y percibidos permitirá valorar su efecto sobre la seguridad del paciente y la utilización precoz de recursos sanitarios.

939/108. RESULTADOS CLÍNICOS EN PACIENTES CON ASISTENCIA VENTRICULAR IZQUIERDA HEARTMATE 3 EN LA VIDA REAL: COMPARACIÓN CON EL ENSAYO MOMENTUM-3

Miguel Barranco Gutiérrez, Carlos Palacios Castelló, Diego Rangel Sousa, Antonio Grande Trillo, Iris Estuave Ruiz y Manuel Sobrino Márquez

Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción y objetivos: Los dispositivos de asistencia ventricular izquierda de flujo continuo han revolucionado el tratamiento de la insuficiencia cardíaca avanzada. El HeartMate 3 demostró en el ensayo MOMENTUM-3 una reducción significativa de eventos adversos, especialmente trombosis de bomba y accidentes cerebrovasculares, en comparación con generaciones previas. El objetivo de este estudio es describir los desenlaces clínicos en nuestra cohorte y compararlos con los datos del ensayo pivotal.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo unicéntrico que incluye pacientes consecutivos sometidos a implante de HeartMate 3 entre 2019 y 2025. Se han recogido variables clínicas basales, indicación del dispositivo y diferentes eventos en el seguimiento. Se realizó un análisis descriptivo y se compararon los resultados con los del ensayo MOMENTUM-3.

Resultados: Se incluyeron 26 pacientes en total, con una edad media de 59,9 ($\pm 13,3$) años, siendo el 76,9% varones. La incidencia de hemorragia mayor al 2.º y 3.º año de seguimiento fue del 15,4% y 23,1% respectivamente, siendo las hemorragias gastrointestinales las más frecuentes (7,7 y 15,4% respectivamente). Las infecciones superficiales del driveline ocurrieron en el 26,9% de los pacientes tanto al 2.º y 3.º año, mientras que las profundas ocurrieron en el 23,1% a los 2 años y 26,9% a los 3 años. La tasa de accidente cerebrovascular invalidante fue del 7,7% al 2.º y 3.º año. La tasa de desarrollo de IAO significativa fue del 7,7% y 10,5% al 2.º y 3.º año respectivamente. Un paciente (3,4%) sufrió trombosis de la bomba con necesidad de recambio. La mortalidad al 3.º año fue del 23,1%, agrupándose todas ellas durante el primer año de seguimiento. El *endpoint* combinado (muerte, accidente cerebrovascular invalidante y recambio) fue del 30,8% al 2.º y 3.º año.

Conclusiones: En nuestra cohorte, los pacientes portadores de HeartMate 3 presentan unas tasas de complicaciones comparables en cuanto a hemorragias mayores, infecciones, accidente cerebrovascular e insuficiencia aórtica a los del ensayo MOMENTUM-3, si bien se observa un ligero aumento del *endpoint* combinado. Las diferencias observadas podrían explicarse por la mayor complejidad clínica y comorbilidades de los pacientes en el mundo real. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de optimizar el manejo multidisciplinar de estos pacientes.

939/109. IMPACTO DEL SEXO EN RESULTADOS CLÍNICOS Y ECOCARDIOGRÁFICOS A CORTO PLAZO TRAS REPARACIÓN PERCUTÁNEA DE BORDE A BORDE DE LA VÁLVULA TRICÚSPIDE

Manuel Cabello Terrón¹, Enrique Enrile Sánchez¹, Nouha Yacub Briceño¹, Juan Diego Martín Díaz¹, Rascias Mansour², Soledad Ojeda Pineda¹, Ana Rodríguez Almodóvar³, Fátima Esteban Martínez³, Martín Ruiz Ortiz³ y María Dolores Mesa Rubio¹

¹Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

²Cardiología, «Città della Salute e della Scienza», Hospital de Turín, Turín, Italia. ³Unidad de Imagen Cardíaca, Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: La reparación percutánea de la válvula tricúspide mediante reparación percutánea de borde a

borde (TEER) es una opción eficaz en pacientes con insuficiencia tricuspídea (IT) secundaria. Existen diferencias biológicas y clínicas entre hombres y mujeres que podrían influir en la respuesta al tratamiento. Este estudio evaluó si el sexo se asocia con diferencias en el éxito del procedimiento y en la evolución clínica a corto plazo tras TEER.

Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de un registro multicéntrico prospectivo que incluyó a 94 pacientes sometidos a TEER tricuspídeo entre julio de 2020 y marzo de 2026. El objetivo primario fue el éxito clínico y ecocardiográfico del procedimiento a los tres meses según criterios VARC (supervivencia sin ictus, muerte o ingreso por IC y con mejoría de, al menos, un grado de NYHA, reducción IT = II, gradiente trans-tricuspídeo < 5 mmHg, clip normoposicionado). El objetivo secundario fue la mortalidad y la hospitalización por insuficiencia cardíaca a los tres meses.

Resultados: De los 94 pacientes incluidos, 56 (59,6%) fueron mujeres. La edad media fue $74,46 \pm 11,20$ años. La prevalencia de fibrilación auricular fue del 83%. Las mujeres presentaron mayor prevalencia de edemas en miembros inferiores y mejor fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI). Por su parte, los varones presentaron mayor uso de iSGTL2, mayor tamaño del ventrículo derecho, pero con mejor función sistólica, y mayor área auricular derecha. Durante el seguimiento existió una tendencia a mayor hospitalización por insuficiencia cardíaca en mujeres, sin alcanzar la significación estadística (0 vs. 13,3%, $p = 0,08$). No existieron diferencias en la mortalidad (0 vs. 3,3%; $p = 0,4$), éxito clínico (44,4 vs. 45,5%; $p = 0,95$) o ecográfico (85,7 vs. 83,3%; $p = 0,82$) a los 3 meses.

Conclusiones: A pesar de las diferencias clínicas y ecocardiográficas basales entre sexos, estas no se traducen en variaciones en el éxito del procedimiento ni en la evolución clínica a corto plazo tras TEER en IT secundaria grave.

939/110. CIERRE PERCUTÁNEO DE OREJUELA IZQUIERDA: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Pilar Vizcaíno Velázquez, Guillermo Villar Ochoa, Alfonso Padilla Escámez, Francisco Molano Casimiro, Pastor Luis Pérez Santigosa, Sara Ballesteros Pradas, Sebastián Rufián Andújar y Francisco José Sánchez Burguillos

Cardiología, Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

Introducción y objetivos: El cierre percutáneo de orejuela izquierda (CPOI) es una alternativa a la anticoagulación en pacientes con fibrilación auricular y alto riesgo hemorrágico. Estudiamos los resultados de dicho procedimiento, siendo el principal objetivo el análisis de eventos mayores durante el seguimiento.

Métodos: Estudio observacional unicéntrico de una cohorte de 121 pacientes consecutivos sometidos a CPOI en nuestro centro, desde enero de 2015 hasta enero de 2025. Se describen sus características basales, las variables derivadas del procedimiento, así como del seguimiento clínico y con ecocardiografía transesofágica (ETE).

Resultados: La mediana de edad de nuestra población fue de 74 años, siendo el 62,8% varones. El factor de riesgo cardiovascular predominante fue la hipertensión arterial (87,6%). La mayoría de los pacientes tenían FEVI preservada (85,1%). Se trataba de pacientes de alto riesgo tromboembólico y hemorrágico (valor medio del $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VA}$ $4,22 \pm 1,66$ y HASBLED $4,09 \pm 1,20$). El 38,8% de los pacientes tenía enfermedad renal crónica y el 52,1% anemia crónica. La principal indicación para el procedimiento fue la hemorragia gastrointestinal (49,6%), seguida por la hemorragia intra-

craneal (16,5%). El 87,6% estaban anticoagulados previamente, con un uso anticoagulantes orales directos (ACOD) del 83,9%. El dispositivo de cierre más utilizado fue Amulet (70,1%), seguido de Watchman (27,4%) y Lambre (2,6%). Se evidenciaron complicaciones derivadas del procedimiento en 2 casos (derrame pericárdico y trombo intracardiaco), con un solo caso de mortalidad en el primer mes posterior. El tratamiento farmacológico más utilizado al alta fue la antiagregación simple con ácido acetilsalicílico (38%). En la ETE de control posterior tan solo se evidenciaron 3 casos de trombosis (2,8%), 7 pacientes con leaks residuales (6,4%) y 1 único dispositivo malposicionado (0,9%). En un seguimiento medio de 10 años y 2 meses, se produjeron 8 ictus (6,6%) y 19 sangrados mayores con requerimiento transfusional (15,7%).

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes, el CPOI fue un procedimiento seguro, con una baja incidencia de complicaciones, y una alta tasa de éxito. Además, se relacionó con una baja tasa de eventos durante el seguimiento, tanto isquémicos como hemorrágicos, lo que apoya a su empleo mayoritario en pacientes con contraindicaciones para la anticoagulación por alto riesgo de sangrado.

939/111. IMPACTO PRONÓSTICO A MEDIO PLAZO DEL IMPLANTE DE MARCAPASOS TRAS TAVI

Ramón Córdoba Pérez, Alfonso Padilla Escámez, Jacobo Sempere Sanz, Pastor Luis Pérez Santigosa, Francisco José Sánchez Burguillos, Sebastián Rufián Andújar, Sara Ballesteros Pradas y Francisco Molano Casimiro

Cardiología, Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

Introducción y objetivos: El implante de marcapasos (MP) tras el implante transfemoral de válvula aórtica (TAVI) es relativamente frecuente, con implicaciones pronósticas aún controvertidas. El objetivo de nuestro estudio es analizar los predictores del implante de MCP tras TAVI y evaluar su impacto en la mortalidad y las hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca (IC).

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico que incluyó consecutivamente a 173 pacientes sometidos a implante de TAVI por vía transfemoral entre octubre de 2021 y mayo de 2025. Se dividió la muestra en función de la necesidad de implante de MP o no. Realizamos un seguimiento con una media de $29 \pm 12,5$ meses. Se realizó un análisis multivariante para identificar predictores independientes de implante de MP así como para evaluar su asociación con mortalidad total y hospitalizaciones por IC.

Resultados: La tasa de implante de MCP fue del 25,4%. En el análisis multivariante, el bloqueo de rama izquierda *de novo* (OR 7,05; IC95% 2,75-18,07; $p < 0,001$), el bloqueo de rama derecha previo (OR 6,69; IC95% 2,28-19,60; $p = 0,001$) y el mayor tamaño valvular (OR 1,20; IC95% 1,04-1,40; $p = 0,014$) se asociaron de forma independiente con el implante de MCP. Durante el seguimiento no se observaron diferencias significativas en mortalidad global entre los grupos (11,4 vs. 6,3%; $p = 0,323$) ni en hospitalizaciones por IC (18,2 vs. 13,4%; $p = 0,462$). En el análisis multivariante, el implante de MCP no se asoció de forma independiente con la mortalidad (OR 1,80; IC95% 0,54-5,93; $p = 0,336$) ni con los ingresos por IC (OR 1,60; IC95% 0,62-4,15; $p = 0,335$).

Conclusiones: El bloqueo de rama izquierda *de novo*, el bloqueo de rama derecha previo y el tamaño valvular fueron predictores independientes de implante de MP en nuestra muestra. Sin embargo, el implante de MP no se asocia a un peor pronóstico en términos de mortalidad ni de hospitalizaciones por IC a medio plazo.

939/112. ALIROCUMAB EN PREVENCIÓN SECUNDARIA EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL: REDUCCIÓN > 50% DEL cLDL Y ELEVADA CONSECUCIÓN DE OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Guillermo Villar Ochoa, Rogelio Javier Barin Putelli, Sebastián Rufián Andújar y Francisco Molano Casimiro.

Cardiología, Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

Introducción y objetivos: En pacientes en prevención secundaria, una proporción significativa no alcanza los objetivos de colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (cLDL) a pesar de tratamiento hipolipemiante intensivo. Los inhibidores de PCSK9 constituyen una estrategia de intensificación terapéutica en este contexto. El objetivo fue evaluar la efectividad de alirocumab sobre el cLDL y la consecución de objetivos lipídicos en práctica clínica real.

Métodos: Estudio observacional en práctica clínica real que incluyó pacientes en prevención secundaria tratados con alirocumab (75 mg/150 mg). Se recogieron el tratamiento hipolipemiante concomitante y los valores de cLDL basales, tras el inicio del tratamiento y en el último control. Se realizó un análisis longitudinal intrapaciente del cLDL y de la consecución de objetivos terapéuticos (< 55 mg/dl y < 70 mg/dl).

Resultados: Se incluyeron 78 pacientes, 35 (44,9%) tratados con alirocumab 75 mg y 43 (55,1%) con 150 mg. La indicación de inicio fue objetivo lipídico no alcanzado en el 65,4%, intolerancia a estatinas en el 23,1% y toxicidad por estatinas en el 11,5%. Al inicio, el 70,5% de los pacientes recibía estatinas, de los cuales el 83,6% a alta intensidad, el 67,9% ezetimiba y el 12,8% ácido bempedoico. El cLDL basal fue de $126,5 \pm 41,4$ mg/dl, reduciéndose a $60,7 \pm 40,3$ mg/dl tras el inicio de alirocumab y a $56,2 \pm 26,3$ mg/dl en el último control. Esto supone un descenso absoluto de 65,8 mg/dl tras el inicio y de 70,3 mg/dl en el seguimiento ($p < 0,001$), correspondiente a una reducción media superior al 50% del cLDL, sin diferencias entre controles, lo que indica un efecto sostenido. La proporción de pacientes con cLDL < 55 mg/dl aumentó del 2,6% al 53,8% y para < 70 mg/dl del 2,6% al 79,5%. Los pacientes tratados con 150 mg presentaban mayor cLDL basal ($141,2$ vs. $108,4$ mg/dl; $p < 0,001$), sin diferencias en el cLDL final alcanzado.

Conclusiones: En pacientes en prevención secundaria, alirocumab en práctica clínica real consigue una reducción rápida, intensa y mantenida del cLDL, superior al 50%, con una elevada tasa de consecución de objetivos, incluso en pacientes previamente tratados de forma intensiva. Estos resultados apoyan su papel como estrategia altamente efectiva y reproducible en pacientes de muy alto riesgo cardiovascular.

939/113. VALOR CLÍNICO DE LA ERGOESPIROMETRÍA EN LA ESTRATIFICACIÓN FUNCIONAL DE PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA Y SU PERFIL DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Leopoldo Hugo Muriel Marañón, Pedro Antonio Chinchurreta Capote y Rafael Bravo Márques

Cardiología, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga.

Introducción y objetivos: La cardiopatía isquémica estable representa un desafío clínico donde la anatomía coronaria y la respuesta funcional a la revascularización no siempre coinciden. En la práctica actual, aunque la revascularización busca corregir el sustrato anatómico, la ergoespirometría (CPET) emerge como la herramienta definitiva para evaluar la repercusión funcional integral (cardiovascular, ventilatoria y me-

tabólica) Determinar la utilidad clínica de los parámetros ergoespirométricos en la estratificación funcional de una cohorte con cardiopatía isquémica, analizando la relación entre la capacidad funcional, el perfil de riesgo cardiovascular del paciente en la predicción de eventos clínicos

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de 84 pacientes con cardiopatía isquémica estable sometidos a ergoespirometría en el año 2023. Se recogieron parámetros de CPET, factores de riesgo CV y complejidad de la enfermedad coronaria (revascularización completa vs. incompleta). Con un seguimiento durante una media de 8 meses. Se analizó su relación con la aparición de eventos clínicos (SCACEST, SCASEST y angor inestable).

Resultados: Se registraron 11 eventos (~ 10-12%) durante el seguimiento. Ninguna variable ergoespirométrica alcanzó significación estadística. La revascularización incompleta se asoció a mayor riesgo de eventos: OR 5,2, $p = 0,025$. Los parámetros de CPET mostraron tendencias coherentes, con menor capacidad funcional en pacientes con mayor carga de enfermedad pero sin significación estadística. Los datos revelan que la revascularización incompleta es un marcador de riesgo crítico, asociándose a una mayor incidencia de eventos clínicos, independientemente de la capacidad funcional que muestre el paciente en la prueba. Entre los pacientes con eventos, la prevalencia de múltiples factores de riesgo es superior a la media de la cohorte total, sugiriendo que el mal control de los FRCV potencia el riesgo anatómico residual.

Conclusiones: La ausencia de diferencias funcionales significativas (VO₂ pico, METs, VE/VCO₂ slope) entre pacientes con revascularización completa e incompleta demuestra que la CPET captura dimensiones fisiológicas que la anatomía coronaria no puede reflejar, en línea con la evidencia existente. La «normalidad» anatómica no garantiza una recuperación funcional óptima. Aunque la revascularización incompleta es un marcador de riesgo independiente, el pronóstico final del paciente isquémico está ligado a la interacción entre su carga metabólica y su respuesta fisiológica integral.

939/114. EFECTIVIDAD DE INCLISIRÁN EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL EN PACIENTES DE ALTO Y MUY ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR: REDUCCIÓN DE LDL Y CONSECUCIÓN DE OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

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

Cardiología, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga.

Introducción y objetivos: Inclisirán ha demostrado reducciones de colesterol LDL (LDL-C) cercanas al 50% en ensayos clínicos pivotales. Sin embargo, la evidencia en práctica clínica real es aún limitada, especialmente en poblaciones con alta carga de intolerancia a estatinas. El objetivo es evaluar la efectividad de inclisirán en vida real en términos de reducción de LDL-C y consecución de objetivos lipídicos en pacientes de alto y muy alto riesgo cardiovascular.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de una cohorte consecutiva de 51 pacientes tratados con inclisirán en nuestro centro hasta 12/2025. Se analizaron niveles de LDL-C basales y el valor mínimo alcanzado durante el seguimiento. Se evaluó: la reducción porcentual de LDL-C y la proporción de pacientes que alcanzaron LDL-C < 55 mg/dl.

Resultados: La edad media fue de 61,2 años, con un 66,7% de varones. El 66,7% presentaba enfermedad cardiovascular establecida y el 33,3% hipercolesterolemia familiar. El LDL-C

basal medio fue de 142,5 mg/dl, reduciéndose hasta 61,2 mg/dl en el seguimiento, con una reducción relativa media del 56,1%. Un total de 29/43 pacientes (67,4%) alcanzaron niveles de LDL-C < 55 mg/dl. Solo 26/51 pacientes estaban en tratamiento con estatinas, reflejando una alta proporción de intolerancia o no uso.

Conclusiones: En práctica clínica real, inclisiran logra reducciones de LDL-C comparables a las descritas en ensayos clínicos, incluso en una población con alta prevalencia de intolerancia a estatinas. A pesar de ello, aproximadamente un tercio de los pacientes no alcanza objetivos lipídicos, lo que sugiere la necesidad de optimizar estrategias combinadas.

939/115. ESTIMULACIÓN CARDIACA EN PACIENTES EN DIÁLISIS: COMPARACIÓN ENTRE SISTEMAS CONVENCIONALES Y LEADLESS

Pablo Rojas Romero¹, Carlos del Toro Esperón¹, Rosario Flaño Lombardo¹, Manuel Frutos López², Juan Acosta Martínez², Juan Sánchez Brotons² y Eduardo Arana Rueda³

¹Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

²Electrofisiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

³Sección de Arritmología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción y objetivos: La creciente prevalencia de la enfermedad renal crónica y su vinculación con patologías del ritmo cardiaco han incrementado la necesidad de dispositivos de estimulación en pacientes en diálisis, un grupo especialmente vulnerable a las complicaciones de los sistemas transvenosos tradicionales. Los sistemas de estimulación sin cables emergen como una alternativa prometedora, aunque pueden presentar complicaciones propias de estos sistemas. Pretendemos evaluar las complicaciones asociadas al implante y la evolución de pacientes en diálisis con implante de dispositivos convencionales y sin cables.

Métodos: Estudio retrospectivo y unicéntrico que evalúa una cohorte de 55 pacientes en diálisis con indicación de estimulación cardiaca (2019-2026). Los pacientes fueron estratificados en dos grupos: estimulación convencional (EC) y estimulación sin cables (ES). Se comparó la incidencia de eventos clínicos mayores, centrando el análisis en la mortalidad global, desarrollo de insuficiencia cardiaca y las complicaciones derivadas del acceso vascular. Adicionalmente, se analizaron la seguridad del implante y el comportamiento de los parámetros eléctricos durante el seguimiento clínico.

Resultados: Las características basales fueron similares entre grupos, aunque el grupo ES mayor uso de acceso venoso de hemodiálisis y más indicación por BAV completo. No hubo diferencias en cuanto a mortalidad total ni insuficiencia cardiaca. Sin embargo, la ES se asoció a menos complicaciones relacionadas con el implante (4,3 vs. 15,6%; $p = 0,308$) y en el seguimiento (8,7 vs. 50% $p = 0,001$) principalmente a costa de fallos del acceso vascular para diálisis (8,7 vs. 40,6%; $p = 0,013$), confirmado en análisis de Kaplan-Meier, regresión logística (OR 0,08; $p = 0,004$) y Cox (HR 0,17; $p = 0,020$). No hubo diferencias en porcentaje de estimulación ni diferencias relevantes en cuanto a parámetros en el seguimiento.

Conclusiones: Pese a un mayor riesgo basal, la ES se asocia con menos complicaciones relacionadas con el implante y el seguimiento, sobre todo a expensas de un menor fallo del acceso vascular de diálisis (recambio/intervencionismo/infección). No hay diferencias en mortalidad ni insuficiencia cardiaca, lo que respalda su seguridad y eficacia en esta población de alto riesgo.

939/116. EVALUACIÓN FUNCIONAL MEDIANTE ERGOESPIROMETRÍA EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA: MÁS ALLÁ DE LA ANATOMÍA CORONARIA

Leopoldo Hugo Muriel Maraño, Pedro Antonio Chinchurreta Capote y Rafael Bravo Márques

Cardiología, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga.

Introducción y objetivos: La cardiopatía isquémica combina alteraciones anatómicas y funcionales. Si bien la revascularización guía el tratamiento del sustrato coronario, la ergoespirometría (CPET) permite una evaluación integrada de la respuesta cardiovascular y metabólica, su papel en la estratificación de riesgo en la práctica clínica real frente a la carga anatómica coronaria sigue siendo objeto de evaluación. El objetivo es analizar la relación entre parámetros de ergoespirometría y grado de revascularización coronaria (completa vs. incompleta), así como su implicación clínica en la aparición de eventos isquémicos coronarios. (SCACEST, SCASEST y angor inestable).

Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo de 84 pacientes con cardiopatía isquémica estable sometidos a CPET en 2023. Se analizaron variables demográficas, anatómicas y parámetros funcionales clave: VO2 pico, % VO2 predicho, VE/VCO2 slope y METs. Los pacientes fueron seguidos durante una media de 8 meses para registrar eventos clínicos (SCACEST, SCASEST y angor inestable). Se compararon parámetros funcionales entre pacientes con: revascularización completa y revascularización incompleta.

Resultados: No se observaron diferencias estadísticamente significativas en los parámetros de CPET entre pacientes con revascularización completa vs. incompleta. Sin embargo, los pacientes con revascularización incompleta presentaron una incidencia significativamente mayor de eventos clínicos (31 vs. 8%; $p < 0,02$). Este resultado refuerza la idea de que existe una alta variabilidad interindividual que la anatomía coronaria no distingue, es ahí donde la CPET demuestra su utilidad.

Conclusiones: La ergoespirometría permite detectar perfiles funcionales diversos y limitaciones que no pueden explicarse únicamente mediante el estudio del sustrato anatómico o el grado de obstrucción coronaria. La variable determinante en la aparición de eventos coronarios fue tener una revascularización incompleta.

939/117. FUTILIDAD Y PREDICTORES DE SUPERVIVENCIA LIBRE DE EVENTOS TRAS LA REPARACIÓN MITRAL DE BORDE A BORDE EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA EVALUADOS PARA TRASPLANTE CARDIACO

Manuel Cabello Terrón¹, Lucas Javier Barreiro Mesa¹, Flavia di Cosmo², Juan Diego Martín Díaz¹, Nouha Yacub Briceño¹, Enrique Enrile Sánchez¹, Rascias Mansour³, Martín Ruiz Ortiz⁴, Soledad Ojeda Pineda¹ y María Dolores Mesa Rubio¹

¹Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

²Cardiología, Hospital San Giovanni Battista Molinette, Turín,

Italia. ³Cardiología, Hospital «Città della Salute e della Scienza»,

Turín, Italia. ⁴Unidad de Imagen Cardiaca, Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: La reparación mitral percutánea de borde a borde (M-TEER) es una alternativa en pacientes con insuficiencia cardiaca avanzada (ICAv) e insuficiencia mitral funcional (IMF), como estrategia puente al trasplante cardia-

co (TC). No obstante, la persistencia de una elevada mortalidad en este grupo resalta la necesidad de optimizar la selección de candidatos. El objetivo de este estudio fue analizar la tasa de futilidad y determinar sus predictores en pacientes con ICAV e IMF significativa evaluados para inclusión en lista de TC tratados mediante M-TEER.

Métodos: Se llevó a cabo un análisis retrospectivo a partir de un registro prospectivo, multicéntrico y observacional que incluyó a todos los pacientes sometidos a M-TEER en dos centros terciarios europeos. La futilidad se definió como la aparición de alguno de los siguientes eventos en los primeros 12 meses: mortalidad por cualquier causa, TC urgente, implantación de dispositivo de asistencia ventricular izquierda (DAVI) o ausencia de reducción en la tasa de hospitalización por IC. El objetivo primario fue la incidencia y los predictores de futilidad. Como objetivos secundarios se evaluaron la supervivencia libre del evento combinado (muerte, TC o DAVI), la rehospitalización por IC y los cambios en la tasa de hospitalización tras el procedimiento.

Resultados: Se incluyeron 100 pacientes (edad mediana 61 años-IQR 54-66; 84% varones). La futilidad se observó en el 30% durante el primer año (19 fallecimientos, 9 TC urgentes y 5 DAVI). En el análisis multivariante, el diámetro anteroposterior del anillo mitral fue el único predictor independiente de futilidad (OR 0,89; $p = 0,023$), con un punto de corte de 36,5 mm. La supervivencia libre del evento combinado fue del 51%, 34% y 26% al año, 3 y 5 años, respectivamente. Hubo mejoría clínica en el 56%. La tasa de hospitalización se redujo de 176 a 20 por 100-pacientes-año tras M-TEER (RR 0,11; IC95%: 0,09-0,15; $p < 0,005$).

Conclusiones: En pacientes con ICAV e IMF candidatos a TC, la M-TEER es un procedimiento seguro y eficaz que mejora síntomas y reduce hospitalizaciones. Sin embargo, cerca de un tercio presenta futilidad, siendo el menor tamaño del anillo mitral un predictor independiente.

939/118. DETERMINANTES CLÍNICOS EN LA RESPUESTA PSICOLÓGICA SOBRE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE UN PROGRAMA INTEGRAL DE REHABILITACIÓN CARDIACA

Jaime de Juan Roldán, Carlos del Toro Esperón, David Macías Ibricu, Marta Martín Vélez, Ernesto Ruiz Pereira, Javier Azcona Sousa, Adrián Romero Jurado, María Ronquillo Japón, Ana López Suárez y Rosa Fernández Olmo

Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción y objetivos: La salud mental y cardiovascular mantienen una relación bidireccional según las recientes guías europeas; la ansiedad y depresión tras un evento cardiovascular conllevan peor adherencia y mortalidad. Aunque la rehabilitación cardiaca (RC) ha demostrado impacto positivo psicoafectivo, sus determinantes no están completamente definidos. Nuestro objetivo fue evaluar el efecto de un programa de RC sobre el grado de ansiedad-depresión, identificando predictores de mejoría y no-respuesta.

Métodos: Estudio observacional prospectivo en pacientes consecutivos de un programa de RC. Su ansiedad y depresión se sometieron al test Goldberg al inicio y al alta, siendo clínicamente relevantes puntuaciones = 4 y = 2 respectivamente, y definiéndose 'mejoría' como su reducción al alta. Se confeccionaron modelos de regresión lineal y logística para identificar predictores de mejoría y no-respuesta, incluyendo edad, sexo, IMC, perímetro abdominal (PA), HTA, DM, FEVI, capacidad funcional y gravedad de angina.

Resultados: Se incorporaron 698 pacientes (84% hombres; promedio 58,4 años), objetivándose reducción significativa del puntaje promedio de ansiedad (2,21 a 1,67; $p < 0,001$) y depresión (2,08 a 1,62; $p < 0,001$); las prevalencias de puntaje clínicamente relevante disminuyeron del 32% al 24,5% ($p < 0,001$) y del 27,5% al 20,9% ($p < 0,001$), respectivamente. En el análisis multivariado resultaron predictores significativos de 'mejoría de ansiedad' los grados basales de ansiedad y depresión, y la HTA ($p < 0,001$; $R^2 = 29,3\%$). Los factores asociados a 'no-mejoría' fueron los grados basales de ansiedad (OR = 0,447; $p < 0,001$) y depresión (OR = 0,631; $p < 0,001$), IMC (OR = 1,031; $p = 0,003$), PA (OR = 2,092; $p = 0,001$) y consumo de cocaína (OR = 3,705; $p = 0,048$), confeccionándose un modelo discriminativo (AUC = 85,3%). Respecto a la «mejoría de depresión» ($R^2 = 22,1\%$; $p < 0,001$), fueron predictores significativos los grados basales de ansiedad y depresión ($p < 0,001$), HTA ($p = 0,016$), IMC ($p = 0,009$) y clase funcional ($p = 0,009$). El modelo de «no-mejoría» se confeccionó a partir de los grados basales de ansiedad (OR = 0,818; $p = 0,08$) y depresión (OR = 0,367; $p < 0,001$) y, destacablemente, la carga anginosa en grados CCS (OR = 2,204; $p = 0,027$), alcanzando capacidad discriminativa (AUC = 85,0%).

Conclusiones: Nuestro programa de RC redujo significativamente los niveles de ansiedad-depresión. La no-mejoría ansiosa se asoció significativamente a obesidad y consumo de cocaína; y la no-mejoría depresiva se asoció significativamente a la carga sintomática anginosa. El perfil de alto nivel ansioso-depresivo combinado se asoció significativamente a una peor respuesta global.

939/119. INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE CONCOMITANTE EN LA CONSECUCCIÓN DE OBJETIVOS DE LDL EN PACIENTES TRATADOS CON INCLISIRÁN

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

Cardiología, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga.

Introducción y objetivos: Las guías ESC recomiendan el uso de inclisirán sobre una base de tratamiento hipolipemiente optimizado. Sin embargo, su efectividad en función del tratamiento concomitante en práctica real está poco caracterizada. El objetivo es analizar el impacto del tratamiento hipolipemiente concomitante en la consecución de objetivos de LDL-C en pacientes tratados con inclisirán.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en 51 pacientes tratados con inclisirán. Se analizaron 43 pacientes con seguimiento disponible. Se comparó la proporción de pacientes que alcanzaron LDL-C < 55 mg/dl según tratamiento concomitante: con estatina ($\pm$ ezetimiba) y sin estatina.

Resultados: Los pacientes en tratamiento con estatinas presentaron una mayor tasa de consecución de objetivos: con estatina: 19/23 (82,6%) alcanzaron LDL < 55 mg/dl; sin estatina: 10/20 (50,0%). En el análisis por subgrupos: inclisirán en monoterapia: 37,5% alcanzaron objetivo; inclisirán + estatina alta intensidad: 100%; inclisirán + estatina + ezetimiba: 75%.

Conclusiones: La efectividad de inclisirán en la consecución de objetivos lipídicos depende de forma significativa del tratamiento concomitante. Estos resultados refuerzan la necesidad de utilizar inclisirán como parte de una estrategia combinada, especialmente en pacientes de muy alto riesgo, y ponen de manifiesto el reto clínico que supone la intolerancia a estatinas.

939/120. ROTURAS DE SEPTO INTERVENTRICULAR EN EL CONTEXTO DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO: PERFIL CLÍNICO, TÉCNICAS DE CIERRE, SOPORTE MECÁNICO CIRCULATORIO Y TRASPLANTE CARDIACO

Pablo Rojas Romero¹, Jaime de Juan Roldán¹, Marta González Quijano², Ernesto Ruiz Pereira¹, Jesús Pecci Sánchez¹, David Macías Ibiricu¹, Adrián Romero Jurado¹, José Francisco Díaz Fernández¹ y Alejandro Adsuar González³

¹Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

²Cardiología, Hospital de Osuna, Osuna, Sevilla. ³Cirugía Cardíaca, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción y objetivos: En la era actual del código infarto, gracias al intervencionismo coronario y a la rápida y efectiva perfusión, se ha logrado una disminución drástica de las complicaciones mecánicas. La más frecuente es la rotura del septo interventricular, que suele presentarse con shock cardiogénico. El momento óptimo para el cierre del defecto continúa siendo objeto de debate, al igual que el tipo de soporte mecánico circulatorio más adecuado para mejorar los resultados. El objetivo de este trabajo es describir las características clínicas de estos pacientes, el uso de soporte mecánico circulatorio, las estrategias de cierre y el perfil de aquellos que requieren trasplante cardíaco.

Métodos: Análisis retrospectivo de una cohorte de pacientes con rotura del septo interventricular en el contexto de infarto agudo de miocardio en el Hospital Virgen del Rocío de Sevilla entre 2013-2026. Se incluyeron 22 pacientes, de los cuales 14 fueron sometidos a cierre quirúrgico del defecto en algún momento de su evolución. Se analizaron variables relacionadas con el diagnóstico, tratamiento y evolución clínica.

Resultados: Se observó una alta proporción de pacientes con presentación en forma de shock cardiogénico, con un 45,5% en estadio SCAI-C. El uso de soporte mecánico circulatorio fue frecuente, empleándose en el 63,6% de los casos. En cuanto a la estrategia de cierre, el 22,7% se sometió a intervención precoz y el 45,5% a cierre diferido. La mortalidad global fue del 59%, mientras que el 27,3% de los pacientes evolucionó a trasplante cardíaco. La supervivencia intrahospitalaria fue menor en los pacientes sometidos a intervención precoz en comparación con aquellos tratados de forma diferida.

Conclusiones: A pesar de los avances terapéuticos, la mortalidad intrahospitalaria sigue siendo elevada. El soporte mecánico circulatorio resulta fundamental en un alto porcentaje de pacientes, dada la frecuente presentación con shock cardiogénico. Este soporte permite estabilizar al paciente, favorecer estrategias de cierre diferido y mejorar la viabilidad tisular. Las estrategias diferidas se asocian a mejor pronóstico que las intervenciones precoces. Los pacientes que requieren trasplante cardíaco, si superan las fases iniciales, pueden alcanzar una supervivencia favorable a largo plazo.

939/121. RESULTADOS EN LA VIDA REAL DE INCLISIRÁN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: IMPACTO DEL TRATAMIENTO CONCOMITANTE Y PAPEL DEL ÁCIDO BEMPEDOICO

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

Cardiología, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga.

Introducción y objetivos: Inclisirán ha demostrado reducciones de LDL-C cercanas al 50% en ensayos clínicos. Sin embar-

go, en práctica clínica real, su efectividad puede variar en función del tratamiento concomitante, especialmente en pacientes con intolerancia a estatinas. El papel del ácido bempedoico en este contexto sigue poco definido.

Métodos: Estudio observacional de 51 pacientes tratados con inclisirán en práctica clínica habitual hasta 12/2025 en nuestro centro. Se analizaron: LDL basal y mínimo en seguimiento; reducción porcentual de LDL; influencia del tratamiento concomitante y subgrupo tratado con ácido bempedoico.

Resultados: Efectividad global: LDL basal: 142,5 mg/dl; LDL mínimo: 61,2 mg/dl; reducción media: -56,1% ± 22%; descenso > 50%: 63,6%. Influencia del tratamiento concomitante: con estatinas: -63% ± 22%; sin estatinas: -49,8% ± 18%; solo ezetimiba: -52% ± 25%. Tratamiento combinado vs. monoterapia: combinado: -59,6% ± 23,7%; no combinado: -45,5% ± 14,8%; diferencia: +14% (IC95% 2,1-26,0; p = 0,028). Subgrupo con ácido bempedoico (n = 9). Pacientes de alto riesgo, mayoritariamente intolerantes a estatinas y no controlados con inclisirán. Reducción media LDL: -61,7%. LDL < 55 mg/dl: 3/6 (50%).

Conclusiones: Inclisirán logra reducciones significativas de LDL-C en vida real, reproducibles a ensayos clínicos. La eficacia depende del tratamiento concomitante, siendo superior en estrategias combinadas. En pacientes no controlados e intolerantes a otras alternativas terapéuticas, el ácido bempedoico permite reducciones adicionales de LDL, aunque persiste una brecha terapéutica que debemos de mejorar.

939/122. CARDIOPATÍA CARCINOIDE. DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS MÁS FRECUENTES DE LA AFECTACIÓN VALVULAR DERECHA EN UNA SERIE DE CASOS

Pablo Rojas Romero¹, Javier Azcona Sousa¹, Marta González Quijano², Marta Martín Vélez¹, María Esperanza Donoso Muñoz¹, Juan Manuel Aragón González¹ y José Eduardo López Haldón¹

¹Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

²Cardiología, Hospital de Osuna, Osuna, Sevilla.

Introducción y objetivos: La cardiopatía carcinoide es el término empleado para describir las manifestaciones cardíacas producidas por el síndrome carcinoide secundario a tumores neuroendocrinos. Se trata de una entidad en la que normalmente se ven afectadas las cavidades derechas del corazón, provocando normalmente insuficiencias tricúspide y pulmonar, y menos frecuentemente estenosis. La presente descripción trata de definir, la afectación valvular y características más frecuentes de dicha patología.

Métodos: Análisis de forma retrospectiva, 8 pacientes afectados, entre enero de 2002 y enero de 2024, todos tratados en el mismo centro asistencial. Se analizaron sus características basales, afectación cardíaca y tratamientos aplicados empleando el programada estadístico IBM SPSS.

Resultados: La localización tumoral más frecuente asociada a cardiopatía carcinoide, fue el feilon, y en todos los casos, los pacientes presentaron metástasis no pulmonares. El síntoma principal por el que se diagnosticó la afectación cardíaca fue la disnea. La válvula más frecuentemente afectada fue la válvula tricúspide, presentando 5 pacientes una insuficiencia tricúspide masiva o torrencial, asociando en 4 un componente de estenosis, en 2 de ellos grave. La válvula pulmonar se afectó en 6 de los casos, con una insuficiencia pulmonar grave en 4 y una estenosis pulmonar grave en 1. Siete pacientes, presentaron dilatación del VD con diámetro basal medio de 48 mm, todos con función derecha normal (media de TAPSE 23 mm y FAC 50%). Ninguno de los pacientes presentó afectación valvular izquierda. Respecto a los tratamientos empleados, tres pacientes fueron sometidos a

intervención quirúrgica, dos a un doble reemplazo tricúspideo y pulmonar con prótesis biológicas, y uno a una sustitución tricúspide. Respecto a la mortalidad, 6 pacientes fallecen, siendo en uno la causa insuficiencia cardíaca terminal.

Conclusiones: La cardiopatía carcinoide es una entidad inusual en la práctica clínica, que condiciona el pronóstico de esta entidad. La válvula más frecuentemente afecta es la tricúspide, encontrándose la válvula pulmonar afecta en un importante número de casos. Son necesarios más estudios para establecer estándares de tratamiento y conocer el pronóstico de esta entidad.

939/123. ESTRATEGIA ANTITROMBÓTICA TRAS EL CIERRE PERCUTÁNEO DE OREJUELA IZQUIERDA EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL: INFLUENCIA DEL PERFIL CLÍNICO BASAL

Guillermo Villar Ochoa, Pilar Vizcaíno Velázquez, Alfonso Padilla Escámez, Sara Ballesteros Pradas, Pastor Luis Pérez Santigosa, Francisco José Sánchez Burguillos, Sebastián Rufián Andújar y Francisco Molano Casimiro.

Cardiología, Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

Introducción y objetivos: La estrategia antitrombótica tras el cierre percutáneo de orejuela izquierda no está completamente estandarizada y, en la práctica clínica, suele individualizarse según el perfil hemorrágico y tromboembólico del paciente. El objetivo fue describir la estrategia tras el procedimiento y analizar su relación con el perfil clínico basal y los eventos durante el seguimiento.

Métodos: Estudio observacional unicéntrico que incluyó 121 pacientes sometidos a cierre percutáneo de orejuela izquierda. Las estrategias antitrombóticas posprocedimiento se analizaron de forma individual y agrupadas en tres categorías: monoterapia antiagregante, doble antiagregación y anticoagulación. Se evaluó su distribución según subgrupos clínicos y su asociación con la incidencia de sangrado mayor, ictus o ataque isquémico transitorio y mortalidad durante el seguimiento. Se realizó un subanálisis en pacientes tratados con anticoagulantes orales directos comparando dosis reducida frente a dosis estándar.

Resultados: La estrategia antitrombótica tras el procedimiento fue heterogénea: monoterapia antiagregante en el 38,0% de los pacientes, doble antiagregación en el 29,8% y anticoagulación en el 31,4% de los casos agrupados válidos. La elección del tratamiento estuvo claramente condicionada por el perfil clínico basal. Los pacientes con indicación por sangrado digestivo y los de edad avanzada (≥ 75 años) recibieron con mayor frecuencia monoterapia antiagregante y con menor frecuencia estrategias más intensivas. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la incidencia de sangrado mayor (15,2%, 30,6% y 21,1%; $p = 0,245$), ictus/ataque isquémico transitorio (2,2%, 8,3% y 10,5%; $p = 0,278$) ni mortalidad. Asimismo, la estrategia antitrombótica no mostró asociación independiente con sangrado mayor. En el subgrupo tratado con anticoagulantes orales directos, no se observaron diferencias entre dosis reducida y estándar. El tratamiento fue dinámico durante el seguimiento, con transición a monoterapia antiagregante en la mayoría de los pacientes, con un tiempo mediano hasta dicho cambio de 3 meses (RIQ 2-3).

Conclusiones: En esta cohorte de práctica clínica real, la estrategia antitrombótica tras el cierre percutáneo de orejuela izquierda fue variable y estuvo condicionada por el perfil clínico basal, especialmente por la edad y el antecedente de sangrado digestivo. La ausencia de diferencias significativas en eventos entre estrategias sugiere que la selección del tratamiento refleja principalmente la individualización terapéutica en pacientes complejos.

939/124. FENOTIPO DE REGURGITACIÓN TRICUSPÍDEA COMO PREDICTOR DE RESULTADOS TRAS TERAPIA DE REPARACIÓN DE BORDE A BORDE: AURICULAR VS. VENTRICULAR

Manuel Cabello Terrón¹, Rascias Mansour², Enrique Enrile Sánchez¹, Nouha Yacub Briceño¹, Juan Diego Martín Díaz¹, Soledad Ojeda Pineda¹, Gaetano Maria de Ferrari², Manuel Pan Álvarez-Ossorio¹, Martín Ruiz Ortiz³ y María Dolores Mesa Rubio¹

¹Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

²Cardiología, Hospital «Città della Salute e della Scienza», Turín, Italia. ³Unidad de Imagen Cardíaca, Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: La insuficiencia tricuspídea secundaria (ITS) comprende dos fenotipos principales: la ITS auricular (ITSA) y la ITS ventricular (ITSV). El impacto de estos fenotipos en los resultados de la reparación transcatheter de borde a borde de la válvula tricúspide (T-TEER) no está bien definido. El objetivo de este estudio fue comparar los resultados del procedimiento y la evolución clínica a corto plazo entre pacientes con ITSA e ITSV tratados con T-TEER.

Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de un registro multicéntrico prospectivo que incluyó 71 pacientes consecutivos con ITS grave tratados en dos centros europeos. La ITSA se definió como FEVI preservada, función ventricular derecha normal, ausencia de valvulopatía izquierda y presiones pulmonares ≥ 50 mmHg. Los pacientes restantes fueron clasificados como ITSV. El objetivo primario fue el éxito del procedimiento (reducción de la insuficiencia tricuspídea [IT] = 2+) y el éxito clínico al mes, definido según criterios VARC como supervivencia sin eventos mayores, ausencia de fallo del dispositivo, mejoría funcional y reducción de la IT a grado = moderado. El objetivo secundario fue la mortalidad y la hospitalización por insuficiencia cardíaca a los 3 meses.

Resultados: De los 71 pacientes incluidos, 17(23,9%) presentaban ITSA y 54(76,1%) ITSV. La edad media fue de $75,3 \pm 10,7$ años, el 35,2% eran varones y el 84,5% tenían fibrilación auricular. Los pacientes con ITSA mostraron mayor FEVI y TAPSE y menores presiones pulmonares ($p < 0,05$ en todos los casos). El éxito del procedimiento fue alto y similar entre grupos (88,2% en ITSA vs. 92,6% en ITSV; $p = 0,625$), al igual que el éxito clínico al mes (88,2 vs. 87,0%; $p = 1,000$). No obstante, la ITSA se asoció a una mayor tasa de reducción de la IT a $\geq 1+$ durante el ingreso (82,4 vs. 55,7%; $p = 0,042$). A los 3 meses, se observó una tendencia a menor mortalidad (0 vs. 15%, $p = 0,177$) y menor hospitalización por insuficiencia cardíaca (9,1 vs. 35,0%, $p = 0,115$) en ITSA, sin alcanzar significación estadística.

Conclusiones: La T-TEER es eficaz y segura en ambos fenotipos de ITS, aunque la ITSA se asocia a una mayor reducción de la IT y una evolución clínica potencialmente más favorable a corto plazo.

939/125. ¿TENEMOS QUE UTILIZAR INCLISIRÁN EN NUESTROS PACIENTES?

Jesús Rivera del Amo, Adrián Garrido Vital, Ana Ruíz Barrios, Laura Paz Luque, Álvaro Aumesquet García, Ana Pilar Benítez Rodríguez, Sebastián Mariscal Vázquez, Marina Teresa García García, Germán Calle Pérez y César Jiménez Méndez

Cardiología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción y objetivos: Inclisirán es un micro ARN de interferencia que reduce los niveles de colesterol al interferir de forma prolongada la síntesis de la proteína PCSK9. Su innova-

por mecanismo de acción hace que sean necesarios estudios en vida real para analizar sus resultados.

Métodos: Estudio prospectivo unicéntrico que incluyó a los pacientes tratados con inclisiran desde abril de 2024.

Resultados: Se incluyeron 41 pacientes, edad media 68 ± 10 años, el 32% eran mujeres. Todos los pacientes recibieron inclisiran por incapacidad de alcanzar objetivos de LDL-colesterol en prevención secundaria. Hasta un 32% de los pacientes eran intolerantes a estatinas. El 59% de los pacientes recibía tratamiento concomitante con estatinas de alta intensidad, el 15% con ácido bempedoico y el 20% habían recibido tratamiento previo con inhibidores de PCSK9. Los niveles de colesterol total y LDL-c basales fueron de 189 ± 54 mg/dl y 116 ± 47 mg/dl, respectivamente. En el seguimiento a 6 meses (disponible en el 66% de los pacientes) se observó una reducción de los niveles de colesterol del 26,7% y de LDL-c del 44,8%, alcanzando un nivel de LDL-c medio de 64 ± 32 mg/dl. El 52% de los pacientes alcanzaron el objetivo terapéutico de LDL < 55 mg/dl a los 6 meses tras iniciar el tratamiento. No se observaron reacciones adversas graves en el seguimiento. Solo 1 paciente suspendió el tratamiento en el seguimiento por efectos adversos (cefalea).

Conclusiones: En nuestra serie de pacientes tratados con inclisiran en vida real se observan resultados de eficacia superponibles a los descritos en los ensayos clínicos. La mayoría de los pacientes alcanzó el objetivo de LDL < 55 mg/dl a los 6 meses tras iniciar el tratamiento. Son necesarios estudios poblacionales más amplios y de mayor seguimiento que confirmen estos resultados.

939/126. MUJERES CON INSUFICIENCIA CARDIACA Y FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA: INFLUENCIA DEL GÉNERO EN EL REMODELADO CARDIACO, LA RESPUESTA NEUROHORMONAL Y LA CAPACIDAD FUNCIONAL

María Diana Ladera Santos¹, María Elena Rodríguez Gómez², Álvaro Roldán Guerra³, Juan Carlos Castillo Domínguez³ y José López Aguilera³

¹Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ²Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

³Unidad de Insuficiencia Cardíaca, Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: La insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida (ICFE-r) presenta particularidades según el género. Este estudio analiza la influencia del sexo en el remodelado cardíaco, la respuesta neurohormonal y la capacidad funcional en pacientes con IC-FEr.

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo de 196 pacientes (24,5% mujeres) con IC-FEr atendidos en una unidad especializada de IC entre 2009 y 2023. Se analizaron variables clínicas, ecocardiográficas, analíticas, terapéuticas y ergoespirométricas en el momento del diagnóstico, comparando ambos sexos.

Resultados: No hubo diferencias en edad media ni en prevalencia de IC de nueva aparición. Las mujeres presentaron menor prevalencia de diabetes mellitus (16,7 vs. 35,2%, $p = 0,015$), pero peor función renal (filtrado glomerular (FG) $68,1 \pm 15,7$ vs. $76,6 \pm 22,9$ ml/min; $p = 0,005$). Desde el punto de vista estructural, mostraron menor remodelado ventricular, con menores volúmenes y diámetros, pese a una FEVI similar entre grupos [VTVDI: $153,4 \pm 46,7$ vs. $175,4 \pm 61,9$, $p = 0,025$; VTSVI: $109,4 \pm 40,9$ vs. $125,7 \pm 52,1$, $p = 0,025$]. Asimismo, presentaron menor activación neurohormonal, con niveles significativamente menores de NT-proBNP [1.130 (RI 554-2.141) vs. 1631 (RI 761-3.799); $p = 0,039$]. En cuanto a la capacidad funcional, el

consumo de oxígeno (VO₂) pico absoluto fue mayor en hombres ($14,5 \pm 4,4$ vs. $18,1 \pm 7,1$, $p = 0,001$), y estos tenían datos de mejor eficiencia ventilatoria que las mujeres (OUES: $1,4 \pm 0,5$ vs. $1,9 \pm 0,7$; $p < 0,001$). La optimización del tratamiento médico similar entre ambos grupos, con menor uso de anticoagulación en mujeres en relación con menor prevalencia de fibrilación auricular.

Conclusiones: Existen diferencias significativas de género en la presentación de la IC-FEr. Las mujeres presentan un menor remodelado estructural y menor activación neurohormonal, pese a una función renal más deteriorada. Aunque muestran menor rendimiento funcional absoluto, su capacidad funcional relativa está mejor preservada, si bien con peor eficiencia ventilatoria. Estos hallazgos sugieren diferencias fisiopatológicas relevantes según el sexo con potencial impacto en la estratificación y el manejo clínico.

939/127. EL COCIENTE LEUCOCITOS-NEUTRÓFILOS COMO NUEVO PARÁMETRO DE INFLAMACIÓN Y PREDICTOR DE DISFUNCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA TRAS UN IAM

Pablo Rojas Romero¹, Ernesto Ruiz Pereira¹, Miguel Barranco Gutiérrez¹, Débora Falcón Boyano², Carlos Millán Rodríguez³, José Eduardo López Haldón¹, José Francisco Díaz Fernández¹ y Gonzalo Barón Esquivias¹

¹Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

²Investigación, Ibis, Sevilla. ³Cardiología, Hospital Alto Guadalquivir, Andújar, Jaén.

Introducción y objetivos: En la fisiopatología del infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMCEST), y consecuentemente en la disfunción ventricular izquierda aguda, juega un papel clave la inflamación. La rápida movilización de neutrófilos, seguida del reclutamiento de monocitos y linfocitos, puede contribuir a la disfunción ventricular aguda del ventrículo izquierdo, y a un posterior remodelado ventricular adverso, aumentando así el riesgo de insuficiencia cardíaca. Este estudio trata de evaluar el impacto de la respuesta inflamatoria precoz, sobre el desarrollo de disfunción ventricular tras un infarto agudo de miocardio.

Métodos: Se trata de un estudio prospectivo, descriptivo, analítico y longitudinal, en el que se reclutaron 52 paciente, con un IAMCEST, como evento cardiovascular central, entre 2023-2025. Las muestras de sangre fueron extraídas en el momento de canalización de la arteria radial y 12 horas después, tras la coronariografía. Se realizó en las primeras 48 horas, un estudio ecocardiográfico evaluando parámetros de disfunción ventricular. Se analizaron parámetros sobre la dinámica leucocitaria e inflamación en relación con dichos parámetros, definiéndolos como una fracción de eyección del VI reducida o un strain global longitudinal reducido.

Resultados: 52 pacientes incluidos. La media de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo fue de 49,6% (IQ 45-55%), con un strain global del VI de -13% ($\pm 3,3\%$) en la fase aguda. A las 12 horas, la respuesta inflamatoria se caracterizó por una leucocitosis (12.707 ± 3.741 cel/ μ L), a expensas de neutrófilos (media 9,230, IQ 6.940-11.560). El cociente neutrófilos-linfocitos, a las 12 horas fue de 3,7 (IQR 2,8-4,5). El cociente neutrófilos-linfocitos a las 12 horas, fue el principal valor asociado a valores más bajo de fracción de eyección del VI y strain global, mediante sendas correlaciones negativas ($-0,369$, $p = 0,012$; $-0,377$, $p = 0,012$).

Conclusiones: Unos valores más elevados del cociente neutrófilos-linfocitos a las 12 horas tras un infarto se han asociado a valores disminuidos en la fracción de eyección del VI y del strain global longitudinal, pudiendo mostrarse como un

potencial predictor precoz de paciente en riesgo de desarrollar un remodelado ventricular adverso.

939/128. VALOR DISCRIMINATIVO DE LOS MARCADORES BASALES DE RIESGO HEMORRÁGICO TRAS EL CIERRE PERCUTÁNEO DE OREJUELA IZQUIERDA

Pilar Vizcaíno Velázquez, Guillermo Villar Ochoa, Alfonso Padilla Escámez, Sara Ballesteros Pradas, Pastor Luis Pérez Santigosa, Francisco José Sánchez Burguillos, Sebastián Rufián Andújar y Francisco Molano Casimiro

Cardiología, Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

Introducción y objetivos: Los pacientes sometidos a cierre percutáneo de orejuela izquierda presentan un perfil clínico caracterizado por alto riesgo hemorrágico, con frecuente antecedente de sangrado, anemia y necesidad de transfusiones. En este contexto, múltiples variables basales se utilizan para estimar el riesgo hemorrágico, aunque no está claro si todas ellas aportan la misma información respecto al riesgo de nuevos eventos tras el procedimiento. El objetivo fue analizar el valor discriminativo de distintos marcadores basales de riesgo hemorrágico en relación con la aparición de sangrado mayor durante el seguimiento.

Métodos: Estudio observacional unicéntrico que incluyó 121 pacientes consecutivos sometidos a cierre percutáneo de orejuela izquierda. Se evaluó la asociación entre diferentes marcadores basales de riesgo hemorrágico, incluyendo anemia crónica, antecedente de sangrado digestivo, edad avanzada y puntuación HAS-BLED, y la incidencia de sangrado mayor durante el seguimiento. Se realizó análisis bivalente y regresión logística.

Resultados: La cohorte presentó una elevada carga hemorrágica basal: el 52,1% de los pacientes presentaban anemia crónica, el 52,1% habían requerido transfusiones previas y el 55,4% tenían antecedente de sangrado digestivo. La incidencia global de sangrado mayor durante el seguimiento fue del 21,5%. Entre los marcadores analizados, solo la anemia crónica se asoció a una mayor incidencia de sangrado mayor, que fue del 28,6% en pacientes con anemia frente al 13,8% en aquellos sin anemia ($p = 0,048$), con una *odds ratio* de 2,5 (IC95% 0,991-6,305). En la regresión logística exploratoria, la anemia crónica se mantuvo asociada a sangrado mayor (OR 2,87; IC95% 1,01-8,12; $p = 0,047$). En contraste, ni la edad avanzada, ni el antecedente de sangrado digestivo, ni la puntuación HAS-BLED mostraron asociación significativa con la aparición de sangrado mayor. En el análisis temporal, la anemia mostró una tendencia a peor supervivencia libre de sangrado mayor, sin alcanzar significación estadística.

Conclusiones: En una cohorte de pacientes con elevado riesgo hemorrágico sometidos a cierre percutáneo de orejuela izquierda, los marcadores basales de riesgo hemorrágico no aportan información equivalente. La anemia crónica fue el marcador que se asoció de forma más consistente con la aparición de sangrado mayor, lo que sugiere que podría identificar un subgrupo con mayor vulnerabilidad hemorrágica residual tras el procedimiento.

939/129. MICROALBUMINURIA: UN PREDICTOR SILENCIOSO DE MORTALIDAD EN ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

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

Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción y objetivos: La microalbuminuria (MAU) es un marcador establecido de la progresión de la enfermedad renal

crónica (ERC). En los últimos años se ha postulado como marcador de incremento de mortalidad cardiovascular, asociándose a un mayor riesgo de eventos cardiovasculares. El objetivo de nuestro estudio es evaluar la prevalencia de la microalbuminuria 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 evaluó la mortalidad global (definida como la ocurrencia de muerte hospitalaria, precoz o durante el seguimiento) y los reingresos cardiovasculares durante el seguimiento. Se analizó la asociación entre MAU y eventos clínicos.

Resultados: Se incluyeron 242 pacientes de edad media 67,3 años, de los cuales el 70% eran varones. La prevalencia de HTA fue del 67%, DM 35% y ERC 22%. Los motivos más prevalentes de ingreso en Cardiología fueron síndrome coronario agudo (SCA) e insuficiencia cardiaca (IC). Se identificó un 40% de pacientes con microalbuminuria de los cuales el 27% no presentaban previamente ERC. El 28% de los pacientes estaba tratado con iSGLT2 y < 1% con finerenona. Durante el seguimiento se registró una mortalidad hospitalaria del 14,9%, precoz 2,5% y durante seguimiento 11,2%. El 10,8% de los pacientes presentaron un reingreso por causa cardiovascular < 30 días. La presencia de MAU se asoció de forma significativa a la mortalidad durante el seguimiento (25,0 vs. 2,0%; $p < 0,001$) y a la mortalidad global (29,3 vs. 5,4%; $p < 0,001$). Asimismo, se asoció a un mayor riesgo de reingreso precoz (18,5 vs. 5,4%; $p = 0,002$) y durante el seguimiento (35,9 vs. 21,8%; $p = 0,025$).

Conclusiones: La microalbuminuria presenta una alta prevalencia en nuestro estudio, identificando un paciente de muy alto riesgo cardiovascular. Es necesario incorporar este marcador en el seguimiento de nuestros pacientes para estratificar adecuadamente su riesgo, dado que actualmente disponemos de terapias que permiten su reducción y podrían mejorar el pronóstico de nuestros pacientes.

939/130. SEGURIDAD EN LA EXTRACCIÓN DE ELECTRODOS DE DISPOSITIVOS INTRACARDIACOS: EXPERIENCIA DE UN CENTRO SIN CIRUGÍA CARDIACA

Antonio Reyes García, Mario Aguilar Roldán y Emilio Constán de la Revilla

Cardiología, Hospital Universitario de Jaén, Jaén.

Introducción y objetivos: La extracción de electrodos de dispositivos intracardiacos se realiza habitualmente en centros con Cirugía Cardiovascular (CCV), dada la posibilidad de complicaciones mayores que pueden requerir intervención quirúrgica urgente. No obstante, en pacientes seleccionados y con electrodos de implantación reciente, este procedimiento podría realizarse de forma segura en centros sin CCV *in situ*. El objetivo de este estudio es evaluar la seguridad y viabilidad de la extracción de electrodos intracardiacos en un hospital de tercer nivel con unidad de electrofisiología, pero sin CCV.

Métodos: Se incluyeron de forma consecutiva todos los pacientes sometidos a la extracción de al menos un electrodo de dispositivo intracardiaco entre 2021 y 2025 en el Hospital Universitario de Jaén. Se realizó un análisis descriptivo de las características clínicas, la indicación del dispositivo, el motivo de la extracción, el tiempo desde la implantación y la aparición de complicaciones relacionadas con el procedimiento.

Resultados: Un total de 37 pacientes fueron finalmente incluidos, de los cuales el 78,4% fueron varones, con una edad media de 70 ± 13 años. La principal indicación para el implante fue la disfunción ventricular con asincronía (37%), seguida del bloqueo auriculoventricular avanzado o com-

pleto (22%). El motivo más frecuente de extracción fue la dislocación del electrodo ventricular (43,2%), seguido de infección del dispositivo en el 32,4%. En el primoimplante, el 65% de los pacientes presentaban estimulación del área de la rama izquierda, porcentaje que se redujo al 52% tras el reposicionamiento o la reimplantación del electrodo. Todas las extracciones se realizaron mediante tracción simple continua en la unidad de electrofisiología. El tiempo medio desde el implante hasta la extracción fue de 106 ± 138 días. Se registró una única complicación mayor (2,7%), consistente en derrame pericárdico grave que requirió drenaje no urgente.

Conclusiones: La extracción de electrodos mediante tracción simple, realizada por electrofisiólogos experimentados en centros sin CCV, es una opción segura y viable en pacientes seleccionados y con electrodos de implantación reciente. En nuestra serie, la tasa de complicaciones mayores fue baja y comparable a la descrita en otras series publicadas.

939/131. LO QUE EL REPOSO NO MUESTRA: UTILIDAD DEL CATETERISMO CARDIACO DERECHO DE EJERCICIO EN LA HIPERTENSIÓN PULMONAR PRECOZ

Luca Grau Torrente¹, Julia Jiménez Ranchal¹, Diego González Iraheta¹, Eloísa Mariscal López¹, Javier González Vela², Natalia Marín Guerrero², Francisco Rivas Ruiz¹, Pedro Antonio Chinchurreta Capote¹, Francisco Ruiz Mateas¹ y Rafael Bravo Márques¹

¹Cardiología, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga.

²Enfermería, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga.

Introducción y objetivos: La hipertensión pulmonar (HP) constituye una entidad de mal pronóstico, cuyo diagnóstico precoz continúa representando un reto clínico. En este contexto, el cateterismo cardiaco derecho (CCD) de ejercicio ha surgido en los últimos años como una herramienta en el diagnóstico temprano de esta enfermedad. El objetivo del estudio es demostrar la utilidad diagnóstica del CCD de ejercicio como herramienta para la detección precoz de hipertensión pulmonar.

Métodos: Estudio observacional que incluyó pacientes remitidos para CCD con protocolo de ejercicio entre julio de 2023 y marzo de 2026. A todos los pacientes se les realizó previamente una ecocardiografía y una prueba de esfuerzo cardiopulmonar (PECP). Durante el CCD de ejercicio se analizaron las pendientes presión arterial pulmonar media/gasto cardiaco (PAPm/GC) y presión capilar pulmonar/gasto cardiaco (PCP/GC), definiéndose cuatro patrones hemodinámicos: presiones pulmonares esfuerzo normales (PAPm/GC < 3 y PCP/GC < 2 mmHg/l/min), disfunción diastólica (PAPm/GC < 3 y PCP/GC > 2), hipertensión pulmonar de esfuerzo precapilar (PAPm/GC > 3 y PCP/GC < 2) y poscapilar (PAPm/GC > 3 y PCP/GC > 2).

Resultados: Se incluyeron 49 pacientes (edad 56 ± 15 años, 73,5% mujeres), de los cuales 46 completaron el protocolo de ejercicio. El 52,2% presentaron presiones pulmonares de esfuerzo normales, el 2,2% disfunción diastólica, el 21,7% HP de esfuerzo precapilar y el 23,9% poscapilar. En pacientes con baja probabilidad ecocardiográfica, el CCD de ejercicio permitió identificar HP de esfuerzo en un porcentaje relevante de casos, tanto en aquellos con PECP negativa (36%) como positiva (60%).

Conclusiones: El cateterismo cardiaco derecho de ejercicio permite identificar alteraciones hemodinámicas no evidentes en reposo, facilitando el diagnóstico precoz de hipertensión pulmonar y su caracterización en fenotipos precapilar y poscapilar. Además, permite detectar hipertensión pulmonar de esfuerzo en pacientes con bajo riesgo ecocardiográfico, incluso con ergoespiometría negativa.

939/132. MÁS ALLÁ DE LA FEVI: LA VULNERABILIDAD FUNCIONAL DEFINE EL RIESGO EN EL SÍNDROME CARDIORRENAL AVANZADO

Pedro Fernández Martín¹, Marta González del Río², María Dolores Martínez Esteban³ y Daniel Gaitán Roman⁴

¹Cardiología, Hospital Universitario Regional de Málaga, Málaga.

²Nefrología, Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga.

³Unidad Cardiorrenal, Nefrología, Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga.

⁴Imagen Cardiaca, Unidad Cardiorrenal, Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga.

Introducción y objetivos: El síndrome cardiorrenal (SCR) en el contexto de enfermedad renal crónica (ERC) avanzada se asocia a elevada comorbilidad y riesgo de hospitalización. Aunque la optimización terapéutica puede mejorar la función ventricular izquierda, el impacto de la vulnerabilidad funcional sobre la evolución clínica sigue poco definido en la práctica nefrológica. El objetivo del trabajo es caracterizar el fenotipo clínico-funcional de pacientes con SCR y analizar la asociación entre sarcopenia, fragilidad y hospitalización, así como la evolución de función renal y ventricular a 12 meses.

Métodos: Cohorte prospectiva de 52 pacientes con SCR en seguimiento multidisciplinar. Se recogieron variables clínicas, función renal (creatinina, eGFR), biomarcadores de congestión, ecocardiografía (FEVI), bioimpedancia multifrecuencia y escalas funcionales (FRAIL, SARC-F, Barthel, MUST). Seguimiento medio: $16,8 \pm 10,7$ meses.

Resultados: Edad media $74,9 \pm 9,7$ años; 69,2% varones; 82,7% con comorbilidad alta. El eGFR basal fue $26,7 \pm 11,5$ ml/min/1,73m² y la FEVI basal $41,5 \pm 14\%$. La prevalencia de fragilidad fue 42,9% y de sarcopenia 34,6%. Se observaron diferencias basales por sexo en perfil clínico y composición corporal, incluyendo mayor IMC en mujeres y diferencias en parámetros de congestión por bioimpedancia, sin asociación significativa con eventos clínicos en esta cohorte. Durante el seguimiento, hasta el 60% requirió hospitalización; la mortalidad fue 7-8% y el 9,6% inició tratamiento renal sustitutivo. La función renal permaneció estable (eGFR $26,7 \pm 11,5$ vs. $25,7 \pm 10,2$ ml/min/1,73 m²; $p = 0,570$) y se observó mejoría significativa de la FEVI a los 12 meses ($41,5 \pm 14$ vs. $44,1 \pm 12,7\%$; $p = 0,006$). No se evidenciaron cambios significativos en sobrecarga hídrica ni biomarcadores. Los pacientes con sarcopenia presentaron mayor tasa de hospitalización frente a los no sarcopénicos (61 vs. 25%; $p = 0,034$).

Conclusiones: En pacientes con SCR y ERC avanzada, la optimización terapéutica se asocia a mejoría de la función ventricular izquierda y estabilidad de la función renal. Sin embargo, la presencia de sarcopenia identifica un subgrupo con mayor riesgo de hospitalización. La incorporación sistemática de la valoración funcional y de composición corporal en consultas nefrológicas podría complementar la evaluación cardiorrenal tradicional y facilitar estrategias multidisciplinares dirigidas a la vulnerabilidad sistémica.

939/133. VALOR DE LA PRUEBA DE ESFUERZO CARDIOPULMONAR EN LA PLANIFICACIÓN DEL CATETERISMO CARDIACO DERECHO DE EJERCICIO: LIMITACIONES EN EL DIAGNÓSTICO DE LA HIPERTENSIÓN PULMONAR DE ESFUERZO

Luca Grau Torrente¹, Julia Jiménez Ranchal¹, Diego González Iraheta¹, Eloísa Mariscal López¹, Javier González Vela², Natalia Marín Guerrero², Francisco Rivas Ruiz¹, Pedro Antonio Chinchurreta Capote¹, Francisco Ruiz Mateas¹ y Rafael Bravo Márques¹

¹Cardiología, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga.

²Enfermería, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga.

Introducción y objetivos: El cateterismo cardiaco derecho (CCD) de ejercicio es considerado el *gold standard* en el diagnóstico de la hipertensión pulmonar (HP) de esfuerzo. Hasta el momento actual, ninguna otra prueba diagnóstica ha demostrado ser suficientemente fiable a la hora de diagnosticar esta entidad. El objetivo de este estudio es determinar si la prueba de esfuerzo cardiopulmonar (PECP) es una prueba útil para el diagnóstico de la HP de esfuerzo.

Métodos: Estudio observacional analítico que incluyó pacientes remitidos para CCD con protocolo de ejercicio entre julio de 2023 y marzo de 2026. Todos los pacientes realizaron previamente una PECP. Se definió criterio diagnóstico positivo en la PECP como pendiente $VE/VCO_2 = 37,5$ y VO_2 en el primer umbral (VT_1) < 10 o $PetCO_2$ en $VT_1 < 34,7$. Se consideró diagnóstico de HP de esfuerzo en el CCD una pendiente presión arterial pulmonar media/gasto cardiaco (PAPm/GC) > 3 mmHg/l/min. Se analizó la validez diagnóstica de la PECP tomando como referencia el CCD de ejercicio. Asimismo, se evaluó la correlación entre la carga máxima alcanzada en la PECP y la carga alcanzada durante el CCD.

Resultados: Se incluyeron 49 pacientes (edad media 56 ± 15 años, 73,5% mujeres), de los cuales 46 completaron el CCD de ejercicio. El 53,1% cumplieron criterios diagnósticos de HP de esfuerzo en la PECP y el 45,6% en el CCD. La PECP mostró una capacidad diagnóstica limitada para la detección de HP de esfuerzo, con una sensibilidad del 63,6%, especificidad del 62,5%, valor predictivo positivo del 60,9% y valor predictivo negativo del 65,2% (índice de Youden 0,26). Se observó una alta correlación entre la carga máxima estimada a partir de la PECP (80% de la carga máxima) y la carga alcanzada durante el CCD de ejercicio (coeficiente de correlación intraclase 97,6%; $R^2 = 0,91$).

Conclusiones: La prueba de esfuerzo cardiopulmonar presenta una capacidad diagnóstica limitada para la detección de hipertensión pulmonar de esfuerzo, por lo que no permite sustituir al cateterismo cardiaco derecho de ejercicio. Sin embargo, muestra una excelente correlación con la carga alcanzada durante el estudio invasivo, lo que la convierte en una herramienta útil para la planificación del cateterismo de ejercicio.

939/134. AISLAMIENTO DE ZONAS DE CONDUCCIÓN LENTA COMO OBJETIVO PROCEDIMENTAL EN LA ABLACIÓN DE TAQUICARDIA VENTRICULAR GUIADA POR EVALUACIÓN MULTIMODAL DEL SUSTRATO

Carlos del Toro Esperón¹, Pablo Rojas Romero¹, Rosario Flaño Lombardo¹, Santiago Fernández-Gordón Sánchez¹, Lidia Roderó Barcos¹, Eduardo Arana Rueda², Manuel Frutos López², Juan Sánchez Brotons² y Juan Acosta Martínez²

¹Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

²Arritmias y Electrofisiología, Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción y objetivos: En los últimos años se han desarrollado técnicas de evaluación funcional del sustrato para delimitar posibles istmos de taquicardia ventricular (TV) relacionada con cicatriz. Estos enfoques representan un cambio de paradigma respecto a las estrategias convencionales basadas únicamente en electrogramas anormales locales (LAVA). No está claro si la ablación guiada solo por LAVA puede eliminar también regiones que requieren mapeo funcional, como el mapeo de activación tardía isocronal (ILAM), ni existe consenso sobre el punto final óptimo de la ablación guiada por análisis funcional del sustrato. Nuestro objetivo fue evaluar los resultados de la ablación de TV relacionada

con cicatriz guiada por análisis multimodal del sustrato, buscando el aislamiento completo de todas las zonas de conducción lenta (SCZ) identificadas.

Métodos: Se incluyeron pacientes consecutivos sometidos a ablación de sustrato de TV. Se realizó mapeo detallado usando extraestímulos dobles para identificar SCZ, definidas como regiones con LAVA y/o aglomeración isocronal (zonas de desaceleración, DZ). Se analizó la distribución de LAVA y su relación con DZ y los istmos de TV mapeados. El punto final del procedimiento fue el aislamiento completo de todas las SCZ, definido como eliminación de LAVA/DZ y pérdida de captura local.

Resultados: 36 pacientes (75% cardiopatía isquémica, 94,4% hombres, $61,8 \pm 13,1$ años, FEVI $33,9 \pm 13,5\%$) fueron sometidos a ablación de sustrato. Tras mapeo detallado (4.370 ± 982 puntos endocárdicos y 7.250 ± 1.325 epicárdicos) se identificaron 54 SCZ (mediana 2 [1-3] por paciente). Todas las SCZ (100%) se colocalizaron con LAVAs y 41 (75,9%) con DZ. Se mapearon 27 TV, de las cuales 25 (92,5%) se colocalizaron con SCZ. Tiempo medio de RF: 17,6 (12-24) min. Aislamiento completo de SCZ en 31 pacientes (86,1%; 96,2% isquémicos, 55,5% no isquémicos). El aislamiento incompleto fue predictor independiente de recurrencia de TV. A 13 $\pm$ 11 meses de seguimiento, supervivencia libre de TV: 72,2% (77,7% isquémicos, 55,5% no isquémicos); supervivencia global: 94,4%. En el análisis multivariante el aislamiento completo de SCZ predijo menor recurrencia de TV (HR 0,47; IC95% 0,21-0,94; $p = 0,035$).

Conclusiones: El análisis multimodal permite evaluar integralmente el sustrato arritmogénico al combinar electrogramas con mapeo funcional. El aislamiento completo de SCZ se asocia con mayor supervivencia libre de TV a largo plazo.

939/135. INFLUENCIA DEL TIEMPO DE EVOLUCIÓN EN EL DEL REMODELADO CARDIACO Y LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA. ESTUDIO ADVANCEPT-HF

Álvaro Roldán Guerra¹, María Diana Ladera Santos¹, Jesús Alberto Torres Zamudio¹, Ana Fernández Fernández¹, Martín Ruiz Ortiz¹, Lucas Javier Barreiro Mesa¹, Ángela Heredia Torres², Juan Manuel García Medina³, Juan Carlos Castillo Domínguez¹ y José López Aguilera¹

¹Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

²Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ³Enfermería de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: La evolución temporal de la insuficiencia cardiaca (IC) condiciona cambios adaptativos en la estructura cardiaca y la capacidad funcional. Este estudio compara las características basales, el remodelado ecocardiográfico y la capacidad funcional medida mediante ergoespirometría, entre pacientes con IC de novo e IC de larga evolución (> 5 años desde el diagnóstico).

Métodos: Estudio observacional retrospectivo, de 166 pacientes con IC [90 de novo (54,2%) y 76 de larga evolución (45,8%)]. En el momento de la evaluación, se recolectaron y compararon sistemáticamente variables clínicas, ecocardiográficas, analíticas, terapéuticas y ergoespirométricas, para determinar las diferencias entre ambos perfiles de IC.

Resultados: La IC de larga evolución se asoció significativamente con una mayor prevalencia de etiología isquémica (48,7 vs. 23,3%, $p = 0,001$), dislipemia y antecedentes de tabaquismo. Estos pacientes presentaron mayor remodelado estructural, con mayores volúmenes y diámetros ventriculares [VTDVI ($198,6 \pm 88,3$ vs. $159,6 \pm 47,4$ ml, $p = 0,001$) y DTDVI (65,6

$\pm 7,6$ vs. $60,3 \pm 7,6$ mm, $p < 0,001$], así como una mayor PSAP ($33,9 \pm 13,1$ vs. $25,5 \pm 8,4$ mmHg, $p = 0,010$). Respecto al tratamiento, el grupo de larga evolución mostró una mayor optimización terapéutica con ARM ($98,7$ vs. $86,7\%$, $p = 0,016$), iSGLT2 ($96,1$ vs. $81,1\%$, $p = 0,012$), IECA/ARA2/ARNI ($100,0$ vs. $94,4\%$; $p = 0,001$) e implante de dispositivos tipo DAI ($63,1$ vs. 0% , $p < 0,001$). En capacidad funcional, aunque el VO2pico absoluto fue similar, los pacientes con IC de larga evolución presentaron un menor VO2% predicho ($58,4 \pm 16,8$ vs. $67,4 \pm 21,4$, $p = 0,004$), menor tiempo de ejercicio hasta alcanzar RER máximo y menor eficiencia ventilatoria (OUES: $1,7 \pm 0,6$ vs. $1,9 \pm 0,6$, $p = 0,018$).

Conclusiones: Los pacientes con IC de larga evolución presentan mayor remodelado estructural y una afectación más pronunciada de la capacidad funcional relativa y la eficiencia ventilatoria que los pacientes de novo, a pesar de recibir un tratamiento médico y con dispositivos más optimizado.

939/136. LA EXPOSICIÓN INDIVIDUAL A CONTAMINACIÓN ATMOSFÉRICA SE ASOCIA CON UN PERFIL LIPÍDICO MÁS ATEROGÉNICO Y MAYOR RIESGO CARDIOVASCULAR RESIDUAL TRAS UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO: RESULTADOS DEL ESTUDIO ORACLE

José Ignacio Larrubia Valle¹, Arancha Díaz Expósito², Agustín Ezequiel Molinero², Alejandro Pérez-Cabeza², Clara Jiménez Rubio², María Jiménez Salva², Andrés Ortiz³, Jorge Rodríguez Capitán², Cristóbal A. Urbano Carrillo⁴ y Francesco Costa²

¹Cardiología, Hospital Universitario Regional de Málaga, Málaga; IBIMA Plataforma BIONAND (Instituto de Investigación biomédica de Málaga y Plataforma en Nanomedicina), CIBERCV (Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Cardiovasculares), Universidad de Málaga, Málaga. ²Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga; IBIMA Plataforma BIONAND (Instituto de Investigación Biomédica de Málaga y Plataforma en Nanomedicina), CIBERCV (Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Cardiovasculares), Universidad de Málaga, Málaga. ³IBIMA Plataforma BIONAND (Instituto de Investigación Biomédica de Málaga y Plataforma en Nanomedicina), CIBERCV (Centro de Investigación Biomédica en Red Enfermedades Cardiovasculares), Universidad de Málaga, Málaga. ⁴UGC Cardiología, Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga, IBIMA Plataforma BIONAND (Instituto de Investigación Biomédica de Málaga y Plataforma en Nanomedicina), Málaga.

Introducción y objetivos: La contaminación atmosférica es un factor de riesgo cardiovascular emergente, aunque su impacto sobre biomarcadores tras un síndrome coronario agudo (SCA) no está bien definido. Se analizó la asociación entre la exposición individual a contaminantes ambientales y biomarcadores lipídicos, inflamatorios y de daño miocárdico en pacientes con SCA de alto riesgo.

Métodos: Subestudio preespecificado del estudio ORACLE, prospectivo, observacional y multicéntrico, que incluyó pacientes con SCA de alto riesgo tras revascularización percutánea. La exposición a contaminantes (CO, SO₂, NH₃, NO, NO₂, O₃, PM_{2,5} y PM₁₀) se estimó de forma individual mediante datos geolocalizados obtenidos con la app ORACLE-MI. Se estratificó a los pacientes según el Air Quality Index (AQI) en dos grupos: buena calidad ($< 20\%$ de registros en AQI 3-5) y peor calidad ($= 20\%$), con reclasificación longitudinal. Se analizaron biomarcadores basales, a 4 y 8 meses. Se emplearon pruebas t de Student o χ^2 , correlaciones de Spearman y modelos de regresión ajustados.

Resultados: Se incluyeron 276 pacientes, sin diferencias basales entre grupos. El análisis correlacional mostró asociaciones significativas, débiles pero consistentes, entre exposición ambiental y perfil lipídico. El AQI se correlacionó positivamente con colesterol total ($\rho = 0,174$) y LDL ($\rho = 0,197$), con patrones concordantes para O₃ y SO₂, sugiriendo un perfil proaterogénico. A los 8 meses, los pacientes con mayor exposición presentaron incrementos significativos de LDL (55 vs. 48 mg/dl; $p = 0,02$), VLDL ($25,4$ vs. $19,6$ mg/dl; $p = 0,02$) y triglicéridos (127 vs. 98 mg/dl; $p = 0,04$), confirmando la persistencia del efecto en el tiempo. En los modelos multivariantes ajustados por edad, sexo y nivel socioeconómico, confirmaron la relación independiente entre el AQI y parámetros lipídicos, especialmente colesterol total ($\beta = 22,4$; $p = 0,03$) y HDL ($\beta = 9,1$; $p = 0,018$), con tendencia similar para LDL.

Conclusiones: La exposición individual a contaminación atmosférica se asocia de forma consistente con un perfil lipídico más aterogénico tras un SCA, sugiriendo un papel relevante en el riesgo cardiovascular residual. Este estudio aporta una de las primeras evidencias basadas en registros individualizados y de alta resolución temporal de exposición ambiental, y posiciona la contaminación atmosférica como un potencial factor modificable en la prevención secundaria del paciente coronario, con implicaciones clínicas y de salud pública.

939/137. EFICACIA DE SACUBITRILLO/VALSARTÁN EN MIOCARDIOPATÍA CHAGÁSICA: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS DE ESTUDIOS ALEATORIZADOS

Bianca Loredana Urs Vranau, Eva González Llamas, Soraya Muñoz Troyano, Rafael Ferrer López y Félix Valencia-Serrano

Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción y objetivos: La miocardiopatía chagásica (MCh) presenta una fisiopatología particular dominada por inflamación crónica, fibrosis y trastornos de la conducción. Su importancia en nuestro medio es creciente debido a los flujos migratorios. Aunque sacubitrilo/valsartán mejora el pronóstico de pacientes con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida en la población general, su beneficio clínico en pacientes con enfermedad de Chagas está por determinar. El objetivo es evaluar el impacto de sacubitrilo/valsartán en los resultados clínicos de pacientes con MCh mediante una revisión sistemática y metaanálisis de la literatura.

Métodos: Se realizó una búsqueda sistemática en PubMed, Embase y registros públicos de ensayos clínicos. Se incluyeron comparaciones aleatorizadas de ensayos clínicos dedicados y análisis de subgrupos. Se extrajeron el número de eventos y pacientes en riesgo, así como los hazard ratios (HR) y sus intervalos de confianza (IC) para mortalidad por todas las causas, mortalidad cardiovascular, hospitalización por insuficiencia cardíaca (HIC) y el desenlace compuesto de muerte cardiovascular u HIC. Las HR de cada desenlace se combinaron mediante un modelo de efectos aleatorios (DerSimonian-Laird) utilizando el método de varianza inversa. La heterogeneidad se evaluó mediante el estadístico I².

Resultados: Se identificaron tres ensayos clínicos que incluyeron 1.117 pacientes con MCh aleatorizados a sacubitrilo/valsartán o enalapril, registrándose 279 muertes, de las cuales 270 fueron de origen cardiovascular, 242 HIC y 376 primeros episodios del desenlace compuesto de muerte cardiovascular u HIC durante un seguimiento de 6 a 27 meses. En el análisis combinado no se observaron diferencias significativas en mortalidad por todas las causas (HR 0,99,

IC95% 0,78-1,25; I² 0%), mortalidad cardiovascular (HR 0,91, IC95% 0,69-1,21; I² 3,9%), HIC (HR 0,93, IC95% 0,72-1,20; I² 0%) ni en el desenlace compuesto de muerte cardiovascular u HIC (HR 0,93, IC95% 0,62-1,39; I² 37%) entre los pacientes asignados a sacubitrilo/valsartán en comparación con los asignados a enalapril.

Conclusiones: En la MCh no existe evidencia de que sacubitrilo/valsartán reduzca la mortalidad o insuficiencia cardiaca frente al enalapril. La evidencia disponible es limitada y se requieren estudios con potencia estadística adecuada diseñados específicamente para etiologías emergentes de insuficiencia cardiaca en nuestro medio.

939/138. IMPACTO DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA Y MANEJO ÓPTIMO CONTEMPORÁNEO

Álvaro Roldán Guerra¹, Martín Ruiz Ortiz¹, José López Aguilera¹, Lucas Javier Barreiro Mesa¹, Javier Herrera Flores¹, Ángela Heredia Torres², Juan Manuel García Medina³, María Dolores Mesa Rubio¹, Rafaela García Luque³ y Manuel Anguita Sánchez¹

¹Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

²Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ³Enfermería de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: La evidencia disponible apoya los programas de ejercicio supervisado por unidades de rehabilitación cardiaca (RHC) en pacientes con insuficiencia cardiaca y fracción de eyección reducida (IC-FER). Sin embargo, muchos estudios son anteriores al tratamiento médico óptimo actual y al uso de terapias de resincronización cardiaca (TRC). Por lo tanto, el papel de la RHC en pacientes con IC-FER tratados con las herramientas contemporáneas está por definir.

Métodos: Se incluyeron aquellos pacientes adultos con IC-FER de un hospital terciario andaluz en los que se realizó una ergoespirometría basal y a los 4 meses entre 2019 y 2023. El tratamiento médico fue optimizado y se indicó la TRC según el criterio del cardiólogo de referencia, así como la derivación a RHC. La variable principal fue la proporción de pacientes con mejoría clínicamente significativa en el consumo pico de oxígeno (VO₂ pico) entre la ergoespirometría inicial y la del seguimiento, definida como un aumento del VO₂ pico = 5 ml/kg/min, comparando el grupo de RHC con el resto de la serie. Se realizaron análisis univariantes y ajustes multivariantes por factores de confusión mediante modelos de regresión logística.

Resultados: 110 pacientes fueron analizados (edad media 63 años, 69% hombres). 45 pacientes (40,9%) fueron incluidos en el grupo de RHC, presentando mayor proporción de etiología isquémica (44 vs. 12%) y de IC-FER de novo (73 vs. 44%), menor uso de TRC al final del seguimiento (18 vs. 71%) y menor anchura del complejo QRS (mediana 110 vs. 156 ms) que los sujetos del resto de la serie ($p < 0,001$ en todas las comparaciones). El tratamiento médico óptimo fue ampliamente utilizado en ambos grupos sin diferencias. La proporción de individuos que presentaron mejoría clínica en el VO₂ pico fue similar en ambas cohortes (31 vs. 34%; $p = 0,721$), sin cambios tras ajuste de variables confusoras (OR 0,56, IC95% 0,22-1,43; $p = 0,224$). La diabetes mellitus (OR 0,18, IC95% 0,06-0,58; $p < 0,004$) y el VO₂ pico basal (OR 0,81, IC95% 0,72-0,91; $p < 0,0005$) se asociaron significativamente con la variable principal de manera inversa.

Conclusiones: En nuestra cohorte contemporánea de pacientes con IC-FER, la RHC no se asoció con mayor mejoría clínicamente significativa en VO₂ pico.

939/139. EFICACIA DEL BALÓN FARMACOACTIVO EN LESIONES CORONARIAS COMPLEJAS: RESULTADOS DEL VASO TRATADO EN PRÁCTICA REAL

José Andrés del Valle Montero¹, Carlos Perea Alfaro², Jose Carlos Villoria Martín², Francisco de Paula Trujillo Fernández² y Jessica Roa Garrido²

¹Medicina Familiar y Comunidad, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva. ²Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción y objetivos: El balón farmacoactivo (BFA) se ha consolidado como una alternativa terapéutica en el tratamiento de lesiones coronarias, especialmente en escenarios complejos como bifurcaciones, enfermedad difusa o reestenosis intrastent. Sin embargo, la evidencia en práctica clínica real, especialmente en pacientes con alta carga de comorbilidad y presentación aguda, sigue siendo limitada. El objetivo de este estudio fue evaluar la eficacia del BFA mediante el análisis de eventos del vaso tratado durante el seguimiento en una cohorte contemporánea.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo que incluyó 350 pacientes consecutivos sometidos a intervención coronaria con BFA en un centro terciario durante 2023. Se recogieron variables clínicas, angiográficas y procedimentales, incluyendo tipo de síndrome coronario, características de la lesión (*de novo*, bifurcación, trombo), tamaño del vaso y detalles técnicos del procedimiento (tipo de balón, diámetro, longitud y resultado angiográfico). El endpoint primario fue el fracaso del vaso tratado, definido como revascularización de la lesión (TLR) o trombosis durante el seguimiento clínico.

Resultados: La edad media de la muestra fue 65,8 años, 16,6% mujeres, con elevada prevalencia de HTA (76,7%), DM (40%) y enfermedad renal crónica (34%). El 78% de los procedimientos se realizaron en el contexto de síndrome coronario agudo, incluyendo un 29,8% de IAMCEST. Desde el punto de vista angiográfico, el 74,2% de las lesiones fueron *de novo*, con vaso predominantemente implicado ADA (64%), con afectación de bifurcación en el 16,9%, vaso pequeño 24,5% y largo 85%, con presencia de trombo en el 12,4%. El tratamiento se realizó predominantemente con BFA sequent (71,9%), diámetro medio de 2,9 mm y longitud de 25,3 mm, manteniendo relación balón/vaso adecuada (1:1 en el 94%). El resultado angiográfico fue favorable, con TIMI final medio de 2,8 y baja incidencia de *no-reflow* (1,4%). Durante el seguimiento, la tasa de TLR fue del 5,3% y la trombosis acumulada del 2% al año, con mayor incidencia durante el primer año de seguimiento (media 2,8 años).

Conclusiones: En conclusión, el BFA demuestra una elevada eficacia en el tratamiento de lesiones coronarias complejas, con baja tasa de eventos del vaso tratado. Estos resultados respaldan su uso en práctica clínica real, incluso en pacientes de alto riesgo.

939/140. BRECHA PERSISTENTE EN EL CONTROL DE LDL: PAPEL DE LA LIPOPROTEÍNA(A) EN REHABILITACIÓN CARDIACA

David Macías Ibiricu, Javier Azcona Sousa, Juan Manuel Aragón González, Jesús Pecci Sánchez, Carlos del Toro Esperón, Ernesto Ruiz Pereira, María Esperanza Donoso Muñoz, María Ronquillo Japón, Ana López Suárez y Rosa Fernández Olmo

Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción y objetivos: La Lp(a) elevada se asocia a enfermedad aterosclerótica prematura y riesgo residual persisten-

te. En pacientes con enfermedad aterosclerótica, el objetivo es alcanzar c-LDL < 55 mg/dl. Sin embargo, estudios han identificado que valores de Lp(a) elevada dificultan alcanzar metas de control lipídico. El objetivo fue analizar la asociación entre niveles de Lp(a) y el logro de objetivo de c-LDL tras rehabilitación cardiaca (RC).

Métodos: Estudio observacional de cohorte consecutiva de pacientes incluidos en un programa multidisciplinar de RC entre 2023 y 2024. La normalidad de las variables se analizó mediante pruebas de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk. Las comparaciones entre grupos con prueba U de Mann-Whitney. Se empleó regresión logística para identificar predictores independientes y se evaluó la capacidad discriminativa por curvas ROC. El análisis se realizó con el programa IBM SPSS Statistics 27.

Resultados: La edad media fue de 55 años. De 656 pacientes, 84% eran hombres y 70% disponían de determinación de Lp(a) y 63% alcanzaron el objetivo de c-LDL. La mediana de Lp(a) fue 28,1 mg/dl (p25 8,9 mg/dl - p75 66,9 mg/dl). Entre quienes alcanzaron objetivo, la mediana de Lp(a) fue de 20,9 mg/dl (p25 7,6 mg/dl - p75 53,7 mg/dl) y en quienes no, de 46,1 mg/dl (p25 15,2 mg/dl - p75 99,1 mg/dl). El análisis de regresión logística identificó la Lp(a) como predictor de difícil control (OR 1,007; IC95% 1,003-1,011; $p < 0,001$), con AUROC de 0,64. El mayor equilibrio entre sensibilidad y especificidad se obtuvo mediante el índice de Youden ($J = 0,241$), dando como punto de corte 41,8 mg/dl. Para este último, observamos un OR de 2,72 (IC95%: 1,83-4,04; $p < 0,001$) para la no consecución del objetivo.

Conclusiones: En pacientes con enfermedad aterosclerótica incluidos en RC, la Lp(a) elevada se asocia de forma independiente con menor probabilidad de alcanzar objetivo de c-LDL. Según nuestros datos, niveles de Lp(a) superiores a 41,8 mg/dl triplican prácticamente el riesgo de difícil control lipídico.

939/141. EXPERIENCIA DURANTE ONCE AÑOS EN UN CENTRO SIN CIRUGÍA CARDIACA EN REPARACIÓN MITRAL PERCUTÁNEA DE BORDE A BORDE MEDIANTE DISPOSITIVO MITRACLIP

Marina Fernández Aragón¹, Carmen Lluch Requerey², Elena Izaga Torralba¹ y Antonio Enrique Gómez Menchero¹

¹Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

²Hemodinámica, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción y objetivos: Una opción adecuada en pacientes de alto riesgo con IM grave es la reparación mitral percutánea transcáteter de borde a borde. Los datos de centros sin cirugía cardiaca son muy escasos. El objetivo es evaluar la seguridad de la M-TEER en vida real en un centro sin cirugía cardiaca.

Métodos: Registro unicéntrico prospectivo desde noviembre 2013-junio 2026 de implante de MitraClip en un centro sin cirugía cardiaca. Se incluyeron 74 pacientes consecutivos de alto riesgo con IM grave, no candidatos a reparación quirúrgica en los que se implantó MitraClip. Eventos fueron definidos de acuerdo con Consorcio de Investigación Académica de Válvula Mitral (MVARC).

Resultados: Edad media 76,3 ± 8 años, predominio mujeres (51%), HTA en 89%, DM2 54%, nefropatía avanzada 64%. Valoración de riesgo prequirúrgico EUROSCORE II medio 8,8 ± 12, STS Score medio 4,2 ± 2. Características por ETT previas al implante, FEVI preservada 51 ± 12%, AI dilatada 98% (de los cuales, gravemente 25%), predominio de IM crónica 90% (65 casos) con 40% de mecanismo funcional. Tasa de éxito del procedimiento 98%, no se pudo realizar el implante en 1 caso. 2 casos con complicaciones vasculares, solo 1 complicación mayor con hematoma retroperitoneal que no precisó inter-

vención. Sin complicaciones mayores intraprocedimiento. 4 casos de muerte periprocedimiento, 3 de origen CV cumpliendo el 100% de los mismos criterios de exclusión COAPT. En un seguimiento de 16 ± 23 meses, 30 muertes, 8 de causa CV, con mediana de días hasta la muerte 631. Los niveles de BNP disminuyeron tras el procedimiento, mediana pre de 3.933 pg/ml y post 2.744. IM significativa presente en el 100% al inicio, reduciéndose al 13% post. N° de ingresos por IC se redujo significativamente pasando de una mediana 1 ingreso/año a 0 ingresos/año. No diferencias significativas en supervivencia según cumplimiento criterios exclusión COAPT (log-rank $p = 0,65$), condicionado por bajo tamaño muestral y alta tasa eventos. Necesario un seguimiento prolongado para obtener conclusiones.

Conclusiones: En centros sin cirugía cardiaca, la reparación mitral con MitraClip es una opción factible, con una excelente tasa de éxito y muy baja tasa de complicaciones. Los criterios de exclusión COAPT asocian un peor pronóstico a corto plazo.

939/142. PERFIL DE SEGURIDAD Y COMPLICACIONES TRAS INTERVENCIÓN CORONARIA CON BALÓN FARMACOACTIVO EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL: EVENTOS NEUROLÓGICOS, HEMORRÁGICOS Y MORTALIDAD

José Andrés del Valle Montero, Carlos Perea Alfaro, Jose Carlos Villoria Martín, Francisco de Paula Trujillo Fernández y Jessica Roa Garrido

Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción y objetivos: El balón farmacoactivo (BFA) se ha consolidado como una alternativa terapéutica en el tratamiento de la enfermedad coronaria, especialmente en pacientes con elevada complejidad clínica y anatómica. Sin embargo, la evidencia sobre su perfil de seguridad en condiciones de práctica clínica real continúa siendo limitada. El objetivo de este estudio fue evaluar la incidencia de eventos adversos mayores, incluyendo complicaciones neurológicas, hemorrágicas y mortalidad, en una cohorte contemporánea de pacientes tratados con BFA.

Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo que incluyó 350 pacientes consecutivos sometidos a intervención coronaria con BFA en un centro de alto volumen durante 2023. Se llevó a cabo un seguimiento clínico sistemático para la recogida de eventos adversos mayores, incluyendo ictus, sangrado según clasificación BARC, mortalidad y rehospitalización cardiovascular.

Resultados: La cohorte presentó un perfil de alto riesgo, con un 78% de síndrome coronario agudo (29,8% IAMCEST), enfermedad multivascular en el 69,4%, diabetes en aproximadamente el 40% y enfermedad renal crónica en el 34%. La mayoría de los pacientes recibieron tratamiento antitrombótico intensivo, con doble antiagregación en el 92,6% y anticoagulación oral en el 11,6%. Durante el seguimiento, la incidencia de ictus fue del 1,9% ($n = 7$), con predominio de eventos isquémicos (1,1%, $n = 4$) frente a hemorrágicos (0,8%, $n = 3$). La tasa de sangrado total fue del 5,4% ($n = 19$), incluyendo un 3,4% de sangrados mayores (BARC = 3, $n = 12$) y un 2% de sangrados menores ($n = 7$). La mortalidad intrahospitalaria fue del 1,7% ($n = 6$), alcanzando una mortalidad global del 7,9% ($n = 28$) durante el seguimiento. La rehospitalización cardiovascular se produjo en el 16,7% de los pacientes ($n = 59$). A pesar de la elevada complejidad clínica y del uso extendido de terapias antitrombóticas, la incidencia global de complicaciones fue baja. Es especialmente relevante que la mayoría de los eventos de mortalidad y rehospitalización no estuvieron directamente relacionados con causas isquémicas del vaso tratado.

Conclusiones: El tratamiento con BFA en práctica clínica real presenta un perfil de seguridad favorable, con baja incidencia de eventos neurológicos y hemorrágicos. La morbimortalidad observada parece estar más condicionada por factores sistémicos que por complicaciones isquémicas, lo que respalda su uso seguro en pacientes con alta complejidad clínica.

939/143. PATIROMER Y CICLOSILICATO DE SODIO Y ZIRCONIO. EVALUACIÓN DE EFICACIA, SEGURIDAD Y TITULACIÓN DE FÁRMACOS PRONÓSTICOS EN PACIENTES CON IC Y ERC: ESTUDIO BICÉNTRICO EN LA VIDA REAL

José Andrés del Valle Montero¹,
Miriam Gordillo Sánchez Jurado¹, Carlos Palacios Castelló²
y Pedro Pájaro Merino¹

¹Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

²Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción y objetivos: La hiperpotasemia (HiperK) es una complicación frecuente en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) e insuficiencia cardiaca (IC), asociada a mayor riesgo de arritmias. Las resinas de intercambio iónico han sido el tratamiento clásico, aunque limitadas por su tolerancia y eficacia. Patiromer y ciclosilicato de sodio y zirconio (SZC) surgen como alternativas eficaces y mejor toleradas. El objetivo de este estudio es analizar su efectividad y seguridad, así como su impacto en la titulación de fármacos pronósticos en IC.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y bicéntrico que incluyó a pacientes en seguimiento por los ser-

vicios de Cardiología de los hospitales Juan Ramón Jiménez (Huelva) y Virgen del Rocío (Sevilla), en quienes se inició tratamiento con quelantes del potasio entre diciembre de 2021 y febrero de 2025. Se recogieron características basales, efectos adversos, eficacia en reducción de K⁺ y titulación de fármacos pronósticos de IC.

Resultados: Se incluyeron 93 pacientes tratado con quelantes del potasio. El 81,7% presentó ERC y el 66,7% IC. De ellos 40 habían recibido previamente resinas, suspendidas por efectos gastrointestinales (75%) o no alcanzar objetivos de K⁺ (25%). Antes del inicio del quelante, fue necesario suspender inhibidores del sistema renina-angiotensina-aldosterona (iSRAA) en el 17,3% de los casos y reducir la dosis en el 29,3% debido a hiperK. El potasio sérico medio al inicio del tratamiento fue de $5,91 \pm 0,55$ mmol/l, descendiendo a $5,14 \pm 0,63$ (1 semana) y $5,01 \pm 0,40$ al mes, sin observar diferencias significativas entre los ambos fármacos. Durante el seguimiento se logró mantener la prescripción de antagonistas del receptor de mineralocorticoides, observándose un aumento tanto en el número de pacientes tratados como en la dosis administrada. Se evidenció una evolución similar con los iSRAA. Solo en cinco casos fue necesario cambiar de fármaco: tres de patiromer a SZC por estreñimiento y dos de SZC a patiromer por edemas. Se registraron cinco fallecimientos, uno de ellos cardiovascular.

Conclusiones: En nuestra cohorte, el tratamiento con quelantes del K⁺ mostró un buen perfil de seguridad y eficacia en la reducción de K⁺, permitiendo persistencia y escalada de dosis de tratamiento pronóstico de IC. Estos datos apoyan el uso de patiromer y SZC como opciones seguras en pacientes con hiperK e IC y/o ERC.