



Congreso AsturGalaico de Cardiología
Ribadesella, Asturias, 19-20 de mayo de 2023

Congreso AsturGalaico de Cardiología

Ribadesella, Asturias, 19-20 de mayo de 2023

Junta Directiva de la Sociedad Asturiana de Cardiología

Presidente: Dr. José Manuel García Ruiz
Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón

Presidente electo: Dr. Isaac Pascual Calleja
Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo

Vicepresidente: Dr. Julio Casares Medrano
Centro Médico de Asturias, Oviedo

Secretario general: Dr. Sergio Hevia Nava
Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo

Tesorera: Dra. Rosario Cortina Rodríguez
Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón

Vocales: Dr. Pablo Avanzas Fernández
Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo

Dr. Jesús M. de la Hera Galarza
Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo

Dra. Oliva Concepción Fernández Cimadevila
Hospital Universitario San Agustín, Avilés

Dr. José Rozado Castaño
Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo

Dra. Beatriz Samaniego Lampón
Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón

Junta Directiva de la Sociedad Gallega de Cardiología

Presidente: **Dr. Javier García Seara**
Complexo Hospitalario Universitario Santiago de Compostela, A Coruña

Vicepresidente: **Dr. Eduardo Barge Caballero**
Complexo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña

Tesorero: **Dr. Rafael Vidal Pérez**
Complexo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña

Secretaria general: **Dra. Eva González Babarro**
Complexo Hospitalario Universitario Pontevedra, Pontevedra

Vocales: **Dra. Marisol Bravo Amaro**
Complexo Hospitalario Universitario Vigo, A Coruña

Dra. Ana Belén Cid Álvarez
Complexo Hospitalario Universitario Santiago de Compostela, A Coruña

Dra. Paula Gargallo Fernández
Complexo Hospitalario Universitario Pontevedra, Pontevedra

Dr. José Antonio Lombán Villanueva
Hospital Público da Mariña Burela, Lugo

Dra. Raquel Marzoa Rivas
Complexo Hospitalario Universitario Ferrol, A Coruña

Dr. Ramón Ríos Vázquez
Hospital Lucus Augusti, Lugo

Dr. Fernando Soto Loureiro
Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Ourense

Dr. María Vázquez Caamaño
Hospital San Rafael, A Coruña

Página web: **Dr. Emiliano Fernández-Obanza Windscheid**
Complexo Hospitalario Universitario Vigo, A Coruña

Redes sociales: **Dr. Rafael Vidal Pérez**
Complexo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña

Comité organizador

Presidente: **Dr. Julio Casares Medrano**
Centro Médico de Asturias, Oviedo

Vocales: **Dr. José Antonio Álvarez Tamargo**
Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo

Dr. Pablo Avanzas Fernández
Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo

Dra. Oliva Concepción Fernández Cimadevila
Hospital Universitario San Agustín, Avilés

Dr. José Manuel García Ruíz
Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón

Dr. Sergio Hevia Nava
Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo

Dr. José Rozado Castaño
Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo

Comité científico

Presidente: **Dr. Isaac Pascual Calleja**
Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo

Vocales: **Dr. Eduardo Barge Caballero Caballero**
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña

Dra. Rosario Cortina Rodríguez
Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón

Dr. Jesús M. de la Hera Galarza
Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo

Dr. José Manuel García Ruíz
Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón

Dr. Javier García Seara
Complejo Hospitalario Universitario Santiago de Compostela, A Coruña

Dr. Ramón Ríos Vázquez
Hospital Lucus Augusti, Lugo

Dra. Beatriz Samaniego Lampón
Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón

Dr. Fernando Soto Loureiro
Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Ourense

Dr. José Miguel Vegas Valle
Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón

Dr. Rafael Vidal Pérez
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña

Comité enfermería

Francisco Javier García Aranda

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo

Angela Herrero Valea

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo

Pablo Mouriño Pereiro

Complexo Hospitalario Universitario Santiago de Compostela, A Coruña

Carmen Neiro Rey

Complexo Hospitalario Universitario Santiago de Compostela, A Coruña

Cristina M^a Riveiro Rodríguez

Complexo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña

Eva M^a Suárez Fontaíña

Complexo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña

Ricardo Vicente Chao

Complexo Hospitalario Universitario Vigo, A Coruña

Eliseo Viña Fernández

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo

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

REC: CardioClinics

www.reccardioclinics.org

Congreso AsturGalaico de Cardiología

Ribadesella, Asturias, 19-20 de mayo de 2023

ORAL: MEDICINA

01 REPARACIÓN MITRAL TRANSCATÉTER:
¿CÓMO SON NUESTROS PACIENTES?

Beatriz Nieves Ureña¹, Antonio Adeba García²,
Alberto Alperi García¹, Víctor León Argüero¹, Iria Silva Conde¹,
Pablo Avanzas Fernández¹, César Moris de la Tassa¹,
María Fernández García¹, Alberto Alén Andrés¹
e Isaac Pascual Calleja¹

¹Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Central Asturias, Oviedo, Asturias. ²Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, Asturias.

Introducción y objetivos: En la actualidad, la reparación mitral transcáteter (RMT) con el dispositivo Mitraclip® se ha convertido en una alternativa terapéutica para aquellos pacientes que presentan insuficiencia mitral (IM) severa y sintomática que, por su elevado riesgo quirúrgico, no son susceptibles de reparación quirúrgica. El objetivo de este estudio es describir la experiencia, características y evolución de las RMT tras 200 pacientes.

Tabla 1	
	Sí (%)
Tabaco (fumadores + exfumadores)	46,4
Hipertensión arterial	75,4
Dislipemia	55,8
Diabetes	37,2
Enfermedad renal crónica	50,3
Ictus previo	13,1
Enfermedad arterial periférica	14,6
EPOC	26,1
Intervencionismo coronario percutáneo	30,7
Derivación (bypass) aortocoronaria	14,1
Fibrilación auricular	65,8
Marcapasos	8,5
Desfibrilador	18,1
Terapia de resincronización cardiaca	9,5

Métodos: Estudio observacional y descriptivo en 200 pacientes tratados mediante RMT entre 2015 y 2023 en el Hospital

Universitario Central de Asturias (HUCA). Se recogen variables clínicas, analíticas y ecocardiográficas previamente al procedimiento y de forma sistematizada a lo largo del seguimiento.

Tabla 2

	Media	Desviación estándar (±)
Fracción de eyección del ventrículo izquierdo (%)	46,7	14,8
Diámetro telediastólico del ventrículo izquierdo (mm)	57,9	11
Volumen telediastólico del ventrículo izquierdo (ml)	138,1	58,00
TAPSE (mm)	18,7	4,5
PSAP (mmHg)	45,9	13,3
ORE (cm ²)	0,4	0,1
Volumen de regurgitación de IM (ml)	58,4	19,6

Resultados: De los 200 pacientes, el 63,37% eran varones, con una edad media de 75,1 años. La distribución de los distintos factores de riesgo y antecedentes se muestran en la tabla 1. Respecto a la clase funcional, previamente a la intervención el 88,4% se encontraba mínimo en clase III, mientras que a los 6 meses, el 81,8% se encontraba en una clase menor o igual a II de la NYHA. En cuanto a los datos de la ecocardiografía basal, la etiología de la IM era funcional en un 68,5%, orgánica en un 15,7% y mixta en un 15,7%. El grado de IM era de III en un 17,7%, y de IV en un 81,8% de los casos, siendo posteriormente al procedimiento menor o igual a II en un 89,4% y a los 6 meses menor o igual a II en un 82%. El resto de los datos ecocardiográficos se recogen en la tabla 2. Excluyendo los 27 procedimientos realizados de manera emergente, el éxito del procedimiento fue de un 93%, con una mortalidad intrahospitalaria del 0%. Dentro de estos 25 procedimientos, la tasa de éxito fue del 90%, con una tasa de mortalidad intrahospitalaria del 1% (2 pacientes). Respecto a las complicaciones, en ambos grupos encontramos una tasa del 0,5% de complicaciones mayores (según criterios MVARC).

Conclusiones: En nuestra experiencia, la RMT con Mitraclip® ha presentado una alta tasa de éxito, con una tasa baja de complicaciones. Además, la mayoría de los pacientes han presentado una buena evolución clínica durante el primer año de seguimiento, siendo el alto volumen de casos un factor trascendental para obtener dichos resultados.

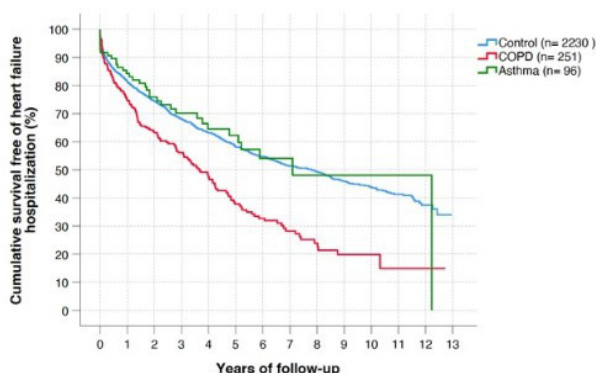
02 IMPLICACIONES PRONÓSTICAS DE LA PATOLOGÍA BRONCOPULMONAR CRÓNICA EN PACIENTES AMBULATORIOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA

Eduardo Barge Caballero¹, Jorge Sieira Hermida¹, Gonzalo Barge Caballero¹, David Couto Mallón¹, María J. Paniagua-Martín¹, Pedro J. Marcos-Rodríguez², Daniel Enríquez-Vázquez¹, Javier Muñiz García³, José Manuel Vázquez Rodríguez¹ y María Crespo Leiro¹

¹Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña. ²Servicio de Neumología. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña. ³Universidad da Coruña, Grupo de Investigación Cardiovascular, Departamento de Ciencias de la Salud e Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC), A Coruña, CIBERCV.

Introducción y objetivos: La patología broncopulmonar es frecuente en pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) y puede tener repercusión pronóstica. Nuestro objetivo fue estudiar el impacto de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y el asma bronquial sobre el pronóstico a largo plazo de pacientes con IC.

Métodos: Analizamos el pronóstico de 2.577 pacientes ambulatorios con IC remitidos a una clínica monográfica entre enero de 2010 y junio de 2022. Evaluamos la asociación existente entre la presencia de un diagnóstico previo de EPOC (n = 251, 7,9%) o asma (n = 96, 3,7%) y la supervivencia global y la supervivencia libre de ingreso por IC durante el seguimiento a largo plazo, mediante los métodos de Kaplan-Meier y Cox. El seguimiento finalizó en diciembre de 2022.



Resultados: Los pacientes con EPOC eran mayores y presentaban una mayor prevalencia de ingreso previo por IC, arteriopatía periférica y disfunción renal que los pacientes con asma o sin enfermedad broncopulmonar. Tanto los pacientes con EPOC como los pacientes con asma presentaban peor clase funcional y un menor uso de betabloqueantes que los pacientes sin enfermedad broncopulmonar. En el análisis multivariante, la EPOC, pero no el asma, se asoció a una menor supervivencia global (*hazard ratio* [HR] ajustado EPOC frente a control: 1,53; intervalo de confianza del 95% [IC95%], 1,23-1,90; HR ajustado asma frente a control: 0,81; IC95%, 0,50-1,33) y a una menor supervivencia libre de ingreso por IC (HR ajustado EPOC frente a control: 1,48; IC95% 1,23-1,78; HR ajustado asma frente a control: 0,89; IC95%, 0,63-1,27) que los pacientes sin patología broncopulmonar. La figura 1 muestra las curvas de supervivencia libre de ingreso por IC en pacientes con EPOC,

asma o sin patología broncopulmonar. La IC y la muerte súbita fueron las causas más frecuentes de muerte en los 3 grupos a estudio.

Conclusiones: Nuestro estudio muestra que la EPOC, pero no el asma, es un factor pronóstico independiente adverso en pacientes con IC.

03 ANÁLISIS DESCRIPTIVO SOBRE OCLUSIONES CRÓNICAS TOTALES EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Juan Francisco Ortiz de Zárate Pulido¹, Antonio Adebá García², José Luis Betanzos Arredondo¹, Raquel Flores Belinchón¹, María Salgado Barquinerio¹, Cristina Helguera Amezuza¹, Alfonso Cachero Bermúdez¹, César Moris de la Tassa¹, Pablo Avanzas Fernández¹ e Isaac Pascual Calleja¹

¹Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias. ²Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, Asturias.

Introducción y objetivos: El objetivo principal es analizar los resultados de pacientes con oclusión crónica total (OCT) de arterias coronarias, revascularizados o con intento de revascularización. Se realiza un estudio descriptivo de pacientes tratados en el último año en nuestro centro.

Métodos: Cohorte observacional de pacientes con OCT revascularizados o con intento de revascularización en un hospital terciario durante el año 2022. Se recogieron diversas variables: comorbilidades, variables propias de la lesión y variables periprocedimiento.

Resultados: Se dispone de un número 33. Media de edad de 65 ± 9,6 años, la mayoría varones (82%). Con respecto a las comorbilidades, la mayoría presentaban HTA (67%) y dislipemia (70%), así como cardiopatía isquémica ya conocida (67%), de los cuales hasta un 59% presentaban intervencionismo previo. Creatinina sérica media de 0,93 ± 0,21 mg/dl. Si nos fijamos en las variables de la lesión, la arteria más frecuentemente afectada fue la coronaria derecha, en un 52% de los pacientes. El 58% de las lesiones presentaban borde romo, el 52% calcificación severa y el Rentrop más frecuentemente observado era grado 2 (48%). OCT score más frecuente 3 (55%). Longitud media de las lesiones de 30 ± 15 mm. Solo un 9% de los pacientes presentaron un intento previo de tratamiento a una lesión con OCT. Sobre variables periprocedimiento, lo más frecuente fue el abordaje anterógrado en un 91% de los pacientes, con inyección dual en un 55%. Existe una equidad en cuanto a accesos utilizados (39% radial, 30% femoral y 30% con ambos accesos). La media de tiempo de escopia es de 38 ± 27 min, con una radiación media de 4,8 ± 2,9 Gy y un volumen medio de contraste de 226 ± 92 ml. Se utilizó microcatéter en el 88% de los procedimientos, IVUS en un 9%, balón farmacoactivo en un 36% y se implantó stents farmacoactivos en un total de 30 pacientes (91%). Finalmente, la tasa de éxito fue del 97% (32 pacientes en total), sin complicaciones periprocedimiento reseñables.

Conclusiones: La conclusión principal es que, a pesar de la heterogeneidad propia de un paciente coronario, los pacientes con OCT presentan ciertas características predominantes. Con respecto al propio procedimiento, se observa una tasa de éxito durante el último año del 97%, lo cual refuerza la idea de que este tipo de revascularización percutánea, si bien compleja y con una curva de aprendizaje difícil, si se realiza en centros con experiencia, presenta unos resultados excelentes.

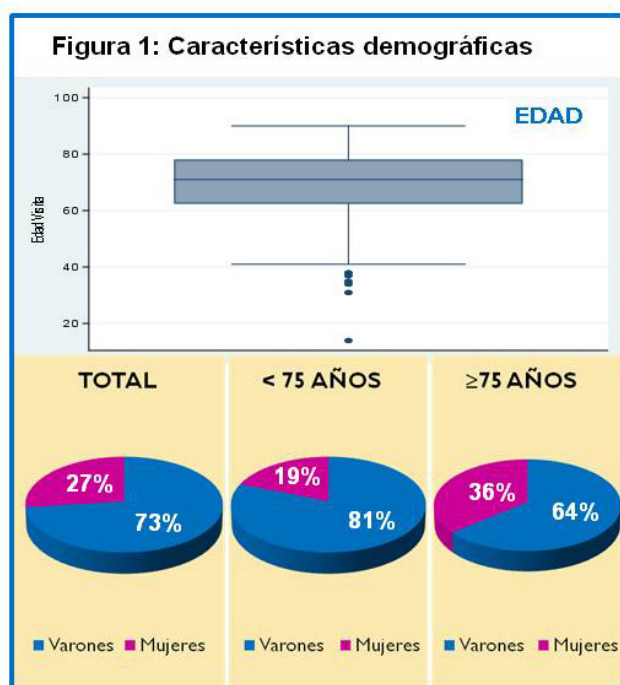
PÓSTER: MEDICINA

04 PACIENTE MAYOR CON INSUFICIENCIA CARDIACA Y FRACCIÓN DE EYECCIÓN DEPRIMIDA, ¿REALMENTE DIFERENTE AL PACIENTE JOVEN?

Berta Vega Hernández¹, María Vigil-Escalera Díaz², Asela Villafañe González¹, Tatiana Gallego Acuña¹, Sofía Sánchez Fernández¹, Belén Soler Jambrina¹, Víctor Gómez Carrillo¹, Álvaro Martínez Laga¹, Javier Santamaría del Tío¹ y Enrique Ríos Gómez¹

¹Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, Asturias. ²Servicio de Cardiología, Hospital Universitario San Agustín, Avilés, Asturias.

Introducción y objetivos: Los pacientes mayores de 75 años están infrarrepresentados en ensayos clínicos en insuficiencia cardiaca (IC). Asimismo, son seguidos generalmente en unidades de IC no dependientes del servicio de cardiología. Con la intención de estudiar diferencias entre ancianos y adultos más jóvenes, analizamos los pacientes incluidos en una unidad especializada en IC vinculada a cardiología.



Métodos: La Unidad de Insuficiencia Cardiaca de nuestro hospital se nutre de pacientes con fracción de eyección deprimida (FEVI) independientemente de la clase funcional y la edad. Recogemos datos de los pacientes evaluados durante 10 meses. Analizamos las características demográficas, clínicas, y el manejo, dividiendo a los pacientes en 2 grupos según la edad (punto de corte: 75 años). Las variables categóricas se analizan con la prueba de chi-cuadrado y la FEVI con la t de Student de datos apareados, asumiendo normalidad. Se considera diferencia significativa $p < 0,05$.

Resultados: Desde junio de 2022 hasta marzo de 2023, 387 pacientes han sido evaluados en nuestra unidad. La edad media es 69,7 años (DE ± 11), y 149 pacientes (38% del total) tienen 75 años o más (fig. 1). El consumo de tabaco es el factor de riesgo cardiovascular más frecuente en el grupo < 75 años y la hipertensión en el grupo ≥ 75 años, con diferencias significativas en-

tre los grupos de edad. La diabetes y la dislipemia representan un porcentaje similar, sin diferencias entre grupos (fig. 2). La etiología más frecuente de disfunción ventricular es la isquémica en ambos grupos (35% en grupo < 75 años, 34% en grupo ≥ 75 años). El número de resonancias y cateterismo realizados, así como implante de DAI (desfibrilador automático implantable) y TRC (terapia de resincronización cardiaca) se muestra en la figura 3. La FEVI inicial era del 30% en el grupo de pacientes jóvenes, y del 32% en el de mayores. Se objetiva recuperación de FEVI en el 37% de los pacientes, sin diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos de edad ($p = 0,32$).

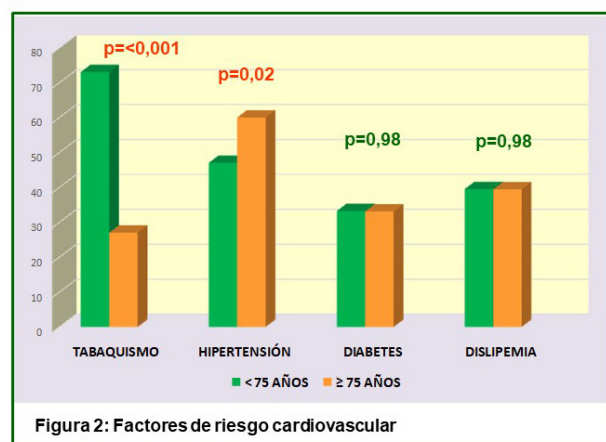
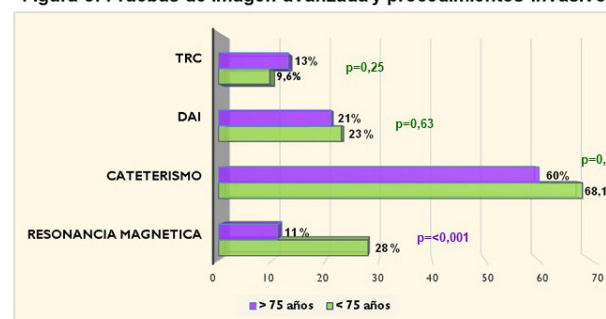


Figura 3: Pruebas de imagen avanzada y procedimientos invasivos



TRC: Terapia de resincronización cardiaca. DAI: Desfibrilador automático implantable

Conclusiones: Pese a presentar características clínicas diferentes, la realización de procedimientos invasivos no se ve alterada por la edad de los pacientes. El manejo guiado por guías de práctica clínica y no por edad, favorece una mejoría de la fracción de eyección. La edad por sí misma no debería ser una limitación para incluir a pacientes en programas de IC y realizar manejo según recomendaciones de sociedades científicas.

05 ¿AFECTA LA EDAD AL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA Y FRACCIÓN DE EYECCIÓN DEPRIMIDA?

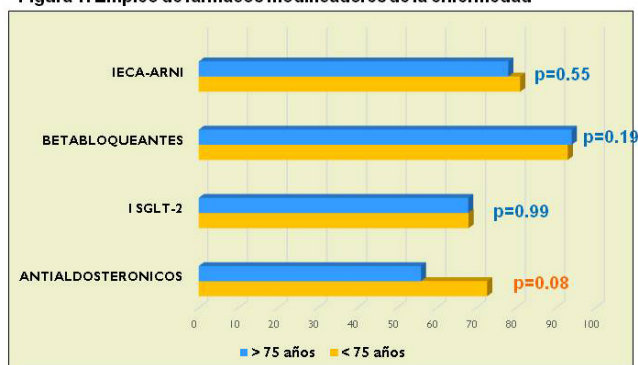
Berta Vega Hernández¹, María Vigil-Escalera Díaz², Antonio Adeba García¹, Asela Villafañe González¹, Tatiana Gallego Acuña¹, Sofía Sánchez Fernández¹, Belén Soler Jambrina¹, Víctor Gómez Carrillo¹, Enrique Ríos Gómez¹ y Daniel Morena Salas¹

¹Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, Asturias. ²Servicio de Cardiología, Hospital Universitario San Agustín, Avilés, Asturias.

Introducción y objetivos: Pese a que las recomendaciones de manejo de pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) no difieren por edad, los condicionantes inherentes en pacientes añosos hacen que no siempre se realice el esfuerzo de tratamiento. Con la intención de estudiar diferencias en el manejo entre ancianos y adultos más jóvenes con IC, analizamos los pacientes incluidos en una unidad especializada en insuficiencia cardiaca.

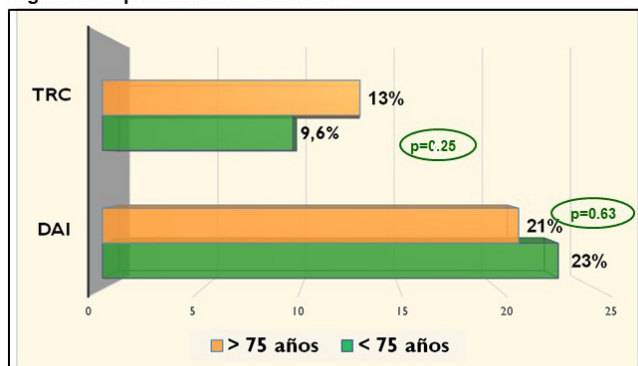
Métodos: La Unidad de Insuficiencia Cardiaca de nuestro hospital está vinculada a cardiología. Se nutre de pacientes con fracción de eyección deprimida independientemente de la clase funcional y la edad. Recogemos datos de los pacientes evaluados en los últimos 10 meses, y analizamos las características clínicas y el manejo de los pacientes según la edad (haciendo un corte a los 75 años). Se trató a todos los pacientes con un protocolo acorde con las guías internacionales de práctica clínica.

Figura 1: Empleo de fármacos modificadores de la enfermedad



IECA: Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina. ARNI: Inhibidor del receptor de angiotensina-neprilisa. ISGLT2: Inhibidor del cotransportador sodio-glucosa tipo 2.

Figura 2: Dispositivos intracardíacos



TRC: Terapia de resincronización cardiaca. DAI: Desfibrilador automático implantable

Resultados: De los 374 pacientes evaluados en nuestra unidad desde junio de 2022 hasta marzo de 2023, 149 (38% del total) tenían 75 años o más. En el periodo de seguimiento descrito se logra optimizar el tratamiento al 66% de los pacientes. La figura 1 muestra los porcentajes de tratamiento recibidos por los pacientes según la edad. Los betabloqueantes son el tratamiento más extendido independientemente de la edad. Los antialdosterónicos son los fármacos menos prescritos en pacientes añosos, limitado principalmente por la hiperpotasemia. No existen diferencias significativas en el empleo de los otros 3 grupos farmacológicos en función de la edad. El empleo de los 4 fármacos con indicación IA por beneficio pronóstico es del 45%. La optimización de 3 fármacos del 60%, relevante en los estudios recientes de IC, ocurre en nuestro caso en el 57%. El número de fármacos es menor en grupo ≥ 75

años respecto al < 75 (el 65 frente al 45%; $p = 0,001$). El implante de DAI (desfibrilador automático implantable) y TRC (terapia de resincronización cardiaca) es similar en ambos grupos, como se aprecia en la figura 2.

Conclusiones: En nuestra serie, el tratamiento de IC con fracción de eyección reducida se pudo implementar independientemente de la edad, sin diferencias entre el empleo de inhibidores del sistema renina-angiotensina, betabloqueantes e ISGLT2 (inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2). El empleo de antialdosterónicos es dificultoso en pacientes añosos. La edad, por sí misma, no debería ser limitación para optimizar el tratamiento con beneficio pronóstico en IC.

06 IMPLANTE DE MARCAPASOS SIN ESCOPIA CON SISTEMA DE MAPEO ELECTROANATÓMICO CARTO 3. DEFINICIÓN DE PROTOCOLO. EXPERIENCIA DE UN CENTRO

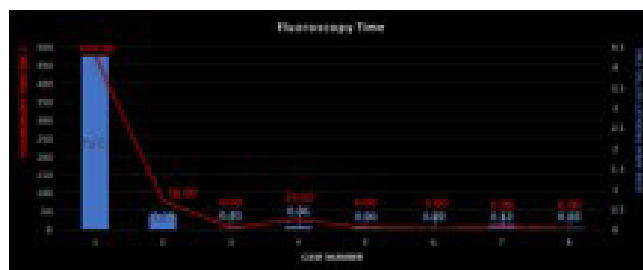
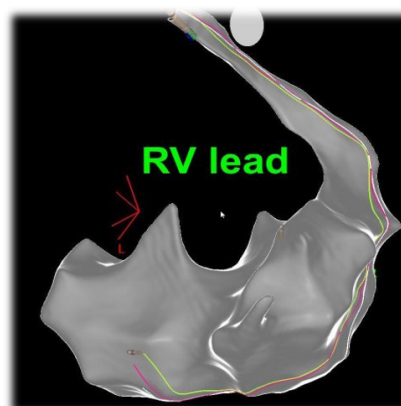
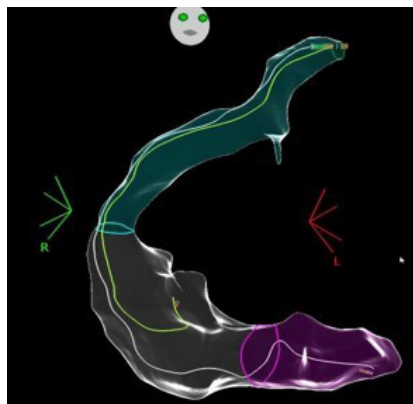
Jorge Armesto Rivas, Juliana Elices Teja, Gonzalo de Urbano Seara, Alejandro Manuel López Pena y Carlos González Juanatey

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo.

Introducción y objetivos: Los sistemas de mapeo electroanatómico tridimensionales (EAM) reducen la exposición a la fluoroscopia durante los procedimientos de ablación. El objetivo de este estudio es evaluar la seguridad y la viabilidad de realizar implantes de marcapasos con el sistema EAM de forma rutinaria (sin fluoroscopia), y redactar un protocolo técnico para llevar a cabo estos implantes.

Métodos: Ocho pacientes no seleccionados con indicación de marcapasos derivados a la Unidad de Electrofisiología de nuestro centro se sometieron a implante de marcapasos bicausal con el sistema EAM Carto 3 (Biosense Webster, Irvine, CA, EE. UU.). Todos los implantes fueron llevados a cabo por el mismo operador y, en todos los casos, se empleó el mismo modelo de cable. Todas las dificultades que surgieron durante los implantes se resolvieron aplicando las acciones contenidas en el protocolo descrito a continuación. Primero: creación de 3 mapas anatómicos con Carto 3: acceso venoso, aurícula y ventrículo derechos. Anotar el final del introductor. Segundo: para la colocación del cable del ventrículo derecho, conectar el cable del marcapasos al sistema Carto 3 como un catéter externo. Colocar el cable del ventrículo derecho, fijarlo y realizar mediciones. Tercero: fusionar los 3 mapas con la herramienta *anatomical merge*. Cuarto: utilizando la herramienta *design line*, dibujar una línea desde la punta del cable hasta el final del introductor siguiendo la trayectoria esperada del cable en su posición correcta. Medir esa distancia. Calcular (restar) el electrodo teóricamente restante. Quinto: con una regla, medir la porción del electrodo que queda fuera del introductor. Sexto: reposicionar el electrodo, si es necesario. Séptimo: repetir el mismo procedimiento para el electrodo auricular y completar el procedimiento de implante. Finalmente, verificar la posición de los cables con fluoroscopia (opcional) (figuras 1 a 5).

Resultados: Ocho pacientes recibieron un marcapasos bicausal, el 75% hombres, con una edad media de $82,88 \pm 4,97$ años. La indicación más frecuente fue por bloqueo auriculo-ventricular (75%). El implante se realizó a través del acceso a la vena cefálica (37,5%) o del acceso a la vena subclavia (50%). El tiempo medio del procedimiento (de piel a piel) fue de 94 ± 15 min. No hubo complicaciones relacionadas con el implante ni fue necesario reemplazar el cable.



unos pocos procedimientos. El protocolo desarrollado facilita el procedimiento de implante.

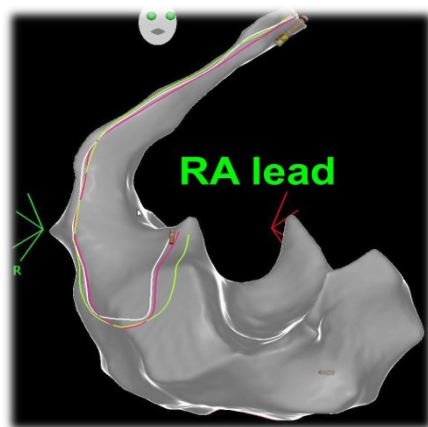
07 RIESGO RESIDUAL TRAS SÍNDROME CORONARIO AGUDO: LIPOPROTEÍNA A ELEVADA

Carmen Díaz González¹, Juan Rondán Murillo², Teresa Ballarín Audina¹, Carla Martínez González¹, Pablo Tuyá de Manuel¹, Andrea García Sampedro¹, María Riestra Fernández³ y Beatriz Samaniego Lampón²

¹Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, Asturias. ²Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, Asturias. ³Servicio de Endocrinología, Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, Asturias.

Introducción y objetivos: El riesgo residual puede definirse como el riesgo de eventos cardiovasculares que persiste a pesar del control de los factores de riesgo cardiovascular clásicos con las medidas terapéuticas habituales. Aunque se alcancen niveles óptimos de cLDL (colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad), hay biomarcadores potenciales del riesgo cardiovascular residual como el colesterol no HDL, la ApoB, el colesterol remanente (CR) y la lipoproteína (a) [Lp(a)]. Existen estudios que han demostrado que los niveles elevados de Lp(a) se correlacionan con mayor riesgo de eventos cardiovasculares. Nuestro objetivo fue describir los parámetros lipídicos relacionados con el riesgo residual en pacientes con Lp(a) elevada y síndrome coronario agudo (SCA), mediante el análisis del perfil lipídico tras la instauración de tratamiento.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico. Incluimos 50 pacientes con ingreso por SCA en el servicio de cardiología y valores de Lp(a) altos en tratamiento hipolipemiante intensivo con LDL objetivo < 55 mg/dl. Consideramos elevados los valores de Lp(a) > 75 nmol/l. Se recogieron datos demográficos, epidemiológicos y analíticos. Analizamos parámetros lipídicos aterogénicos como el CR (colesterol total –



Conclusiones: La implantación de marcapasos con Carto 3 es segura y fiable. La curva de aprendizaje no es pronunciada y el operador debería tener suficiente confianza después de

cHDL – cLDL), colesterol no HDL (colesterol total – cHDL) y el cociente triglicéridos (TG)/HDL. Las variables cuantitativas se expresan como media ($\pm$ DE) y las variables cualitativas como porcentaje. El programa utilizado para el análisis estadístico fue IBM SPSS.

Resultados: La edad media fue de 64 ± 8 años y el 76% eran hombres. Respecto a los factores de riesgo cardiovascular: obesidad 10%, hipertensión arterial 48%, diabetes mellitus 16%, tabaquismo activo 32% y dislipemia 64%. Presentaban antecedentes de cardiopatía isquémica previa el 44%, vasculopatía periférica el 6% e ictus el 4%. En cuanto a los resultados analíticos, el valor medio de Lp(a) fue de 291 ± 169 nmol/l (mediana 249), colesterol total 133 ± 28 mg/dl, HDL 44 ± 13 mg/dl, LDL 66 ± 22 mg/dl y TG 120 ± 53 mg/dl. El 74% (37 pacientes) presentaron un CR < 30 mg/dl (22 ± 17 mg/dl), el 52% (26 pacientes) un colesterol no HDL < 85 mg/dl (89 ± 24 mg/dl) y el 31% (19 pacientes) un cociente TG/HDL < 2 ($3 \pm 1,7$).

Conclusiones: Los pacientes con SCA con una Lp(a) elevada tras instaurar tratamiento hipolipemiente presentan un perfil de alto riesgo en otros parámetros lipídicos aterogénicos que determinan el riesgo residual: CR, colesterol no HDL y cociente TG/HDL.

08 PERFIL CLÍNICO Y EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CON LIPOPROTEÍNA (A) ELEVADA Y SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Carmen Díaz González¹, Juan Rondán Murillo², Teresa Ballarín Audina¹, Carla Martínez González¹, Pablo Tuya de Manuel¹, Andrea García Sampedor¹, María Riestra Fernández² y Beatriz Samaniego Lampón²

¹Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, Asturias. ²Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, Asturias. ³Servicio de Endocrinología, Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, Asturias.

Introducción y objetivos: En los últimos años se han investigado nuevos factores de riesgo de aterosclerosis. La lipoproteína (a) [Lp(a)], que se diferencia de la lipoproteína de baja densidad (LDL) por una molécula adicional de Apo A, tiene efectos proinflamatorios, proaterogénicos y protrombóticos. Varios estudios han demostrado que los niveles elevados de Lp(a) se correlacionan con mayor riesgo de eventos cardiovasculares, principalmente en pacientes no diabéticos. Nuestro objetivo fue determinar las características de los pacientes con Lp(a) elevada y síndrome coronario agudo (SCA): severidad de la enfermedad coronaria, presencia de factores de riesgo cardiovascular clásicos y perfil lipídico tras instaurar tratamiento.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico. Incluimos 50 pacientes con ingreso por SCA y valores de Lp(a) altos. Consideramos elevados los valores de Lp(a) > 75 nmol/l. Se recogieron datos demográficos, epidemiológicos y analíticos. Las variables cuantitativas se expresan como media ($\pm$ DE) y las variables cualitativas como porcentaje. El programa utilizado para el análisis estadístico fue IBM SPSS.

Resultados: La edad media fue de 64 ± 8 años, predominando los varones (76%). Respecto a los episodios cardiovasculares previos, el 44% estaba diagnosticado de cardiopatía isquémica, el 4% de ictus y el 6% de arteriopatía periférica. La prevalencia de hipertensión arterial fue del 48%, diabetes mellitus 16%, obesidad 10%, tabaquismo activo 32% y dislipemia 64%. El motivo de ingreso fue SCA con elevación del segmento ST (SCA-EST) en el 14% y sin elevación del segmento ST (SCA-SEST) en el 86%. En el cateterismo presentaron enfermedad

coronaria de 1 vaso un 34%, de 2 vasos un 34% y de TCI/3 vasos un 32%. En cuanto a los resultados analíticos, el valor medio de Lp(a) fue de 291 ± 169 nmol/l (mediana 240), con la siguiente distribución: el 34% entre 75 y 200, el 44% entre 200 y 400 y el 22% por encima de 400 nmol/l. Los valores de colesterol total fueron 133 ± 28 mg/dl, de HDL 44 ± 13 mg/dl, de LDL 66 ± 22 mg/dl y de TG 120 ± 53 mg/dl. Un 30% de los pacientes presentaron LDL < 55 , y un 72% < 70 .

Conclusiones: Dos de cada 3 pacientes con SCA y Lp(a) elevada presentaron enfermedad coronaria multivaso. La edad de presentación fue menor de lo habitual y más de la mitad ya tenía antecedente de enfermedad cardiovascular. La prevalencia de diabetes resultó baja, reforzando la relación inversa entre Lp(a) y diabetes. Tras el inicio de terapia hipolipemiente intensiva, tan solo un 30% alcanzó LDL < 55 mg/dl.

09 COHORTE DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE STEINERT: CARACTERIZACIÓN DE SU AFECTACIÓN CARDIACA

Alberto Alén Andrés¹, María Salgado Barquinero¹, Andrea Aparicio Gavilanes¹, Beatriz Nieves Ureña¹, María Fernández García¹, Marina Simal Antuña², Pablo Avanzas Fernández¹, José Manuel Rubín López¹, German Moris de la Tassa¹ y Rebeca Lorca Gutiérrez¹

¹Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias. ²Servicio de Neurología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias.

Introducción y objetivos: La distrofia miotónica tipo 1 o enfermedad de Steinert es la forma más frecuente de distrofia muscular en el adulto, con una prevalencia de 1 de cada 8.000 personas. Se debe a una expansión del triplete CTG en el gen DMPK en la región 3' no codificante localizada en el cromosoma 19q13.3, asociando manifestaciones clínicas cuando se presentan más de 39 repeticiones. La herencia es autosómica dominante y presenta fenómeno de anticipación. Un importante porcentaje de pacientes tienen afectación cardiaca, que constituye la segunda causa de muerte en este grupo. El objetivo fue analizar las características de la afectación cardiaca, lo cual resulta interesante para extraer conclusiones y generalizar el manejo de estos pacientes, que aún no está estandarizado.

Métodos: Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo de la cohorte de pacientes con distrofia miotónica tipo 1 de nuestro centro en seguimiento por la Unidad de Cardiopatías Familiares.

Resultados: Se analizaron 21 pacientes con diagnóstico de distrofia miotónica tipo 1 de nuestro centro. La media de seguimiento fue de 11 años desde el diagnóstico, con un fallecido por causa no cardiológica. La edad media fue de 53,1 años, el 66,7% fueron hombres. El 42,9% presentó síntomas al diagnóstico, los restantes se diagnosticaron en contexto de estudio familiar. En cuanto a las alteraciones de la conducción, el 57,4% presentó un intervalo PR > 200 ms y el 38,1% un QRS > 120 ms, de los cuales el 62,5% presentaba morfología de BRI, mientras que el resto presentaba retrasos inespecíficos de la conducción. Solamente 1 paciente presentó síncope durante el seguimiento. En cuanto a la función ventricular, solo 2 tenían una FEVI no preservada y 3 patrón de disfunción diastólica. Sobre las alteraciones del ritmo, 2 presentaron FA a lo largo del seguimiento. Ninguno presentó alteraciones relevantes en el Holter. Se implantó 1 desfibrilador automático implantable (DAI) y 3 marcapasos. No se encontró relación entre la alteración de la conducción o la necesidad de implantación de marcapasos con el número de tripletes ni el valor pico de creatinina durante el seguimiento.

Conclusiones: Los datos de nuestro centro son similares a los registrados en otras series. Las recomendaciones de implante de marcapasos y DAI se basan en recomendaciones de expertos, por lo que son necesarias series más amplias que permitan extraer conclusiones y estandarizar el manejo de estos pacientes en todos los centros.

10 VALORACIÓN PRECOZ TRAS EL ALTA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA Y FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA. EXPERIENCIA INICIAL EN UNA CONSULTA ESPECIALIZADA

Juan Francisco Ortiz de Zárate Pulido¹, Antonio Adeba García², Vanesa Alonso Fernández¹, Raquel Flores Belinchón¹, María Salgado Barquinero¹, Cristina Helguera Amezuza¹, Alfonso Cachero Bermúdez¹, Beatriz Nieves Ureña¹, María Fernández García¹, Alberto Alen Andrés¹ y Beatriz Díaz Molina¹.

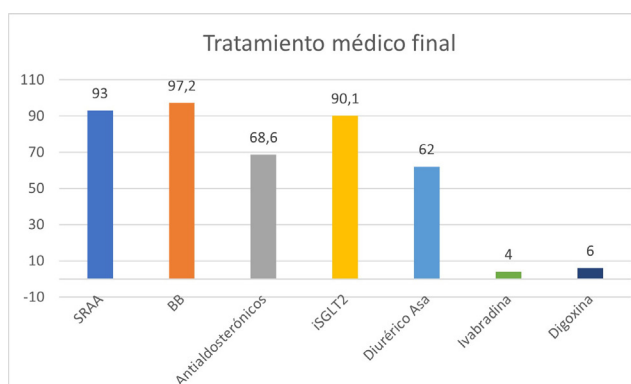
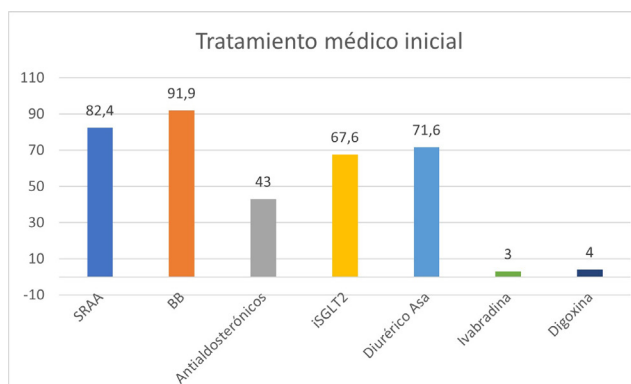
¹Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias. ²Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, Asturias.

Introducción y objetivos: El objetivo principal es analizar los resultados de una consulta de valoración precoz tras el alta (período más vulnerable) en pacientes con insuficiencia cardíaca y fracción de eyección reducida (ICFER). Valoramos la optimización del tratamiento médico, así como otros parámetros secundarios (principalmente, cambios en valores medidos por ecocardiografía).

Métodos: Cohorte observacional de pacientes con ICFER remitidos, mayoritariamente, tras el primer ingreso hospitalario en un hospital de tercer nivel. Se recogieron diversas variables: edad, sexo, comorbilidades, etiología de la disfunción ventricular, así como tratamiento, analítica y ecocardiograma tanto al momento del alta como posteriormente.

Resultados: Se analizaron 74 pacientes (74% varones), con una media de edad de 67 ± 9 años. La mayoría (68%) son remitidos desde un primer ingreso hospitalario por IC. Como principales comorbilidades destacan HTA (66%) y dislipemia (51%). La FEVI promedio es del $31 \pm 8\%$, con un volumen telediastólico del ventrículo izquierdo (VTDVI) medio de 158 ± 60 ml. Lo más frecuente en la primera consulta era una clase funcional NYHA II (55%). La mayoría de los pacientes requirió entre 2 y 4 consultas ($3,80 \pm 1,89$) para completar el seguimiento. Fijándonos en el tratamiento médico previo a la consulta, el 82% estaba ya en tratamiento con inhibidores del sistema renina-angiotensina-aldosterona (iSRAA), el 92% con betabloqueantes (BB), el 43% con antagonistas del receptor mineralocorticoideo (ARM), el 68% con inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) y un 72% con diuréticos de asa (fig. 1). Tras finalizar el seguimiento, se observa un incremento en el uso de todos los fármacos pronósticos: iSRAA 93% (principalmente ARNI [inhibidores de la neprilisina y del receptor de angiotensina] con un 65%), BB 97%, ARM 69%, 90% iSGLT2; se pudo reducir el uso de diuréticos de asa a un 62% (fig. 2). Vemos además mejoría significativa de la FEVI de un 14% (FEVI al finalizar el seguimiento $44 \pm 2\%$; $p < 0,001$) y del VTDVI final con una disminución de 39 ml (131 ± 9 ml; $p = 0,0019$). Con respecto a los eventos durante el seguimiento, se produjo una muerte (1,4% del total), y 10 reingresos por nuevo episodio de IC (14% del total), los cuales podrían ser candidatos para iniciar terapia con vericigat.

Conclusiones: La conclusión principal es que realizar una evaluación precoz en pacientes con ICFER tras el alta (momento de mayor vulnerabilidad) permite una adecuada optimización del tratamiento médico, lo que a su vez conlleva mejorías en diferentes parámetros ecocardiográficos (como la FEVI) y en una menor tasa de reingresos hospitalarios.



11 ¿CUÁL ES EL PERFIL CLÍNICO DE LOS PACIENTES REMITIDOS A UNA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA?

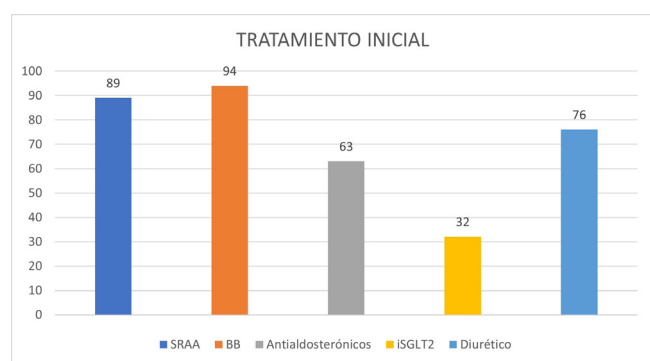
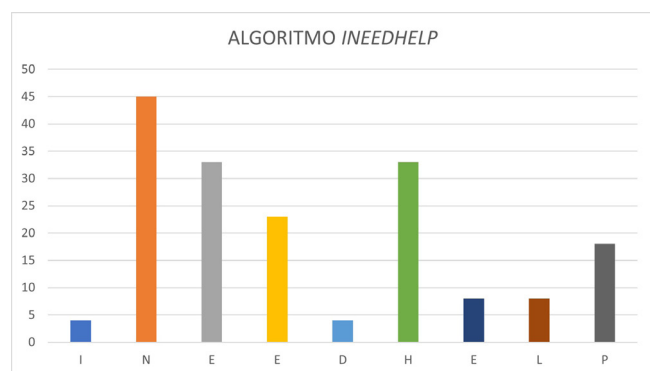
Raquel Flores Belinchón¹, Vanesa Alonso Fernández¹, Antonio Adeba García², Juan Francisco Ortiz de Zárate Pulido¹, María Salgado Barquinero¹, Alfonso Cachero Bermúdez¹, Cristina Helguera Amezuza¹, Beatriz Nieves Ureña¹, Alberto Alen Andrés¹ y Beatriz Díaz Molina¹

¹Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias. ²Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, Asturias.

Introducción y objetivos: La insuficiencia cardíaca avanzada (ICA) es la fase evolutiva más grave de múltiples cardiopatías, considerada como la persistencia de los síntomas a pesar del tratamiento máximo tolerado. La elevada complejidad de estos pacientes hace necesaria su evaluación en unidades especializadas para completar estudios diagnósticos y valorar opciones terapéuticas adicionales. Determinar el perfil clínico, la etiología subyacente, así como las pruebas complementarias realizadas a los pacientes remitidos a la unidad de ICA.

Métodos: Análisis observacional y retrospectivo de los pacientes remitidos a la unidad de ICA de un centro de tercer nivel, referencia para 1 millón de habitantes, entre enero y diciembre de 2021. Se recogieron variables demográficas, antecedentes personales y pruebas cardiológicas complementarias previas a la valoración. Se realizó seguimiento clínico mediante la historia clínica digital.

Resultados: Se incluyeron 82 pacientes. La edad media es $60,1 \pm 9,9$ años, siendo el 83% varones. 36 pacientes (44%) padecían HTA, 26 (32%) diabetes, 39 (48%) dislipemia y 60 (73%) tenían antecedentes de tabaquismo. El 48% de los pacientes derivados procedían del mismo centro terciario, el 19% de un centro secundario con unidad especializada de IC y el 33% restante de hospitales de primer nivel. La mayoría (56%) fueron remitidos desde consultas externas. En cuanto al diagnóstico etiológico previo, 36 pacientes (44%) presentaban miocardiopatía dilatada (MCD) isquémica y 46 (56%) no isquémica. Dentro del algoritmo INEEDHELP (fig. 1), el motivo más frecuente de derivación fue la mala clase funcional (55%) seguido de ingreso en los 12 meses previos por insuficiencia cardíaca (40%) y la afectación renal o hepática secundaria a la cardiopatía (39%). La FEVI promedio es $31,5 \pm 9,88\%$. Dentro de los estudios etiológicos previos, a 67 pacientes (82%) se les había realizado una coronariografía, que objetivó enfermedad coronaria significativa en el 41,1%. Además, el 35% disponía de resonancia magnética cardíaca, 9% de TC de arterias coronarias, el 17% de pruebas de detección de isquemia y 11 pacientes (13%) de estudio genético. En cuanto al tratamiento médico previo (fig. 2), 73 pacientes (89%) recibían bloqueo del SRAA, 77 (94%) betabloqueantes, 52 (63%) antialdosterónicos, 26 (32%) iSGLT2 y 62 (76%) diuréticos.



Conclusiones: Los pacientes derivados a consulta especializada de ICA son predominantemente jóvenes, con importantes factores de riesgo cardiovascular, siendo el motivo de derivación más frecuente la mala clase funcional. Dentro de los estudios etiológicos previos, la coronariografía es la prueba complementaria más frecuentemente realizada, aunque la mayoría de los pacientes remitidos presentaban MCD no isquémica.

12 ASOCIACIÓN ENTRE CICLOFILINAS Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA

Gonzalo De Urbano Seara, Alejandro Manuel López Pena, Jorge Armesto Rivas, Jeremías Bayón Lorenzo, Ramón Ríos Vázquez, Tania Seoane García, Melisa Santás Álvarez, Rosa Alba Abellás Sequeiros, Raymundo Ocaranza Sánchez y Carlos González Juanatey

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo.

Introducción y objetivos: Las ciclofilinas son una familia de proteínas que actúan como chaperonas y desempeñan un papel importante en la transducción de señales. Las ciclofilinas A, B, C y D se han asociado ampliamente con la inflamación y las enfermedades cardiovasculares. En concreto, las ciclofilinas A y C se han propuesto como biomarcadores de enfermedad arterial coronaria, sin embargo, se sabe menos sobre su relación con los factores de riesgo cardiovascular. El objetivo de este estudio fue investigar la relación entre las ciclofilinas A, B, C y D y los factores de riesgo cardiovascular en los pacientes con enfermedad arterial coronaria, para poder comprender mejor esta enfermedad y predecir eventos importantes.

Métodos: En el estudio se incluyeron un total de 167 sujetos (118 casos con enfermedad arterial coronaria y 49 voluntarios sanos de control), subdivididos según la presencia de factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, diabetes, dislipemia, tabaquismo y sexo masculino), de los que se midieron los niveles séricos de ciclofilinas A, B, C y D.

Resultados: El estudio reveló que la ciclofilina A y C se encontraban elevadas en pacientes con enfermedad arterial coronaria independientemente de la presencia de factores de riesgo cardiovascular. A mayores, la ciclofilina B estaba aumentada en pacientes varones con hipertensión, diabetes tipo 2 o niveles altos de glucosa. Además, las ciclofilinas A, B y C se correlacionaron significativamente con los factores de riesgo cardiovascular (FRCV), pero solo la ciclofilina B se asoció con la diabetes tipo 2. El análisis multivariante reforzó el valor predictivo para la presencia de enfermedad arterial coronaria de la ciclofilina A ($> 8,2$ ng/ml) y de la ciclofilina C ($> 17,5$ pg/ml) junto con los FRCV, tabaquismo, hipertensión, dislipemia y niveles elevados de glucosa y colesterol. A mayores, el riesgo de enfermedad arterial coronaria aumentó en presencia de niveles de ciclofilina B por encima de $63,26$ pg/ml en pacientes masculinos con hipertensión o dislipemia asociada.

Conclusiones: Sobre la base de los resultados del estudio, los niveles séricos de ciclofilinas A y C se refuerzan como biomarcadores útiles de enfermedad arterial coronaria en la población general. Además, la ciclofilina B surge como un nuevo biomarcador valioso de enfermedad arterial coronaria cuando los pacientes varones también sufren hipertensión o dislipemia.

13 PAPEL DE LA CICLOFILINA C EN LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA, ¿UN NUEVO BIOMARCADOR?

Alejandro Manuel López Pena, Gonzalo De Urbano Seara, Jorge Armesto Rivas, Jeremías Bayón Lorenzo, Tania Seoane García, Ramón Ríos Vázquez, Melisa Santás Álvarez, Rosa Alba Sequeiros, Raymundo Ocaranza Sánchez y Carlos González Juanatey

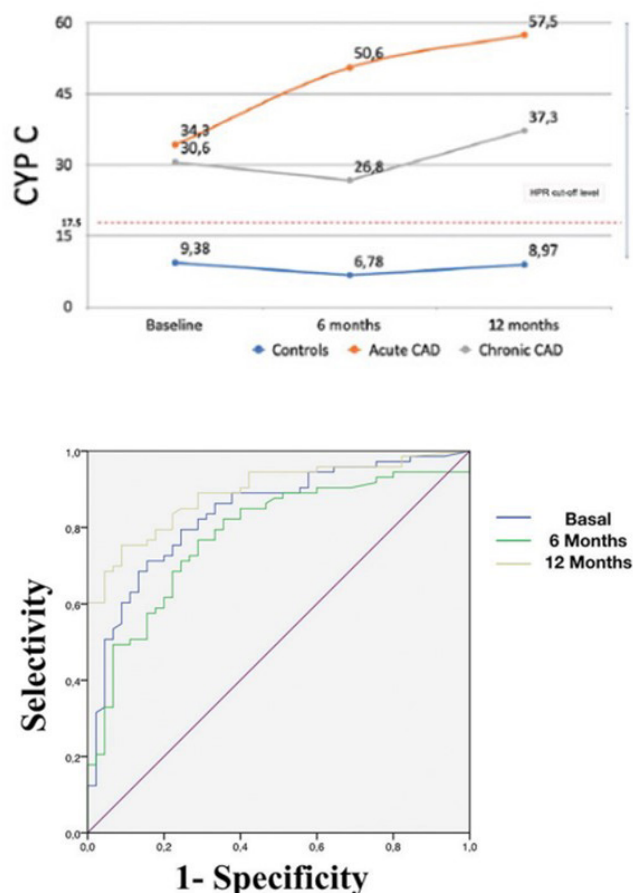
Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo.

Introducción y objetivos: Los factores de riesgo cardiovascular tradicionales y un gran número de biomarcadores

se han asociado con el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad arterial coronaria (EAC). La ciclofilina C (CypC) es una subfamilia de inmunofilinas que modula la activación de los macrófagos y la homeostasis redox. El objetivo de este estudio es investigar el potencial papel diagnóstico y los cambios en los niveles séricos de CypC y su relación con eventos cardiovasculares a los 12 meses de seguimiento en pacientes con EAC ya diagnosticada mediante coronariografía.

Métodos: En el estudio se incluyen a 125 sujetos: 40 pacientes con EAC aguda, 40 pacientes con EAC crónica y 45 voluntarios de control. Se analizaron los niveles séricos de CypC al inicio, a los 6 y a los 12 meses para comprender mejor su comportamiento en la aterosclerosis coronaria. A mayores, se analizaron múltiples marcadores ya consolidados: troponina, NT-proBNP, protenina C reactiva de alta sensibilidad (hsCRP), interleucinas, etc.

Resultados: El estudio demostró un aumento gradual de los niveles séricos de CypC en pacientes con EAC: $30,63 \pm 3,77$ pg/ml al inicio del estudio; $38,70 \pm 6,41$ pg/ml a los 6 meses ($p = 0,25$) y $47,27 \pm 5,65$ pg/ml a los 12 meses ($p = 0,007$) (fig. 1). Además, los niveles séricos de CypC durante el seguimiento fueron un predictor significativo de EAC (estadística c 0,76 a los 6 meses y 0,89 a los 12 meses) (fig. 2). Además, los niveles séricos de hsPCR $> 2,3$ mg/l más NT-proBNP > 300 pg/ml juntos fueron predictores significativos de eventos cardiovasculares durante el seguimiento de pacientes con EAC y niveles de CypC $> 17,5$ pg/mL ($p = 0,048$).



Conclusiones: Los resultados sugieren que los niveles séricos de CypC aumentan durante el seguimiento de pacientes

con EAC. Además, podría ser un nuevo biomarcador con un posible valor pronóstico en combinación con hsCRP y NT-proBNP.

14 PERFIL CLÍNICO DEL PACIENTE QUE INGRESA POR INSUFICIENCIA CARDIACA: IMPORTANCIA DE PRESENTAR UN INGRESO POR ICC DESCOMPENSADA EN PACIENTES CON DISFUNCIÓN VENTRICULAR

David Ledesma Oloriz, Daniel García Iglesias, Rodrigo Fernández Asensio, Javier Martínez Díaz, Andrea Aparicio Gavilanes, Javier Cuevas Pérez, Yvan Persia Paulino, Santiago Colunga Blanco, José Rozado Castaño y José Manuel Rubín López

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias.

Introducción y objetivos: Presentar un ingreso por insuficiencia cardiaca (IC) se relaciona con un peor pronóstico de la enfermedad, con mayor mortalidad y tasa de reingresos posterior. Sería útil identificar el perfil de los pacientes con algún tipo de miocardiopatía que presentan un mayor riesgo de ingreso por IC.

Métodos: Análisis descriptivo de una serie de pacientes obtenida a partir de un registro de implantes (en prevención primaria y secundaria) y recambios de DAI (desfibrilador automático implantable), tanto monocamerales como tricamerales, en pacientes con alguna miocardiopatía (excluyéndose los pacientes con canalopatías) entre el 1 de enero de 2020 y el 31 de diciembre de 2021. Se recogió la FEVI así como la etiología de la cardiopatía. Posteriormente se revisaba la historia clínica para ver si habían presentado un ingreso por IC desde el implante hasta el 31 de noviembre de 2022.

Resultados: Muestra de 316 pacientes. Respecto a la etiología de la miocardiopatía, 156 (49%) pacientes tenían etiología isquémica, 141 (45%) no isquémica y 19 (6%) miocardiopatía hipertrófica. Respecto a la FEVI, 174 (55,6%) tenían disfunción severa, 75 (23,7%) disfunción moderada, 19 (6%) disfunción leve y 48 (15,14%) sin disfunción. Media de seguimiento de $632,9 \pm 13,25$ días. Total, 66 ingresos por IC, que se produjeron en 42 (13,3%) de los 316 pacientes, por tanto hubo 24 reingresos en total. De los 42 pacientes que ingresaron, 30 (71,4%) tenían disfunción severa, 8 (19%) disfunción moderada y 4 (10%) disfunción leve. Respecto a la etiología, el 73% eran isquémicos, el 23,5% no isquémicos y el 3,5% miocardiopatía hipertrófica. Respecto a los reingresos, 9 (22,5%) de los 42 pacientes presentaron al menos un reingreso por IC (68% disfunción severa y 32% disfunción moderada). De los pacientes que reingresaron, 6 (66,6%) tenían etiología isquémica y 3 (33,3%) no isquémica; 4 de esos 9 tuvieron al menos 2 reingresos. El 100% de los reingresos se produjo en nuestra serie en los 6 meses previos al ingreso anterior. En nuestra serie, tanto en los ingresos como en los reingresos, en términos absolutos, el porcentaje mayor de los pacientes tenían disfunción severa y etiología isquémica. Esto podría permitir identificar pacientes de mayor riesgo que podrían beneficiarse de un seguimiento más estrecho en el periodo vulnerable que sigue a un ingreso por IC.

Conclusiones: El porcentaje de pacientes con etiología isquémica y con disfunción severa fue más alto tanto en los pacientes que ingresaban como en los que reingresaban por IC descompensada. En nuestra serie, el 100% de estos ingresos ocurrieron en los primeros 6 meses tras el primer episodio.

15 PACIENTES AMBULATORIOS DE ALTO Y MUY ALTO RIESGO VASCULAR. LA EPIDEMIA OCULTA

Fernando Soto Loureiro¹, Javier González Caramés², Mario Gutiérrez Feijoo³, Inmaculada González Bermúdez⁴, Francisco Javier Merelles Otero¹, Manuel García García¹, Samuel Antonio Véliz Tapia¹, María Asunción González Cid¹, Eva María Muñoz Blanco³ y Fernando Soto Loureiro¹

¹Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Ourense. ²Departamento de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Santiago de Compostela, A Coruña. ³Unidad de Cuidados intensivos, Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, Pontevedra.

Introducción y objetivos: Las recientes actualizaciones de las guías de práctica clínica de dislipemia y prevención cardiovascular modificaron los objetivos de tratamiento en pacientes de alto y muy alto riesgo. Nuestro objetivo es conocer si el control "oculto" ambulatorio se aproxima a las recomendaciones actuales.

Métodos: Seleccionamos de forma aleatoria a pacientes en seguimiento, en consulta, aplicando los scores recomendados en las guías de práctica clínica o por antecedentes patológicos (básicamente eventos aterotrombóticos o evidencia de lesión de órgano diana).

Resultados: Seleccionamos y revisamos 427 pacientes, entre agosto de 2020 y marzo de 2023. Edad: $68,6 \pm 10,5$ años; eran mujeres 108 (25,35%). FRCV (factores de riesgo cardiovascular): eran hipertensos 68,54 pacientes (73,7%); alteraciones de metabolismo, glucosa 191 (44,8%); insuficiencia renal 101 (23,7%); habían presentado SCA (síndrome coronario agudo) 269 (63,1%); accidente vasculocerebral 78 (18,3 %); arteriopatía periférica 83 (19,48%). Habían presentado ICC 133 (31,29%). Se documentó macroangiopatía en 341 (80%). Microangiopatía en 101 (23,76%). El estudio de índice tobillo-brazo y carótidas es testimonial en la muestra. La media de score 1 año antes de la consulta en pacientes sin lesión orgánica era de $5,5 \pm 3,7$ y en el momento de la consulta $5,5 \pm 4,4$. El colesterol total actual fue de $179,6 \pm 42,8$ frente a $181,1 \pm 42$ el año anterior; el valor de LDL (lipoproteínas de baja densidad) actual $101,9 \pm 35,2$ frente a $104,7 \pm 36,6$ anterior. Completamos la evaluación de riesgo con un nivel de HbA1 actual de $4,5 \pm 2,9$ frente a $4,4 \pm 2,9$ el anterior. Creatinina actual media de $1,1 \pm 0,7$ frente a $1,0 \pm 0,43$. Mientras que lo relativo a la TFG actual era de $71,2 \pm 19,9$ frente a $73,6 \pm 18,9$ el año anterior. Las estatinas de alta potencia, en el momento de la consulta las recibían 327 pacientes (76,7%) frente a 134 (32,21) 1 año antes. El porcentaje de pacientes que reciben IPCSK9 aumentó del 0,2 al 2,9%. Presentaron recurrencia precoz del mismo evento isquémico 15 pacientes (3,54%) y diferente 9 (2,12 %).

Conclusiones: Aplicando los criterios actualizados de riesgo vascular, puede existir un porcentaje próximo al 20% de pacientes de alto o muy alto riesgo vascular, con niveles inadecuados de LDL a su perfil. No obstante, existe una tendencia a una mejor optimización de los tratamientos acorde a ese perfil de riesgo, con un probable impacto a largo plazo en el pronóstico.

¹Centro de Saúde O Portadego, Culleredo, A Coruña. ²Centro de Saúde Casa do Mar de A Coruña, A Coruña. ³Centro de Saúde Elviña-Mesoio, A Coruña. ⁴Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de A Coruña, A Coruña. ⁵Centro de Saúde O Temple, Cambre, A Coruña. ⁶Centro de Saúde de Arteixo, Arteixo, A Coruña. ⁷Centro de Saúde Os Mallos, A Coruña. ⁸Centro de Saúde San José, A Coruña.

Introducción y objetivos: La insuficiencia cardiaca (IC) es una enfermedad crónica y degenerativa en la que el corazón es incapaz de bombear la sangre suficiente. Tiene una incidencia en Europa de 3/1.000 personas-año. Es la causa principal de hospitalización en pacientes mayores de 65 años y de reingresos no programados, de los cuales 3 de cada 4 son evitables. Se ha demostrado que la transición entre el alta hospitalaria y el inicio o la reincorporación al seguimiento ambulatorio es una etapa clave. Por todo ello, se debe conseguir un abordaje de la enfermedad óptimo, realizando protocolos de actuación y atención al paciente, consensuados entre todas las especialidades y la atención primaria (AP), para garantizar una continuidad asistencial y una atención de calidad coordinada e impulsar el papel de la enfermera de AP en todas las etapas del proceso asistencial de los pacientes con IC. Los objetivos fueron implantar un programa de atención continuada desde AP para los pacientes con IC, con la finalidad de que reciban un correcto seguimiento desde el alta hospitalaria, un tratamiento óptimo y se monitoricen los síntomas, para así poder disminuir las tasas de reingresos hospitalarios por un mal control de su enfermedad.

Métodos: Consejo de profesionales de enfermería de distintos niveles de atención, tanto de atención hospitalaria como AP, que conformaron un grupo de trabajo con reuniones periódicas. Se realizó búsqueda bibliográfica en bases de datos: PubMed, Cochrane y Lilacs. Se aplicaron la Guía para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica, ESC 2021 y el Manual de Procedimientos en insuficiencia cardiaca por enfermedades especializadas AEEC 2021. Se empleó la metodología NANDA/NIC/NOC así como los patrones funcionales de Marjory Gordon.

Resultados: Según la evidencia identificada y estudiada, se ofrece un protocolo de actuación que busca ser práctico e inmediatamente aplicable en una consulta de enfermería de AP y en el alta hospitalaria. Aportamos: una ficha simplificada para el uso práctico e inmediato en consulta y en alta hospitalaria, y un análisis pormenorizado de los patrones funcionales a tener en cuenta en un paciente con IC.

Conclusiones: En pos de una enfermería basada en la evidencia y centrada en la prevención, creemos que este protocolo será una herramienta clave en el cuidado, seguimiento y mejora de la calidad de vida en los pacientes con IC.

17 USO DE DISPOSITIVOS DE ACCESO VASCULAR CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA Y DE CATÉTERES DE LÍNEA MEDIA EN CARDIOLOGÍA

Gabriel Fuego Caveda

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias.

Introducción y objetivos: Identificar los criterios de aplicación de catéteres centrales de inserción periférica (PICC) y de catéteres de línea media (CLM). Determinar la farmacoterapia intravenosa (i.v.) vesicante o irritante de uso frecuente en una unidad de hospitalización de cardiología. Describir las patologías cardíacas habituales con un tiempo de estancia hospitalaria elevado que conlleve un trata-

ORAL: ENFERMERÍA

16 INSUFICIENCIA CARDIACA: PROTOCOLO PARA COORDINAR LA TRANSICIÓN A ATENCIÓN PRIMARIA

Manuel Varela Amboage¹, Sergio Buján Bravo², Sara Becerra Moran³, Carolina Vera Paredes⁴, Lidia Quelle Soto⁵, Verónica Sanluis Martínez⁶, Carolina Arroyo Oti⁷, Ana Fachal Gómez⁸, Carla García Anlló⁸

miento i.v. extenso asociado a numerosos análisis de muestras sanguíneas.

Métodos: Se trata de una revisión narrativa de publicaciones realizadas en los últimos 10 años. Se han utilizado las bases de datos PubMed, Cochrane Plus y Google Académico. Asimismo, se crea un grupo focal de expertos (personal médico y enfermero de la Unidad de Hospitalización de Cardiología del Hospital Universitario Central de Asturias) para obtener información sobre la base de su experiencia profesional en relación con los objetivos descritos.

Resultados: Los catéteres venosos periféricos (CVP) no permiten administrar fármacos con un pH < 5 o > 9 y/o osmolaridad > 500-600 mOsm/l, los PICC admiten la administración de fármacos con pH y osmolaridad extremas y drogas vesicantes y/o irritantes. Los CLM admiten fármacos i.v. que normalmente se administran a través de un CVP, pero con unas características que permiten su mayor durabilidad y menor riesgo de complicaciones si la duración de la terapia es mayor de 7 días. Conocer el pH y la osmolaridad de los medicamentos i.v. permite valorar el posible daño que puedan causar. Esquemas sobre sus propiedades químicas son necesarios para decidir el implante de un dispositivo u otro. Los medicamentos i.v. más frecuentes en cardiología con una alta osmolaridad y/o con pH extremos y riesgo flebitico moderado y/o alto son, entre otros, la amiodarona, el levosimendán y la vancomicina. Entre las patologías cardíacas más frecuentes que conllevan estancias hospitalarias largas asociadas a numerosos análisis sanguíneos se encuentran la insuficiencia cardíaca, la endocarditis y las valvulopatías.

Conclusiones: La evidencia nos enseña que el uso del PICC y del CLM es seguro y posee ventajas con un bajo coste, pueden ser canalizados por enfermeros competentes y presenta menor riesgo de complicaciones si se compara con el uso de vías centrales (CVC) o CVP. Es importante protocolizar el implante y manejo del PICC y del CLM, reemplazando al CVC o al CVP y considerando la gravedad del paciente, procedimientos y fármacos, entre otros. Los Equipos de terapia i.v. son necesarios en los centros hospitalarios, permitiendo reducir las complicaciones generadas en la implantación del PICC y del CLM.

18 CO(N)RAZÓN UN TRÍPTICO

María del Carmen Caberta Lema y Josefina Amor Cambón

Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña.

Introducción y objetivos: La cardiopatía isquémica es una patología cada vez más frecuente en nuestra sociedad. Es un hecho que los tiempos de estancia hospitalaria se acortan con lo que también se acorta el tiempo para realizar la educación sanitaria. De ahí surge la necesidad de una información clara y concisa. La claridad a la hora de seguir recomendaciones con respeto a los cambios necesarios en los estilos de vida que van a retrasar evolución de la enfermedad cardiovascular. Crear e implantar un tríptico con recomendaciones de cara al alta domiciliaria en los pacientes con cardiopatía isquémica.

Métodos: Resumir los conceptos más importantes en los cambios en los estilos de vida en un tríptico visualmente atractivo y sencillo que llegue a todo el público.

Conclusiones: Con las altas cada vez más precoces surge la necesidad de educar a nuestros pacientes en los cambios a realizar en el estilo de vida de una forma más visual, atractiva y concisa. Con la implantación de este tríptico queremos lograr dicho objetivo.

PÓSTER: ENFERMERÍA

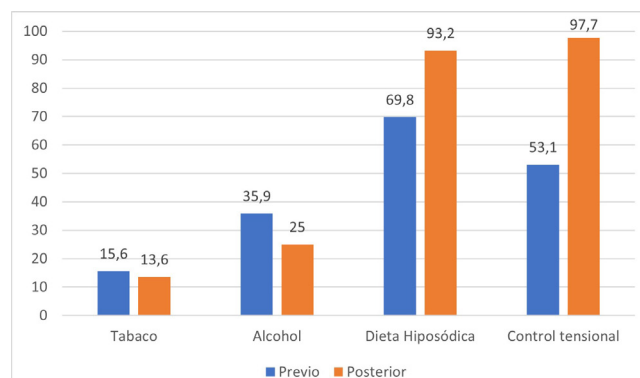
19 ¿PODEMOS MEJORAR LAS MEDIDAS HIGIENICODIETÉTICAS DE NUESTROS PACIENTES?: RESULTADOS PRELIMINARES DE UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA EN INSUFICIENCIA CARDIACA

María Asela Villafañe González¹, Belén Soler Jambrina¹, Tatiana Gallego Acuña¹, Sofía Sánchez Fernández¹, María Vigil-Escalera Díaz², Berta Vega Hernández¹, Antonio Adeba García¹ y Lourdes De La Puente Rodríguez¹

¹Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, Asturias. ²Servicio de Cardiología, Hospital San Agustín, Avilés, Asturias.

Introducción y objetivos: Evaluar el impacto de la educación sanitaria impartida en una consulta de enfermería especializada a pacientes con insuficiencia cardíaca (IC).

Métodos: Análisis descriptivo de la adherencia a las medidas higienicodietéticas a un grupo de pacientes, antes y después del protocolo de educación, en la consulta de enfermería especializada en IC del Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón. Dicho programa consta de varias visitas mensuales, adaptadas en número a las necesidades de cada paciente. La duración de la consulta es de 1 h. Durante esta, se fomenta el autocontrol de la presión arterial (PA), FC y peso. Se realiza exploración física para valorar síntomas congestivos, titulación de fármacos, revisión de analíticas y realización y lectura de ECG (electrocardiograma). Se imparten recomendaciones higienicodietéticas: información sobre la dieta sin sal, los alimentos procesados, el abandono del hábito tabáquico y el consumo de alcohol. Se les instruye en llevar una vida activa, fomentando el ejercicio diario adaptado a sus posibilidades y estado congestivo. Instruimos al paciente en el automanejo de diuréticos y en el efecto de cada uno de los fármacos pautados para su patología y en los posibles efectos adversos. Por último, ayudamos a identificar los signos y síntomas de alarma de una posible descompensación.



Resultados: Durante 6 meses se valoraron 64 pacientes derivados desde consulta de cardiología de IC. La media de visitas es de 4,54 por paciente. En la valoración inicial 10 pacientes (15,6 %) eran fumadores, y tras finalizar protocolo de educación, 9 pacientes continuaban fumando (13,6%). Consumían alcohol el 35,9% en la primera visita y al alta descendió al 25%. La adherencia a la dieta hiposódica era del 69,8% al inicio de la educación y del 93,2% al finalizarla. El 53,1% realizaba control de PA en domicilio, inicialmente y después del seguimiento la monitorizaba de modo ambulatorio el 97,7% (fig. 1).

Conclusiones: En nuestra experiencia, la educación en medidas higienicodietéticas impartida por personal de enfermería especializada en IC logra aumentar la adherencia a la dieta hiposódica, al control de la PA. Persiste un número significativo de pacientes que continúan con hábitos tóxicos, especialmente en el caso del tabaco. Las consultas de enfermería especializadas en IC son necesarias para educar a los pacientes, consiguiendo con ello mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico y a las medidas higienicodietéticas, ambos pilares para mejorar el pronóstico de los pacientes con IC.

20 CARACTERÍSTICAS DE LOS USUARIOS DE CONSULTAS EXTERNAS: ¿SABEN TOMARSE EL PULSO?

Ana Otero Losada, Carmen Neiro Rey, Javier Díaz Rodríguez, Silvia Quintáns Fornís y Noelia Piñeiro Muñiz

Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, Santiago de Compostela, A Coruña.

Introducción y objetivos: La fibrilación auricular (FA) es la arritmia cardíaca sostenida más frecuente en la población adulta, aunque se estiman grandes tasas de infradiagnóstico, ya que aproximadamente un 62% es paroxística y más del 40%, asintomática. La European Society of Cardiology recomienda realizar cribados oportunistas utilizando la palpación del pulso o la tira de ritmo de electrocardiograma (ECG). Se han desarrollado múltiples dispositivos electrónicos que se caracterizan por su manejabilidad y que presentan un futuro próspero en cuanto al objetivo de universalización del diagnóstico de FA.

Métodos: Se realizó un cribado oportunista, siendo la población diana los usuarios que acuden a Consultas Externas del Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela la mañana del 17 de febrero de 2023, con motivo de las jornadas científicas de cardiología "Santiago sin FA". Se recogieron variables sociodemográficas, antropométricas y de conocimiento sobre la técnica de autopalpación del pulso, y se llevó a cabo una intervención educativa. Se realizó la valoración del ritmo cardíaco con el dispositivo electrónico AliveCor®. Las variables se presentaron en forma de porcentajes y frecuencias. La significación estadística para diferencias intergrupo se evaluó mediante el test chi cuadrado de Pearson, estableciéndose 0,05 como nivel de significación.

Resultados: El tamaño muestral fue de 134 personas, 60,9% mujeres y 39,1% hombres. Se distribuyeron en 2 grupos en función de la edad: menores de 65 años (67,16%) y 65 años o más (32,84%). El 36,8% de los encuestados refirió haber notado palpitaciones alguna vez. Este dato fue mayor en las mujeres (40,7%) que en los hombres (30,7%). Se obtuvo que el porcentaje de usuarios que conocían la técnica fue del 35,3%, siendo este resultado independiente en relación con las variables edad, género e historia de palpitaciones. Sin embargo, después de realizar la intervención educativa, todos los participantes supieron cómo realizarla correctamente. Los resultados de la intervención con el AliveCor® fueron: 97,7% en "ritmo sinusal" y 2,3% con "probable FA".

Conclusiones: Los pacientes no conocen la técnica de autopalpación del pulso, a pesar de ser un método sencillo y muy coste-eficiente para la detección de FA, especialmente en pacientes con más riesgo, como los mayores de 65 años. Sin embargo, una mínima intervención educativa se consolidó como una herramienta eficaz para el aprendizaje de la técnica.

21 FRAGILIDAD EN PACIENTES CON IMPLANTE TRANSCATÉTER DE VÁLVULA AÓRTICA. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Miriam Álvarez Lara, Ángela Herrero Valea y Juan Ruiz Hortal

Servicio de Cardiología-Hemodinámica, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias.

Introducción y objetivos: Durante la última década, el implante transcáteter de válvula aórtica (TAVI) se ha convertido en una opción de tratamiento para pacientes de edad avanzada con estenosis aórtica severa. Debido al aumento de procedimientos TAVI, las evaluaciones de fragilidad se han considerado importantes, ya que varios estudios indican una relación entre la fragilidad y los resultados posteriores a TAVI. El test SPPB (Short Physical Performance Battery) es un test para medir fragilidad y consiste en la realización de 3 pruebas: equilibrio (en 3 posiciones: pies juntos, semitándem y tándem), velocidad de la marcha (sobre 2,4 o 4 m) y levantarse y sentarse en una silla 5 veces. El objetivo fue estudiar la fragilidad en pacientes sometidos a TAVI.

Métodos: Se incluyen en el estudio 97 pacientes por muestreo de conveniencia. Fueron evaluados con el test SSPPB en la consulta previa a la sesión medicoquirúrgica.

Resultados: La distribución por sexos fue: 54,6% mujeres y 45,4% hombres. La edad media 83,9 años ($\pm 4,3$). Se comparó la diferencia por sexo mediante la t de Student: edad, hombres (83,5), mujeres (84,2) ($p > 0,05$, no significativo [NS]). Puntuación SPPB: hombres (8), mujeres (7,5) ($p > 0,05$, NS). Se clasificó la fragilidad: grave (0 a 3 puntos), moderada (4 a 6 puntos), leve (7 a 9), mínima (10 a 11) y (robusto, 12). Las frecuencias fueron: grave 9,3%, moderada 15,5%, leve 47,4%, mínima 26,8% y robusto 1%. Análisis de los factores que componen el test SPPB (puntuación < 4 = fragilidad). Equilibrio (39,2%). Marcha (53,6). Levantarse de la silla (82,5%). La correlación entre la puntuación de factores y total: SPPB total, con equilibrio 0,72 ($p < 0,001$), con marcha 0,81 ($p < 0,001$), con silla 0,72 ($p < 0,001$). Considerando en diagnóstico de enfermedad, "síndrome de fragilidad del anciano" (NANDA 257), si definimos como frágiles los pacientes con puntuación inferior a 10, la prevalencia es: 72,2%, el resto, salvo 1, cumplirían criterio de riesgo (NANDA 231). La alta prevalencia indica la importancia de esta valoración para detectar pacientes susceptibles de cuidados específicos o con riesgo elevado en el procedimiento.

Conclusiones: Se debe evaluar sistemáticamente la fragilidad en todos los pacientes candidatos a TAVI, especialmente los de edad avanzada, ya que la edad media es de 83,9 años, para poder dar unos cuidados específicos y de calidad adaptados al nivel de fragilidad que presenten.

22 GRADO DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE INGRESADO EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA

Noelia Piñeiro Muñiz, Silvia Quintáns Fornis, Ana Otero Losada, Carmen Neiro Rey y Mercedes Castiñeiras Martínez

Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, Santiago de Compostela, A Coruña.

Introducción y objetivos: La satisfacción del paciente es un indicador importante y frecuente utilizado para medir la calidad de la atención sanitaria. El método más importante para medir la satisfacción de los pacientes, en el ámbito clínico, es la encuesta de opinión.

El objetivo fue valorar el grado de satisfacción del paciente hospitalizado hacia la atención recibida y optimizar la atención en el servicio de cardiología.

Métodos: Estudio prospectivo, observacional y descriptivo. Se hizo entrega de una encuesta de satisfacción a los pacientes con ingreso en el servicio de cardiología, tras la previsión del alta hospitalaria de la siguiente forma: periodo de mayo a diciembre de 2021 y periodo de abril a junio y septiembre a octubre de 2022.

Resultados: Se recogieron 314 encuestas en 2021 y 335 en 2022 cubiertas de manera voluntaria por nuestros pacientes. Estos datos nos permiten alcanzar un nivel de representatividad elevado del 95%, en relación con el número de pacientes ingresados en el servicio anualmente ($n = 2.360$). El grado de satisfacción de nuestros usuarios participantes a nivel global del servicio como desglosado por unidades alcanzó valores de excelencia en todos los aspectos relacionados con la atención sanitaria y cuidados prestados, la resolución de dudas, y necesidades planteadas, la información sobre su patología y tratamiento, el trato humanizado de cara a ellos y a su familia, al igual que la confianza y seguridad transmitidas por los equipos asistenciales, que alcanzaron un grado óptimo de satisfacción superior al 95%. El aspecto menos valorado, en torno a un 86% de satisfacción media de los usuarios, son las dietas, por poca variedad y poca adecuación. Los otros aspectos que se deben mejorar son las camas de unidad de cuidados intermedios, que pertenece a la unidad coronaria, donde se ha producido un cambio sustancial de las estas en el momento actual y la existencia de una tercera cama en algunas de las habitaciones de la unidad de hospitalización convencional, como consecuencia de la alta demanda asistencial en relación con la crisis sanitaria por COVID-19.

Conclusiones: El análisis de resultados pone de manifiesto la excelente valoración de los pacientes de cara a nuestro servicio, con un alto índice de representatividad. Dicha participación nos permite conocer las oportunidades de mejora de nuestro servicio, que coinciden en ambas unidades y en dichos años. Mediante encuestas se pueden recolectar datos y crear estrategias eficaces que den lugar a servicios de mayor calidad en el sector de la salud.

Métodos: Estudio descriptivo prospectivo en la Unidad de Hospitalización del Servicio de Cardiología del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña en las semanas del 7 al 20 de noviembre de 2022. En este estudio se incluyó al total de los pacientes hospitalizados ($n = 50$), no se discriminó por edad, sexo o patología. Se recogieron los datos del programa GACELA. Se recogen datos de peso y talla y se mide el IMC. Para interpretar los datos se tomó como referencia la tabla de la Organización Mundial de la Salud.

Resultados: Se incluyeron a 50 pacientes, de los que el 78% eran hombres y el 22% mujeres. La media de edad fue de 65,06 ($\pm 13,5$) años. La media de IMC se estableció en 28,7 kg/m² ($\pm 5,4$). IC 28,5 $\pm$ 0,96. Se considera IMC normal, el rango entre 18,5 y 24,9 kg/m². Tomando como referencia la tabla de IMC de la OMS tenemos los siguientes resultados: IMC normal en el 20% de los casos; sobrepeso en el 44%; bajo peso en el 2%; obesidad en el 34%. Entre los obesos, el 4% presenta obesidad extrema.

Conclusiones: Este estudio refleja que tanto el sobrepeso como la obesidad son un factor de riesgo cardiovascular, ya que están presentes en un porcentaje elevado de nuestros pacientes. La educación para la salud desde las familias, la atención primaria, las escuelas y la sociedad en general son importantes para fomentar hábitos de vida cardiosaludables, mediante una dieta saludable y ejercicio físico, para disminuir la incidencia de obesidad, mejorar la salud y, con ello, también el gasto sanitario.

23 OBESIDAD: FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Josefina Amor Cambón y María del Carmen Caberta Lema

Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña.

Introducción y objetivos: La obesidad es una enfermedad crónica de carácter multifactorial que, con el paso de los años, va aumentando en prevalencia y que acarrea consecuencias tanto en cuestiones de salud como sociales y psicológicas. Según los últimos estudios, en España la obesidad afecta aproximadamente al 20% de los adultos y al 10% de la población de entre 3 y 24 años. La obesidad se asocia con mayor riesgo de enfermedad cardiovascular, como hipertensión, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, accidentes cerebrovasculares, fibrilación auricular, arritmias ventriculares o muerte por enfermedad cardíaca. La herramienta para medir el grado de obesidad es el índice de masa corporal (IMC) medido en kg/m², que establece la relación entre peso y estatura. Se realizó un estudio sobre obesidad en los pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización del Servicio de Cardiología del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.