PATROCINADORES

COLABORADORES

OTRAS COLABORACIONES

OREXCO | ORGANIZACIÓN EXTREMEÑA DE CONGRESOS
670 054 822 | 927 629 404 / **secretaria**@orexco.net

XLIV CONGRESO SOCIEDAD EXTREMEÑA DE CARDIOLOGÍA

[AZZ MÉRIDA MEDEA HOTEL] 04|05 [ABRIL 2025]

ORGANIZA

SOCIEDAD EXTREMEÑA DE CARDIOLOGÍA

XLIV CONGRESO SOCIEDAD EXTREMEÑA DE CARDIOLOGÍA

[AZZ MÉRIDA MEDEA HOTEL] 04|05 [ABRIL 2025]

COMITÉ DE HONOR

Preside

Consejera de Salud y Servicios Sociales de la Junta de Extremadura
Dª. Sara García Espada

Miembros

Alcalde de Mérida
D. Antonio Rodríguez Osuna

Presidente de la Fundación Española del Corazón
Andrés Íñiguez Romo

Presidente de la Excma. Diputación Provincial de Badajoz
D. Miguel Ángel Gallardo Miranda

Presidente de la Excma. Diputación Provincial de Cáceres
D. Miguel Ángel Morales Sánchez

Presidente del Consejo de Colegios Profesionales de Médicos de Extremadura
Presidente del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Badajoz
D. Pedro Hidalgo Fernández

Presidente del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Cáceres
D. Evelio Robles Agüero

Presidente del Ilustre Colegio Oficial de Enfermeros de Badajoz
D. Carlos Tardío Cordón

Presidenta del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Cáceres
Dña. Raquel Rodríguez Llanos

Director Gerente del SES
D. Jesús Vilés Piris

Gerente del Área de Salud de Mérida. SES
D. Jesús Gallo Elorza

COMITÉ ORGANIZADOR Y CIENTÍFICO

Presidenta
Dra. Mª Victoria Mogollón Jiménez

Vicepresidente
Dr. Manuel Durán Guerrero

Secretaria
Dra. Milagros Clemente Lorenzo

Tesorera
Dra. María Yuste Domínguez

Vocal por Badajoz
Dr. Pablo Sánchez Calderón

Vocal por Cáceres
Dr. Juan Carlos Rama Merchán

PROGRAMA

VIERNES 4 ABRIL

16:00h. **Taller precongreso.** (Plazas limitadas)
Imagen avanzada en miocardiopatías. Focus en Amiloidosis.

Casos clínicos con estación de trabajo (plazas limitadas)

Ecocardiografía avanzada
Dr. Luis Enrique Lezcano Gort
Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres.

Cardio-RM en las miocardiopatías
Dra. Ana Martínez Carapeto
Hospital Universitario de Badajoz.

Congreso

18:30h. **Entrega de documentación y café de bienvenida**

19:00h. **Inauguración Oficial**

19:30h. **Comunicaciones orales**

Jurado y moderadores:
Dr. Pablo García García
Hospital Don Benito Villanueva

Dra. Milagros Clemente Lorenzo
Hospital de Plasencia

Dra. Raquel Palomino García
Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres

ÁCIDO BEMPEDOICO EN CARDIOPATÍA ISQUÉMICA: ¿MENOR EFECTIVIDAD EN PRESENCIA DE LP(A) ELEVADA?

Marcos García Jambrina, Rafael Cantisán Campillos, Estrella Martínez Bermúdez, Rocío Soledad González Garay, Celia González Peramato, Ana Macarro Soto, Majluf Abdala Elías, José Javier Gómez Barrado

Servicio Cardiología del Hospital San Pedro Alcántara, Cáceres

EFECTO DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD SOBRE PARÁMETROS DIETÉTICOS EN PACIENTES SOMETIDOS A REHABILITACIÓN CARDÍACA

Francisco José Rodríguez Velasco[1], Guadalupe Gil Fernández[1], Luis Miguel Lara Godoy[2], María Yuste Domínguez[3], Julio Carmona Blesa[4], José Alberto Becerra Mejías[5].

[1]*Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud - Universidad de Extremadura – Badajoz*
[2]*Cirugía Cardíaca. Hospital Universitario Badajoz. Servicio Extremeño de Salud – Badajoz*
[3]*Servicio de Prevención y Rehabilitación Cardíaca. Hospital Universitario Badajoz. Servicio Extremeño de Salud - Badajoz*
[4]*Facultad de Enfermería y Terapia Ocupacional - Universidad de Extremadura - Cáceres*
[5]*Centro Universitario de Plasencia - Universidad de Extremadura – Plasencia (Cáceres)*

XLIV CONGRESO SOCIEDAD EXTREMEÑA DE CARDIOLOGÍA

[AZZ MÉRIDA MEDEA HOTEL] 04|05 [ABRIL 2025]

INFUSIÓN DE ETANOL EN LA VENA DE MARSHALL: ¿PODEMOS MEJORAR LA ABLACIÓN DE LA FA PERSISTENTE?
José Miguel Rojo Pérez, Eugenio Picazo Feu, Ramón Rubí Matamoros, Clara Nuevo Gallardo, Miguel Vallejo Ruiz, Ana Belén Merón Pino, José Ramón López Mínguez y Juan Manuel Durán Guerrero

Hospital Universitario de Badajoz

21.30h. Cena. Parador de Mérida.
Entrega de premios Mejor Comunicación y Publicación
Traslado en autocar con salida desde el hotel a las 21.15h
Regreso del autocar al finalizar la cena

PROGRAMA
SÁBADO 5 ABRIL

09:00h. Mesa de insuficiencia cardiaca
Moderadoras:
Dra. Carolina Ortiz Cortés
Hospital Universitario Fundación Alcorcón
Dña. Ana María Barbero Domínguez
Hospital Don Benito - Villanueva

09:00-09:20h. Actualización del PAI de Insuficiencia Cardiaca
¡Qué hay de nuevo, viejo?
Dr. Enrique Gordillo Higuero
Hospital de Mérida

09:20-09:40h. Nuevas evidencias en IC con FEVI conservada
Más allá de los ISLGT2
Dr. Pablo Sánchez Calderón
Hospital Don Benito-Villanueva

09:40-09.50h. Discusión

09:50h. Nuevos retos en el tratamiento de las miocardiopatías.
Moderador:
Dr. Ricardo Fernández Mouzo
Hospital de Zafra

09:50-10:10h. Nuevos tratamientos en Amiloidosis cardiaca
¿A quién y cómo?
Dra. Mª Victoria Mogollón Jiménez
Complejo Hospitalario de Cáceres

10:10-10.30h Nuevos tratamientos en Miocardiopatía Hipertrófica. ¿A quién y cómo?
Dra. Mª Eugenia Fuentes Cañamero
Hospital Universitario de Badajoz

10.30-10:40h. Discusión

10:40h. Pausa café

11:10h. Mesa de cardiopatía isquémica y prevención cardiovascular
Moderador:
Dr. Eladio Galindo Fernández
Hospital de Mérida

11:10-11:30h. PAI de cardiopatía isquémica crónica
Dr. Gonzalo Marcos Gómez
Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres

11:30-11:50h. El año de la obesidad. ¿qué hemos aprendido?
Dra. Juana Fraile Gómez
Hospital Parque San Francisco de Cáceres y Centro Los Ángeles de Badajoz

11:50-12:10h. Riesgo cardiovascular más allá del LDL
Dr. Vivencio Barrios Alonso
Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid

12:10-12:20h. Discusión

12:20h. Nuevos retos en prevención cardiovascular. Claves para la implantación, a nivel regional, de iniciativas con impacto en la prevención cardiovascular
Moderador:
Dr. José Javier Gómez Barrado
Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres

12:20-12:40h. La importancia de unificar criterios y optimizar el tratamiento de la dislipemia a nivel regional
Dr. Javier Torres Llergo
Hospital Universitario de Jaén

12:40-13.00h Papel de la enfermería en la consulta virtual de lípidos
Dña. Isabel Mera García
Hospital Universitario de Badajoz

13.00-13:20h. ¿Qué aporta la genética en la prevención cardiovascular? Proyecto CardioGenex
Dr. Miguel Turégano Yedro.
Área de Salud de Cáceres

13:20h. Discusión

13:30h. Asamblea de Socios

14:30h. Cóctel de clausura. AZZ Medea Mérida Hotel

ÁCIDO BEMPEDOICO EN CARDIOPATÍA ISQUÉMICA: ¿MENOR EFECTIVIDAD EN PRESENCIA DE LP(A) ELEVADA? (ID17)

Marcos García Jambrina, Rafael Cantisán Campillos, Estrella Martínez Bermudez, Rocío Soledad González Garay, Celia González Peramato, Ana Macarro Soto, Majluf Abdala Elías, José Javier Gómez Barrado.

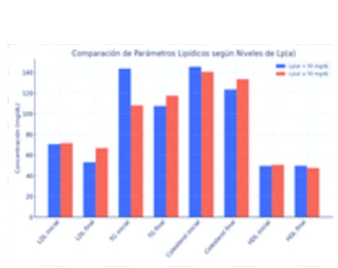
Servicio Cardiología del Hospital San Pedro Alcántara, Cáceres.

Introducción:
La consecución de objetivos de LDL-c < 55 mg/dL es clave en cardiopatía isquémica para mitigar eventos cardiovasculares. La Lp(a) es un factor de riesgo aterogénico independiente cuya medición facilita la estratificación en pacientes con terapia hipolipemiante intensiva. El ácido bempedoico es una opción de tercera línea en pacientes con LDL-c elevado pese a estatinas de alta potencia y ezetimiba (EZT). Este estudio analiza su efectividad según los niveles de Lp(a).

Material y método:
Se realizó un estudio transversal en pacientes con cardiopatía isquémica tratados con estatinas de alta potencia + EZT, con LDL-c > 55 mg/dL pese a la terapia optimizada. Se compararon dos grupos según Lp(a) ≥50 mg/dL o Lp(a) <50 mg/dL, analizando la reducción de LDL-c tras la adición de ácido bempedoico.

Resultados:
La reducción de LDL-c fue del 17% en pacientes con Lp(a) <50 mg/dL y del 4% en aquellos con Lp(a) ≥ 50 mg/dL (p = 0,016). Se observó un mayor descenso de LDL-c en los pacientes con Lp(a) <50 mg/dL (LDL final: 53,15 ± 14,27 mg/dL) en comparación con Lp(a) ≥ 50 mg/dL (LDL final: 66,84 ± 25,01 mg/dL; p = 0,016). El resto de resultados se presentan en la tabla adjunta.

Parámetro	Lp(a) < 50 mg/dL (N=33/47)	Lp(a) ≥ 50 mg/dL (N=20/31)	p-valor
LDL inicial (mg/dL)	70,70 ± 14,27	71,60 ± 16,38	0,800
LDL final (mg/dL)	**53,15 ± 14,27**	**66,84 ± 25,01**	**0,016**
TG inicial (mg/dL)	143,79 ± 151,26	108,11 ± 59,83	0,360
TG final (mg/dL)	107,50 ± 59,14	117,35 ± 94,36	0,679
Colesterol inicial (mg/dL)	145,58 ± 28,54	140,68 ± 19,01	0,360
Colesterol final (mg/dL)	123,55 ± 21,17	133,65 ± 21,01	0,101
HDL inicial (mg/dL)	49,55 ± 13,13	50,64 ± 11,17	0,730
HDL final (mg/dL)	49,70 ± 15,22	47,58 ± 12,97	0,597



Conclusiones:
En pacientes con terapia hipolipemiante intensiva, la adición de ácido bempedoico logra una mayor reducción de LDL-c en aquellos con Lp(a) <50 mg/dL. En consonancia con la literatura existente, nuestros hallazgos sugieren que la presencia de niveles elevados de Lp(a) podría limitar la efectividad del bempedoico en la reducción del LDL-c, resaltando la necesidad de estrategias terapéuticas dirigidas específicamente a la reducción de Lp(a) en este subgrupo de pacientes.

EFECTO DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD SOBRE PARÁMETROS DIETÉTICOS EN PACIENTES SOMETIDOS A REHABILITACIÓN CARDÍACA (ID3)

Francisco José Rodríguez Velasco[1], Guadalupe Gil Fernández[1], Luis Miguel Lara Godoy[2], María Yuste Domínguez[3], Julio Carmona Blesa[4], José Alberto Becerra Mejías[5].

[1]*Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud - Universidad de Extremadura – Badajoz*
[2]*Cirugía Cardíaca. Hospital Universitario Badajoz. Servicio Extremeño de Salud – Badajoz*
[3]*Servicio de Prevención y Rehabilitación Cardíaca. Hospital Universitario Badajoz. Servicio Extremeño de Salud - Badajoz*
[4]*Facultad de Enfermería y Terapia Ocupacional - Universidad de Extremadura - Cáceres*
[5]*Centro Universitario de Plasencia - Universidad de Extremadura – Plasencia (Cáceres)*

Introducción y objetivos:
El control de los hábitos dietéticos en pacientes con enfermedad coronaria es fundamental para reducir el riesgo de eventos cardiovasculares y mejorar su pronóstico a largo plazo. En este contexto, la educación para la salud (EPS) juega un papel clave dentro de los programas de rehabilitación cardíaca (RC), ya que proporciona a los pacientes el conocimiento y las herramientas necesarias para adoptar y mantener una dieta más saludable. El objetivo del estudio fue determinar el impacto de la EPS en los hábitos dietéticos de pacientes sometidos a RC.

Material y método:
Se llevó a cabo un estudio prospectivo longitudinal en el que se realizaron sesiones de EPS con pacientes que participaban en un programa de RC de 9 semanas del Área de Salud de Badajoz. Se recopilaron variables sociodemográficas y se evaluaron los hábitos dietéticos mediante un cuestionario dietético de tres días al inicio del programa (T0) y al finalizarlo (T1). Los datos dietéticos obtenidos fueron analizados con software propio del grupo GIBIPSO para determinar los nutrientes presentes en la dieta y se aplicó el índice de alimentación saludable (IAS) a los mismos. El umbral de significación para las pruebas estadísticas realizadas fue $p \leq 0.05$.

Resultados:
la muestra estuvo constituida por 109 pacientes cardiópatas (94 hombres) con una edad media de 60.45±7.69 años. Se obtuvieron diferencias pre(T0)-post(T1) estadísticamente significativas en la cantidad de [ácidos grasos saturados (AGS)] consumidos (T0=19.68, T1=17.89, p=0.024), en el [cociente entre la cantidad de ácidos grasos poliinsaturados (AGP) y saturados] consumidos (T0=0.57, T1=0.65, p<0.001) y en la [puntuación obtenida en el IAS] (T0=67.40, T1=71.28, p<0.001).

Conclusiones:
Los resultados sugieren que la EPS tuvo un impacto positivo en los hábitos dietéticos de los participantes en el programa de RC, reduciendo la ingesta de AGS, aumentando el consumo de AGP y mejorando la calidad de la dieta.

INFUSIÓN DE ETANOL EN LA VENA DE MARSHALL: ¿PODEMOS MEJORAR LA ABLACIÓN DE LA FA PERSISTENTE? (ID4)

José Miguel Rojo Pérez, Eugenio Picazo Feu, Ramón Rubí Matamoros, Clara Nuevo Gallardo, Miguel Vallejo Ruiz, Ana Belén Merón Pino, José Ramón López Mínguez y Juan Manuel Durán Guerrero.

Hospital Universitario de Badajoz, Badajoz, España

Introducción:
La ablación de fibrilación auricular (FA) es un tratamiento eficaz, pero en FA persistente, las tasas de recurrencia siguen siendo elevadas. La vena de Marshall (VM) contiene inervación autonómica actuando como desencadenante de FA que puede ser modulado mediante la infusión retrógrada de etanol, lo que podría mejorar los resultados de la ablación en pacientes con FA persistente. El objetivo de este estudio es describir los resultados a 6 meses tras modulación con alcohol de la VM añadida a la ablación con radiofrecuencia habitual.

Material y métodos:
Se incluyeron 51 pacientes consecutivos con FA persistente sometidos a ablación con modulación de VM. Se analizaron variables clínicas, electrofisiológicas y procedimentales. El criterio de éxito primario fue la presencia de RS a los 6 meses.

Resultados:
La edad media fue de 61.86 años (IC95%: 59.59 - 64.14), con predominio masculino (84.3%). El 72.5% presentó FA persistente >6 meses. El diámetro auricular izquierdo medio fue 42.80 mm (IC95%: 41.57 - 44.04) y el índice de masa corporal promedio 29.42 kg/m^2 (IC95%: 28.19 - 30.65). El tiempo medio de modulación de VM fue de 25.08 minutos. Se realizó bloqueo del istmo mitral y se utilizó sedación superficial en todos los casos. A los 6 meses, el 69.8% (IC95%: 56.0 - 83.5%) mantenía RS, mientras que el resto persistía en FA. El 19.6% de los casos se trató de una reintervención tras ablaciones fallidas.

Conclusiones:
La ablación con modulación de la VM en pacientes con FA persistente se asoció con una tasa de mantenimiento de RS del 69.8% (IC95%: 56.0 - 83.5%) a 6 meses. Estos hallazgos sugieren que la modulación con etanol de VM podría mejorar los resultados de la ablación en esta población. Se requieren estudios con mayor seguimiento y grupos control para validar estos hallazgos a largo plazo en nuestro centro.

APROXIMACIÓN AL ESCENARIO CLÍNICO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS POR FIBRILACIÓN AURICULAR (ID2)

Sandra Pérez Frías[2], Elena María Hurtado Algar[4], Javier Martínez Salto[3], Madalena Monteiro Paiva Chaves[2], Begoña Pérez Gómez[1], Inmaculada Gómez Sánchez[5], Ernesto Martín Dorado[5], Carlos Palanco Vázquez[5].

[1]*R1 Cardiología H. de Mérida*
[2]*R3 Cardiología H. de Mérida*
[3]*R4 Cardiología H. de Mérida*
[4]*R5 Cardiología H. de Mérida*
[5]*FEA Cardiología H. de Mérida*

Introducción:
La FA es la arritmia cardíaca más prevalente en el mundo, afecta hasta al 5,5% de la población total y proporciona un elevado riesgo de morbi-mortalidad que deben tenerse presentes en la práctica clínica.

Material y métodos:
Realizamos estudio descriptivo observacional, tomando como muestra 206 pacientes ingresados en nuestra unidad entre Mayo-2021 y Mayo-2023 con el diagnóstico de FA. Analizamos las características basales y clínicas, así como el pronóstico, con una mediana seguimiento de 20 meses.

Resultados:
El 51,46% de los pacientes eran hombres. La edad media fue de 75,74 años (mujeres 79,16 años; hombres 72,51 años). Se observó elevada presencia de FRCV, siendo 76,47% hipertensos, 54,41% dislipémicos y 33,17% diabéticos. La puntuación media en la escala CHA2DS2VASc fue 3,93. Tenían cardiopatía isquémica 21,82%.
Presentaban insuficiencia cardíaca el 59,22% de los pacientes; siendo con FEVI preservada el 67,96%, ligeramente deprimida el 10,19% y reducida el 21,84%. Media de NTproBNP al ingreso 6238,49. Frecuencia cardíaca media al ingreso es de 109,8 latidos por minuto, al alta 71,5.
Se detectó insuficiencia mitral en 50,49% de los casos; estenosis mitral en 6,31% y estenosis aórtica en 9,71%.
Respecto a la anticoagulación, el 19,42% de los pacientes tomaban antivitamina K (media de tiempo en rango terapéutico 35,84%), realizándose cambio a anticoagulante oral de acción directa al 20%.
En el 69% de los casos no reingresan. La mortalidad fue del 15,12% (sin diferencias por sexo (p 0,116) ni por FEVI (p 0,59).

Conclusiones:
La caracterización de los pacientes diagnosticados de FA nos ayuda a conocer mejor la enfermedad para un abordaje más optimizado y completo. La edad, los factores de riesgo cardiovascular, el riesgo de ACV, etc son factores a tener en cuenta, a los que se añaden en la práctica clínica la presencia de insuficiencia cardíaca, valvulopatías o la estrategia de anticoagulación entre otros

ASOCIACIÓN ENTRE NIVELES DE LIPOPROTEÍNA (A) Y FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA (ID6)

Rocío Soledad González Garay, Estrella Martínez Bermúdez, Miguel Angel Silva Cerpa, Carla Guillem Ferrer, Ana Macarro Soto, Celia González- Peramato Muro, María Victoria Mogollón Jiménez, José Javier Gómez Barrado.

Servicio de cardiología, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres.

Introducción:
La lipoproteína (a) [Lp(a)] es un factor de riesgo independiente para la enfermedad cardiovascular aterosclerótica. Convencionalmente se ha establecido que el riesgo cardiovascular aumenta a partir de Lp(a) >50 mg/dl, aunque en estudios se ha sugerido que valores superiores a 30 mg/dl ya se asocia con un incremento del riesgo de cardiopatía isquémica (CI).

Objetivo:
Evaluar la relación entre niveles de Lp(a) > 30 mg/dl y la presencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en pacientes con CI.

Método:
Se realizó un análisis en 357 pacientes con diagnóstico de CI en seguimiento en nuestras consultas, estableciendo la asociación entre Lp(a) > 30 mg/dl y los siguientes factores:

- FRCV clásicos: hipertensión arterial (HTA), Dislipemias (DLP) Diabetes mellitus tipo 2 (DM2)
- Edad de inicio de la CI < 55 años
- Extensión de la enfermedad coronaria: número de vasos afectados.
- Severidad de la CI: número de stent farmacoactivos implantados.

FRCV clásicos	Lp(a) < 30	Lp (a) > 30	p
Hipertensión arterial	48,1% (76)	42,6 % (84)	0,30
Diabetes mellitus tipo 2	34,4% (55)	23,9% (47)	**0,03**
Dislipemias	87,5% (140)	87,8% (173)	0,93
Factores clínicos	**Lp(a) < 30**	**Lp (a) > 30**	**p**
Edad debut CI < 55 6años	57,2% (91)	71,6% (141)	**0,04**
+ 1 de un evento CI	25,2% (40)	24,1% (47)	0,82
Afectación 1 vaso	45,6% (73)	53,6% (104)	0,14
Afectación + de 2 vasos	18,1% (29)	27,3% (53)	**0,04**
Implante 1 stent	41,9% (67)	53,6% (104)	0,20
Implante + de 2 stent	21,9% (35)	29,2% (57)	0,12

Resultado:
Expuesto en tabla 1

Conclusiones:

- Niveles superiores a 30 mg/dl se asocian con un inicio más precoz de la CI y mayor extensión de la enfermedad coronaria.
- Se observó la relación inversa entre los niveles séricos de Lp(a) y la presencia de DM2.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ANALÍTICAS DE PACIENTES QUE DEBUTAN CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA ANTES DE LOS 55 AÑOS (ID11)

Macarro Soto, Ana; González-Peramato Muro, Celia; Silva Cerpa, Miguel Ángel; Guillem Ferrer, Carla; Majluf Abdala, Elías Emilio; García Jambrina, Marcos; Cantisán Campillos, Rafael; Gómez Barrado, José Javier.

Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario Cáceres.

Introducción:
La cardiopatía isquémica (CI) está tradicionalmente asociada a la edad avanzada y factores de riesgo cardiovascular clásicos. Su debut en pacientes jóvenes podría asociarse a factores de riesgo atípicos o más agresivos que deben ser abordados para implementar estrategias preventivas a una edad temprana. El objetivo de este trabajo es identificar las características asociadas al inicio precoz de la cardiopatía isquémica.

Material y métodos:
Estudio unicéntrico, transversal, que incluyó 369 pacientes con cardiopatía isquémica crónica atendidos en consulta de cardiología entre 2016 y 2023, a los que se les realizó estudio genético por tener la enfermedad a edad temprana, cifras elevadas de LDL y/o antecedentes familiares de cardiopatía isquémica precoz. Se realizó un análisis descriptivo y los valores de significación estadística se obtuvieron mediante la prueba T de Student para variables continuas y Chi-Cuadrado para variables categóricas.

Resultados:
En los varones, el debut es más frecuente por debajo de los 55 años (86,9% vs. 69,9%, p<0,0001); mientras que las mujeres debutan más frecuentemente después de esta edad (13,1% vs. 30,1%, p<0,0001). La extensión de su enfermedad, así como la probabilidad de recurrencia se analizan en la Tabla 1. La dislipemia es más frecuente en pacientes por encima de los 55 años (84,5% vs 92,3%, p <0,024), aunque existen diferencias significativas en la distribución del perfil lipídico, descritas en la Tabla 2. Se analiza el impacto del riesgo genético en la Tabla 3.

Conclusiones:
En pacientes que debutan con cardiopatía isquémica antes de los 55 años:

- Existe una mayor extensión de la enfermedad y riesgo de recurrencia.
- Los niveles de colesterol total y de LDL son más bajos que en edades más avanzadas, mientras que los niveles de lipoproteína (a) se encuentran más elevados.
- Existen factores de riesgo genéticos asociados.

	Debut < 55 años	Debut > 55 años	p significación
> 1 evento	31,8%	14,2%	<0,0001
Vasos afectados > 1 vaso > 2 vasos	 52,9% 23,5%	 45,5% 16%	 0,16 0,004
Tratamiento utilizado > 1 stent > 2 stent	 48,8% 30,1%	 40,4% 19,2%	 0,11 0,012

Tabla 1. Análisis descriptivo y estadístico de la extensión de la enfermedad.

	Debut < 55 años	Debut > 55 años	p significación
Colesterol total máx.	257,9 ± 63.98	267,63 ± 54,27	0.014
LDL máx.	164,55 ± 50,38	178,65 ± 45,18	0,021
HDL máx.	53,87 ± 13,25	60,13 ± 15,39	0,002
Triglicéridos máx.	365,62 ± 293,87	276,6 ± 328,85	0,136
Lp(a) máx.	63,93 ± 65,51	46,7 ± 44,21	0,001

Tabla 2. Análisis descriptivo y estadístico de valores máximos alcanzados de perfil lipídico.

	Debut < 55 años	Debut > 55 años	p significación
Antecedentes familiares de CI precoz	67,1%	71,2%	0,41
Riesgo genético coronario Bajo Alto	 6,4% 51,32%	 6,1% 57,7%	 0,9 0,22
Estudio genético de hipercolesterolemia familiar Negativo No concluyente Positivo	 75,4% 20,7% 4,2%	 76,9% 20,5% 2,6%	 0,69
Polimorfismos de Lipoproteína (a) rs1045872 rs3798220	 24,9% 9,62%	 16% 8,9%	 0,04 0,82

Tabla 3. Análisis descriptivo y estadístico de resultados de análisis genéticos y de polimorfismos.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y ANALÍTICAS DE PACIENTES CON ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA Y CARDIOPATÍA ISQUÉMICA (ID10)

Silva Cerpa, Miguel Ángel; Gómez Barrado, José Javier; Guillem Ferrer, Carla; Majluf Abdala, Elías Emilio; Cantisán Campillos, Rafael; García Jambrina, Marcos; Martínez Bermúdez, Estrella; González Garay, Rocío Soledad

Servicio de Cardiología del Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres.

Introducción:
La arteriopatía periférica (AP) y la cardiopatía isquémica (CI) están íntimamente relacionadas, son manifestaciones de la enfermedad arterial aterosclerótica y comparten múltiples factores de riesgo. La coexistencia de ambas patologías indica un mayor compromiso del sistema vascular, aumentando el riesgo de eventos cardiovasculares adversos y mortalidad. El objetivo de este trabajo es analizar las características clínicas y analíticas de los pacientes con cardiopatía isquémica crónica y su relación con la arteriopatía periférica, identificando los factores de riesgo asociados.

Métodos:
Estudio unicéntrico, transversal en el que se incluyeron 1674 pacientes con CI crónica atendidos en consulta de cardiología durante los años 2016 – 2025. Se recogieron variables clínicas, demográficas y analíticas. Se realizó un análisis descriptivo y los valores de significación estadística ($p < 0,05$) se calcularon mediante la prueba T de Student para variables continuas y Chi – Cuadrado para variables categóricas.

Resultados:
El 7,2% de los pacientes con CI crónica presentaban AP, predominando en hombres (8,4% vs 1,7%; $p < 0,0001$). La mortalidad fue mayor en pacientes con AP (17,3% vs 10,5%; ($p < 0,0001$). Los pacientes con AP mostraron menor filtrado glomerular y niveles más bajos de HDLc. Se observó asociación significativa entre AP y la presencia de hipertensión, dislipemia, tabaquismo y diabetes mellitus. El análisis descriptivo de variables continuas se observa en la tabla 1, así como la comparación de los factores clínicos en la tabla 2.

Conclusiones:
Los pacientes con AP y CI presentan mayor presencia de factores de riesgo cardiovascular. Además, su mortalidad es significativamente superior. Estos hallazgos resaltan la necesidad de un control más estricto y estrategias de prevención secundaria para mejorar su pronóstico y reducir complicaciones.

Variable	AP (+) (n=120)	AP (-) (n=1554)	p valor
Edad de inicio de CI (años)	59,8 ± 11,4	59,1 ± 11,6	0,501
IMC (kg/m²)	28,2 ± 4,7	28,5 ± 4,2	0,487
Perímetro abdominal (cm)	102,5 ± 12,9	100,9 ± 11,7	0,141
Filtrado glomerular (mL/min)	65,7 ± 26,8	77,8 ± 19,6	**< 0,001**
Colesterol total más alto (mg/dL)	217,0 ± 52,9	224,3 ± 49,0	0,123
LDL más alto (mg/dL)	134,5 ± 45,4	139,0 ± 42,9	0,272
HDL mínimo (mg/dL)	32,2 ± 15,9	35,2 ± 10,6	**0,005**
Triglicéridos más elevados (mg/dL)	232,9 ± 139,8	229,1 ± 186,9	0,825

Tabla 1. Características descriptivas de la muestra.

Factor de riesgo	AP (+) (%)	AP (-) (%)	p valor
Sexo masculino	95,8	81,2	**< 0,0001**
Hipertensión	75,8	56,3	**< 0,001**
Dislipemia	80,8	70,5	**0,016**
Tabaquismo activo	15,8	13,7	**0,01**
Diabetes mellitus	56,7	32,1	**< 0,001**

Tabla 2. Asociación entre arteriopatía periférica y factores clínicos.

DIABETES MELLITUS Y CARDIOPATÍA ISQUÉMICA CRÓNICA (ID14)

González-Peramato Muro, Celia; Macarro Soto, Ana; Silva Cerpa, Miguel Ángel; Guillem Ferrer, Carla; Majluf Abdala, Elías Emilio; García Jambrina, Marcos; Cantisán Campillos, Rafael; Gómez Barrado, José Javier.

Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario Cáceres.

Introducción:
Presentamos un estudio epidemiológico y de parámetros lipídicos en pacientes diabéticos que sufren cardiopatía isquémica. La diabetes y la cardiopatía isquémica están estrechamente relacionadas debido al impacto que tiene la hiperglucemia crónica en el sistema arterial coronario y vascular. Siendo la diabetes uno de los principales factores de riesgo cardiovascular modificables se exponen aquí otros factores con los que se relaciona, como la dislipemia y la enfermedad renal crónica.

Métodos:
Se ha llevado a cabo un estudio unicéntrico y transversal, en el que se han incluido 1675 pacientes con cardiopatía isquémica crónica atendidos en la consulta de cardiología entre los años 2016-2024. A dichos pacientes se les ha estudiado y han sido clasificados según características clínicas (tabla 1), como son; edad, sexo, la presencia o no de hipertensión arterial y antecedentes familiares de cardiopatía isquémica. También se han clasificado según parámetros analíticos (tabla 2), como son las distintas mediciones lipídicas. Se realizó un análisis descriptivo y los valores de significación estadística se calcularon mediante la prueba T de Student para variables continuas y Chi – Cuadrado para variables categóricas.

Resultados:
los resultados se expresan en las tablas 1 y 2. La prevalencia de diabetes en nuestra población con cardiopatía isquémica crónica es de 33,9%. Los pacientes con diabetes asocian más frecuentemente hipertensión arterial y dislipemia con unos valores de p significativos. Asimismo, hay relación significativa entre la diabetes e IMC, perímetro abdominal y disminución del filtrado glomerular. No se han encontrado diferencias significativas entre la asociación de diabetes y sexo, lipoproteina a, o niveles de HDL en sangre.

Conclusiones:
En los pacientes con cardiopatía isquémica diabética, la diabetes se asocia fuertemente con otros factores de riesgo cardiovascular. Además, los niveles lipídicos son en general menores en los pacientes diabéticos. Debido a esto, es crucial un enfoque terapéutico integral que contemple el control glucémico, lipídico y tensional

Características clínicas.	Pacientes con Diabetes (%)	Pacientes sin Diabetes (%)	Valor de p
Total de pacientes con cardiopatía isquémica	568 (33,9%)	1107 (66,1%)	—
Sexo			0,475
- Masculino	33,5 %	—	
- Femenino	35,7 %	—	
Dislipemia	78,8 %	67,4 %	<0.0001
Antecedentes familiares de cardiopatía isquémica precoz	36,9 %	39,3 %	0,45
Hipertensión Arterial (HTA)	73,6 %	49,6 %	<0.0001
Edad de inicio de la cardiopatía isquémica (en años)	60,53 ± 11,78	58,38±11,46	<0.0001
IMC	29,21±4,54	28,03±4,05	<0.0001
PERÍMETRO ABDOMINAL (en cm)	103,86±12,02	99,50±11,33	<0.0001
FG (en ml/min)	72,65±22,84	79,19±18,67	<0.0001

Tabla 1. Características clínicas

Tabla 2. Parámetros analíticos.

Parámetros analíticos	Pacientes con diabetes	Pacientes sin diabetes	Valor de la P
COLESTEROL MÁX (mg/dl)	218,44±47,43	226,54±50,02	<0.0001
LDL MÁX (mg/dl)	130,80±40,63	142,74±43,73	<0.0001
HDL MÁX (mg/dl)	56,23±16,92	59,02±23,68	0,014
TRIGLICERIDOS MÁX (mg/dl)	277,66±237,49	205,41±146,32	<0.0001
LPA (mg/dl)	40,42±51,31	44,73±52,65	0,131

Tabla 2. Parámetros analíticos

ESTUDIO DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA ASOCIADA A PRÓTESIS VALVULAR AÓRTICA TRANSCATÉTER EN NUESTRO CENTRO (ID1)

Natalia Torrijos López[1], Andrea Alonso Campana[1], Clara Nuevo Gallardo[1], José Miguel Rojo Pérez[1], Estrella Suárez Corchuelo[2], Juan Manuel Nogales Asensio[2], María Reyes González Fernández[2] y José Ramón López Mínguez[3].

[1]*Médico interno residente de Cardiología. Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, Badajoz.*
[2]*Adjunto de Cardiología. Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, Badajoz.*
[3]*Jefe de Servicio de Cardiología de Badajoz. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz.*

Introducción:
La endocarditis infecciosa (EI) sobre válvula aórtica transcatéter (TAVI) constituye una complicación infrecuente. No obstante, con el aumento de estos procedimientos se anticipa un incremento de pacientes en riesgo. Nuestro objetivo fue estudiar los pacientes con EI sobre TAVI en nuestro centro y los factores predisponentes.

Material y Métodos:
Analizamos retrospectivamente 629 pacientes consecutivos sometidos a implante exitoso de TAVI en nuestro centro entre 2013 y 2025. Analizamos las variables basales, al ingreso y la evolución de los pacientes con EI sobre TAVI.

Resultados:
En los pacientes con implante de TAVI, la edad media fue de 80,6 ±5,4 años, con un 54,5% de mujeres. En 232 se implantó una prótesis autoexpandible. Durante el seguimiento (media de 49 meses), 13 pacientes presentaron EI sobre TAVI. De estos, la edad media fue 77,3 ± 6,00, siendo un 23,1% mujeres. En 3 pacientes (23,1%) la EI fue precoz (<60 días), en 3 (23,1%) tardía (60 días y 1 año) y en 7 (53,8%) muy tardía (>1 año). El microorganismo más frecuente fue el Enterococcus faecalis (46,15%), predominando la ausencia de foco (61,54%). En 2 pacientes se realizó tratamiento quirúrgico (15,4%). El desarrollo de complicaciones se dio en un 61,54% de casos, falleciendo 2 pacientes (25%).
En el análisis multivariante, las variables basales y durante el ingreso asociadas de forma independiente al desarrollo de EI sobre TAVI en el seguimiento fueron el sexo masculino (OR 3,61; IC95% 0,97 a 13,45; p=0,056) y la situación crítica pre-implante de TAVI (OR: 8,09; IC95%: 2,00 a 32,69; p=0,003).

Conclusiones:
La incidencia de EI sobre TAVI en nuestra cohorte fue infrecuente, predominando un desarrollo muy tardío. La mayoría de pacientes recibió tratamiento médico y se dio un elevado porcentaje de complicaciones. El sexo masculino y una situación crítica pre-implante asociaron una mayor incidencia de EI sobre TAVI.

EVENTOS CARDIOVASCULARES A TRES AÑOS DE SEGUIMIENTO EN PACIENTES CON DISFUNCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA Y ENFERMEDAD DE TRONCO CORONARIO (ID15)

Elias Majluf Abdala, David Chipayo González, Miguel Silva Cerpa, Carla Guillem Ferrer, Rafael Cantisán Campillos, Marcos García Jambrina, María Victoria Mogollón Jiménez, José Javier Gómez Barrado.

Servicio de cardiología. Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres.

Introducción:
La cardiopatía isquémica es la primera causa de muerte en insuficiencia cardiaca (IC). Sin embargo, la revascularización ha demostrado resultados contradictorios. Actualmente, el beneficio de la revascularización coronaria en pacientes con enfermedad de tronco coronario (TC) y disfunción ventricular izquierda no está claro.

Objetivos:
Comparar la prevalencia de un endpoint primario (muerte CV, infarto agudo de miocardio o reingreso por IC) entre los pacientes con enfermedad de TC y disfunción ventricular izquierda que reciben solo terapia médica óptima (TMO), TMO + ICP ó TMO + CRC.
Como objetivo secundario comparamos la prevalencia ajustada de un endpoint secundario de muerte CV, IAM, ingreso por IC o revascularización no planificada.

Métodos:
Estudio unicéntrico, observacional y retrospectivo en pacientes con disfunción ventricular con FEVI <40% y estenosis >50% del TC.
Se realizó una base de datos de los pacientes que cumplían dichas características vistos entre el 2015 y 2020.
Se excluyeron los pacientes que hayan tenido ICP previas, SCA como presentación o seguimiento menor a 3 años.

Resultados:
Obtuvimos 275 pacientes, la edad media fue de 71+-11 años. El 78% eran masculinos. 82% tenían HTA, 35% DM-2, 20% fibrilación auricular.
La FEVI media fue de 32+-6,9%. 49% de pacientes recibieron TMO+ICP, 31,4% recibieron TMO+CRC y 19,55% recibieron solo TMO.
El 43,1% se presentaron como IC aguda. En el análisis retrospectivo la muerte CV en el grupo fue de 12,5%, la prevalencia de IAM fue de 4,9% y el reingreso por IC fue de 14,7%.
La tabla 1 muestra el hazard ratio total y ajustado por pareamiento por puntaje de propensión del endpoint primario y secundario.
No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el endpoint primario ni en sus componentes. Por otro lado, sí se encontró una mayor prevalencia de revascularización no planificada en el grupo de ICP+TMO comparado con el grupo de CRC+TMO y el grupo de solo TMO.

Conclusiones:
En este estudio de vida real se ha encontrado que en pacientes con disfunción ventricular y enfermedad de TC, la revascularización coronaria (ICP o CRC) no está asociada con una reducción del riesgo del endpoint primario.
La estrategia de ICP se asoció a un mayor riesgo de revascularización no planificada en el seguimiento.

	HR	HR (ajustado por PS)
Endpoint primario	CRC+TMO vs ICP+TMO 0,46 (0,19-0,94) p 0,023 CRC+TMO vs TMO 0,61 (0,46+0,87) p 0,023 ICP+TMO vs TMO 0,7 (0,54-0,98) p 0,061	CRC+TMO vs ICP+TMO 0,87 (0,58-1,01) p 0,053 CRC+TMO vs TMO 0,94 (0,87-1,67) p0,081 ICP+TMO vs TMO 0,8 (0,71 – 1,45) p 0,165
Muerte CV	CRC+TMO vs ICP+TMO 0,29 (0,19-0,94) 0,023 CRC+TMO vs TMO 0,79 (0,46-0,87) p 0,023 ICP+TMO vs TMO 0,87 (0,54 – 1,06) p 0,58.	CRC+TMO vs ICP+TMO 0,45 (0,23-1,05) p 0,067 CRC+TMO vs TMO 1,03 (0,78-1,45) p 0,765 ICP+TMO vs TMO 0,98 (0,87 – 1,93) p 0,8
Infarto agudo de miocardio	CRC+TMO vs ICP+TMO 1,05 (0,67 – 2,78) p 0,93 CRC+TMO vs TMO 0,67 (0,21-0,74) ICP+TMO vs TMO 0,49 (0,54 – 0,68) 0,41	CRC+TMO vs ICP+TMO 0,87 (0,61-1,45) p 0,57 CRC+TMO vs TMO 0,39 (0,29-1,02) p 0,082 ICP+TMO vs TMO 0,85 (0,74 – 1,17) p 0,55
Reingreso por IC	CRC+TMO vs ICP+TMO 0,93 (0,81 – 1,98) p 0,09 CRC+TMO vs TMO 0,87 (0,64-1,22) p 0,18 ICP+TMO vs TMO 0,77 (0,54-1,19) p 0,35	CRC+TMO vs ICP+TMO 0,87 (0,69-1,69) p 0,1 CRC+TMO vs TMO 0,58 (0,64 – 1,22) p 0,052 ICP+TMO vs TMO 0,70 (0,64-1,78) p 0,27
Revascularización no planeada	CRC+TMO vs ICP+TMO 0,61 (0,12-0,72) p 0,021 CRC+TMO vs TMO 0,49 (0,27-0,72) p 0,018 ICP+TMO vs TMO 1,53 (1,12 – 1,8) 0,028	CRC+TMO vs ICP+TMO 0,81 (0,47-0,91) p 0,041 CRC+TMO vs TMO 0,78 (0,64 – 1,01) p 0,057 ICP+TMO vs TMO 1,21 (1,07 – 1,62) `0,047

FEVI COMO ESTRATIFICADOR PRONÓSTICO EN NUESTROS PACIENTES ISQUÉMICOS (ID16)

Marcos García Jambrina, Rafael Cantisán Campillos, Estrella Martínez Bermúdez, Rocío Soledad González Garay, Celia González Peramato, Ana Macarro Soto, Guillem Ferrer Carla, José Javier Gémez Barrado.

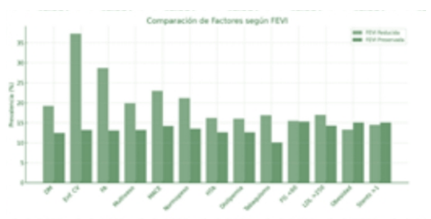
Servicio Cardiología del Hospital San Pedro Alcántara, Cáceres.

Introducción:
La fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) es un marcador clave en la estratificación del riesgo y pronóstico de la cardiopatía isquémica, asociado a mayor morbimortalidad cuando está reducida. Este estudio analiza la relación entre FEVI y factores clínicos y ateroscleróticos, incluyendo enfermedad coronaria multivaso, dislipemia, diabetes mellitus (DM), fibrilación auricular (FA) y eventos cardiovasculares adversos mayores (MACE).

Material y Métodos:
Se realizó un estudio observacional transversal con 949 pacientes con cardiopatía isquémica. Se estratificaron en dos grupos según FEVI conservada (≥50%) o deprimida (<50%). Se analizaron asociaciones mediante pruebas de chi-cuadrado entre FEVI y factores clínicos relevantes, como HTA, DM, tabaquismo, dislipemia, FA, enfermedad cerebrovascular, función renal alterada (FG <60 ml/min), extensión de la enfermedad coronaria y MACE.

Resultados:
El 14,9% presentó FEVI reducida, asociándose significativamente con DM (p=0,005), enfermedad cerebrovascular (p<0,001), FA (p<0,001), enfermedad coronaria multivaso (p=0,012) y MACE (p=0,001). También se observó menor frecuencia de normopeso en este grupo (p=0,011). No hubo diferencias significativas con respecto a HTA, dislipemia, tabaquismo, insuficiencia renal crónica, obesidad, niveles de LDL elevados ni número de stents implantados. (Resto de resultados en tabla adjunta)

Variable	FEVI Reducida (%)	FEVI Preservada (%)	p-valor
Diabetes Mellitus	19,2%	12,5%	0,005
Enfermedad cerebrovascular	37,3%	13,2%	<0,001
Fibrilación auricular	28,7%	13,1%	<0,001
Enfermedad coronaria multivaso	19,9%	13,2%	0,012
Eventos cardiovasculares mayores (MACE)	23,0%	14,2%	0,001
Normopeso	21,2%	13,5%	0,011
Hipertensión arterial	16,2%	12,6%	0,142
Dislipemia	16,0%	12,6%	0,164
Tabaquismo (activo o exfumador)	16,9%	10,1%	0,080
FG < 60 ml/min	15,5%	15,3%	0,940
LDL > 250 mg/dL	17,0%	14,3%	0,333
Obesidad (IMC > 30)	13,3%	15,1%	0,453
Número de stents (>1)	14,5%	15,1%	0,812



Conclusiones:
La reducción de FEVI en pacientes con cardiopatía isquémica se asocia con mayor prevalencia de DM, FA, enfermedad cerebrovascular y enfermedad coronaria avanzada. Su presencia también se correlaciona con una mayor carga de eventos cardiovasculares adversos, lo que resalta la importancia de una vigilancia estrecha y una optimización terapéutica en estos pacientes.

IMPACTO DE LA REVASCULARIZACIÓN PERCUTÁNEA POR ANGINA ESTABLE EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO PREVIO: ¿MÁS BENEFICIO O MAYOR RIESGO? (ID9)

Guillem Ferrer, Carla; Silva Cerpa, Miguel Ángel; Majluf Abdala, Elías Emilio; García Jambrina, Marcos; Cantisán Campillos, Rafael; González Garay, Rocío Soledad; Martínez Bermúdez, Estrella; Gómez Barrado, José Javier; Mogollón Jiménez, María Victoria.

Servicio de cardiología, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres.

Introducción y Objetivo:
La revascularización coronaria inmediata es fundamental en pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM). Sin embargo, algunos de estos pacientes requieren revascularizaciones posteriores por angina estable (AE), lo que plantea interrogantes sobre su impacto en la incidencia de eventos cardiovasculares adversos mayores (MACE). El objetivo de este estudio es analizar la relación entre la revascularización por AE en pacientes que ya han tenido un evento (IAM) y la aparición de MACE, así como evaluar si el número de revascularizaciones por AE influye en la incidencia de estos eventos.

Material y Métodos:
Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo en una cohorte de 951 pacientes con IAM previo revascularizado percutáneamente. Se evaluó la incidencia de MACE (definido como re-IAM no mortal, ictus no mortal, hospitalización/visita a urgencias por insuficiencia cardíaca) en función de la presencia o ausencia de revascularización por AE. Asimismo, se analizó la relación entre el número de revascularizaciones por AE y la aparición de MACE. Se emplearon pruebas t de Student y ANOVA para el análisis estadístico.

Resultados:
Los pacientes con IAM previo que fueron revascularizados posteriormente por AE presentaron una mayor incidencia de MACE en comparación a aquellos que no tuvieron AE (28.6% vs 17.2%, p=0.56). Dentro del grupo de pacientes revascularizados por AE, la tasa de MACE fue del 33.3% en aquellos con 1 revascularización adicional, mientras que en pacientes con >1 revascularización adicional fue del 0%, aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa (p=0.58).

Conclusiones:
En esta cohorte de pacientes con IAM previo, la revascularización por angina estable no mostró una asociación significativa con la aparición de MACE. Tampoco se encontró una relación significativa entre el número de revascularizaciones adicionales y la incidencia de eventos cardiovasculares. No obstante, la mayor incidencia de MACE en pacientes revascularizados por angina estable plantea la necesidad de reconsiderar la indicación del abordaje invasivo frente a estrategias más conservadoras.

LA IMPORTANCIA DE LA IMAGEN MULTIMODAL: A PROPÓSITO DE UN CASO (ID5)

Miguel Ángel Silva Cerpa, Carla Guillem Ferrer, Elías Emilio Majluf Abdala, Rafael Cantisán Campillos, Marcos García Jambrina, Estrella Martínez Bermúdez, Rocío Soledad González Garay, María Victoria Mogollón Jiménez.

Servicio de Cardiología del Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres.

Introducción:
La imagen multimodal es la piedra angular en el diagnóstico del síndrome de Tako-Tsubo atípico, ya que permite una evaluación detallada de la función y estructura miocárdica. Técnicas como la ecocardiografía, la resonancia magnética y la tomografía computarizada ayudan a diferenciarlo de otras cardiopatías, detectando alteraciones sutiles en la contractilidad y perfusión que optimizan el tratamiento y pronóstico del paciente

Descripción del caso:
Presentamos el caso de una mujer de 72 años, hipertensa y dislipémica, con antecedente de fibrilación auricular permanente. Acude a urgencias por dolor torácico opresivo irradiado a región interescapular en reposo, sin otra clínica asociada.
El electrocardiograma evidenció inversión de ondas T en derivaciones I y aVL. En la exploración física, se encontraba estable hemodinámicamente, sin semiología de insuficiencia cardiaca y la ecocardioscopia mostraba un ventrículo izquierdo con hipoquinesia de todos los segmentos medios e hipercontractilidad basal y apical con FEVI ligeramente reducida (48% BiPlano). Analíticamente se observó una troponina T de 250 ng/L y un NTproBNP 2574 pg/mL.
El paciente ingresó en UCCA por sospecha de SCA sin elevación del ST. A las 12 horas se realizó la coronariografía mostrando coronarias sin lesiones significativas, con una ventriculografía que confirmaba los hallazgos ecocardiográficos. Se realizó RMN cardiaca observándose en secuencias de mapeo T1 nativo, niveles elevados hasta 1105 mseg en regiones medioventriculares anterior y lateral, así como valores aumentados de T2 (hasta 66 mseg) en las mismas. En secuencias de realce tardío con gadolinio se observaron áreas de captación de carácter heterogéneo intramiocárdico (tipo patrón no isquémico). Todo ello sugestivo de síndrome de Tako-Tsubo atípico medioventricular.
La paciente fue incluida en estudio BetaTako, aleatorizada a rama de betabloqueantes. Evolucionó de forma favorable y fue dada de alta pendiente de revisión de forma ambulatoria.

Resultados:
Los pacientes con IAM previo que fueron revascularizados posteriormente por AE presentaron una mayor incidencia de MACE en comparación a aquellos que no tuvieron AE (28.6% vs 17.2%, p=0.56). Dentro del grupo de pacientes revascularizados por AE, la tasa de MACE fue del 33.3% en aquellos con 1 revascularización adicional, mientras que en pacientes con >1 revascularización adicional fue del 0%, aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa (p=0.58).

Discusión y conclusiones:
El síndrome de Tako-Tsubo atípico medioventricular es una variante poco común de esta miocardiopatía transitoria, caracterizada por disfunción en la porción media del ventrículo izquierdo con función conservada en los segmentos apicales y basales. Su fisiopatología aún no se comprende completamente, pero se asocia con una disfunción del sistema nervioso autónomo y descarga adrenérgica excesiva. Aunque suele ser reversible, puede complicarse con insuficiencia cardiaca, arritmias o trombosis intraventricular.
El pronóstico generalmente es favorable con un manejo adecuado. La imagen multimodal es fundamental para el diagnóstico diferencial y el seguimiento, permitiendo optimizar el tratamiento con betabloqueantes, IECA y anticoagulación en casos indicados.

LP(A) Y SEVERIDAD DE ENFERMEDAD CORONARIA (ID13)

Estrella Martínez Bermúdez, Rocío Soledad González Garay, Miguel Ángel Silva Cerpa, Carla Guillem Ferrer, Elías Emilio Majluf Abdala, Rafael Cantisán Campillos, María Victoria Mogollón Jiménez, José Javier Gómez Barrado.

Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres.

Introducción:
La lipoproteína(a) Lp(a) es una partícula similar a la LDL, con una fuerte influencia genética y un papel clave en la aterosclerosis. Se ha identificado como un factor de riesgo cardiovascular independiente, asociado con mayor severidad de la enfermedad coronaria y necesidad de intervenciones percutáneas. Este estudio analiza la asociación entre niveles elevados de Lp(a) y diversos desenlaces clínicos en pacientes con cardiopatía isquémica.

Material y Métodos:
Este estudio analiza la asociación entre los niveles de Lp(a) y eventos cardiovasculares en una cohorte de 369 pacientes. Se examinan la presencia de enfermedad coronaria significativa, el uso de stents y el compromiso de vasos sanguíneos, considerando un umbral de Lp(a) > 50 mg/dL.
Se realizó un análisis observacional retrospectivo mediante tablas cruzadas y pruebas de chi-cuadrado. Se compararon los grupos con Lp(a) ≤ 50 mg/dL y > 50 mg/dL en relación con variables como más de un evento cardiovascular, afectación de uno o más vasos y necesidad de intervenciones percutáneas con uno o más stents.

Resultados:
El 79,7% de la muestra eran hombres, y el 68,8% tenían antecedentes familiares de cardiopatía isquémica. Los datos descriptivos de ambos grupos se muestran en la Tabla 1. No se encontró asociación significativa entre Lp(a) > 50 mg/dL y la recurrencia de eventos cardiovasculares. Se observó una correlación significativa entre Lp(a) elevada y el compromiso de uno o más vasos y el uso de uno o más stent aunque la relación con el uso de más de dos stent no fue significativa (estos resultados se muestran en la Tabla 2).

Discusión:
La elevación de Lp(a) se asoció con enfermedad coronaria más extensa y necesidad de intervenciones percutáneas, aunque no con mayor incidencia de eventos cardiovasculares. Estos hallazgos resaltan la importancia de considerar Lp(a) en la estratificación de riesgo cardiovascular.

Tabla 1. Análisis descriptivo y estadístico de características basales.

	LpA <50	LpA>50	p signifiación
Prevalencia	56,4% (202)	43,6% (156)	-
Edad inicio CI	52,66 +/- 9,411	51,95 +/- 9,456	0,699
Colesterol total	258,036 +/- 62,04	265 +/- 58,22	0,533
LDL max	167,47 +/- 46,7	173,51 +/- 52,15	0,123
HDL max	55,1 +/- 13,42	58,63 +/- 15,73	0,046

Tabla 2. Resultados del análisis estadístico comparativo.

	LpA <50	LpA>50	p signifiación
Más de un evento CV	55,7%	44,3%	0,935
Más de un vaso	51,1%	48,9%	0,036
Más de 2 vasos	51,8%	48,2%	0,312
Más de 1 stent	50,9%	49,1%	0,053
Más de 2 stent	48,4%	51,6%	0,068

MORTALIDAD AL AÑO EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 CON ENFERMEDAD CORONARIA MULTIVASO EN TRATAMIENTO CON ANÁLOGOS DEL RECEPTOR EL GLUCÓGENO TIPO 1 (ID7)

Rafael Cantisán Campillos, Marcos García Jambrina, Estrella Martínez Bermúdez, Rocío Soledad González Garay, Ana Macarro Soto, Celia González Peramato Muro, María Victoria Mogollón Jiménez, José Javier Gómez Barrado.

Servicio de Cardiología, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres

Introducción:
Los análogos del GLP-1 (aGLP-1) son fármacos utilizados en el control glucémico de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Sin embargo, sus beneficios cardiovasculares van más allá, sugiriendo efectos protectores en pacientes con enfermedad cardiovascular establecida. No obstante, las pruebas de su impacto en pacientes con un riesgo cardiovascular muy elevado, como los pacientes con DM2 y enfermedad coronaria multivaso (ECVM), son limitadas.

Obejtivos y Métodos:
Con el objetivo de evaluar la asociación entre el uso de aGLP-1 y la incidencia de eventos cardiovasculares mayores, se realiza este estudio de cohortes retrospectivo unicéntrico en pacientes con DM2 y ECVM, con un seguimiento clínico mínimo de 1 año. Los pacientes se clasificaron en dos grupos: usuarios de aGLP-1 y no usuarios de aGLP-1. Se registraron las siguientes variables: mortalidad por cualquier causa, mortalidad cardiovascular, infarto de miocardio, hospitalización o atención urgente por insuficiencia cardiaca aguda e ictus. El seguimiento se realizó mediante revisión de las historias clínicas.

Resultados:
Se exponen en las tablas 1,2 y 3.

Tabla1. Estadísticos descriptivos

	aGLP 1	No aGLP1		aGLP1	No aGLP1
N	36%	64%	FA	5%	15%
Hombres	66%	87%	ERC	22%	25%
HTA	83%	78%	DEBUT IAM	61%	68%
DLP	77%	78%	AP de ICTUS	5%	9%
HÁBITO TABÁQUICO	61%	50%	EPOC	11%	6%

Tabla2 . Resultados de análisis univariado

	GLP1	NO GLP1	OR	P
MUERTE POR TODAS LAS CAUSAS	2 pacientes	12 pacientes	0.703 (0.514-0.963)	0.041
MORTALIDAD CV	0 pacientes	5 pacientes	0.897 (0.719-0.979)	0.048
IAM	2 pacientes	4 pacientes	0.895 (0.81-1.47)	0.303
IC	1 paciente	9 pacientes	0.125 (0.57-0.081)	0.038
ICTUS	0 pacientes	3 pacientes	0.964 (0.811-1,013)	0.253

Tabla 3. Resultados análisis multivariado

	OR GLP1 VS NO GLP1	P
MUERTE POR TODAS LAS CAUSAS	0,915 (0814-0,975)	0.046
MORTALIDAD CV	0,767 (0,524-1,056)	0.588
IAM	0,975 (0,745-1,96)	0.675
IC	0,846 (0,67-0,918)	0.042
ICTUS	0,989 (0,889-1,945)	0.679

Conclusión:
En pacientes con DM2 y MVCAD, el tratamiento con aGLP-1 se asoció a una reducción significativa de la mortalidad por cualquier causa y de los episodios de insuficiencia cardiaca aguda. Estos resultados ponen de manifiesto la importancia del aGLP-1 como estrategia terapéutica a considerar en este subgrupo de pacientes de alto riesgo. Se necesitan más estudios prospectivos para confirmar estos beneficios y explorar los mecanismos fisiopatológicos subyacentes.

REINFARTO NO MORTAL Y HOSPITALIZACIONES/VISITAS A URGENCIAS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA COMO PREDICTORES DE EVENTOS CARDIOVASCULARES MAYORES (ID8)

Guillem Ferrer, Carla; Silva Cerpa, Miguel Ángel; Majluf Abdala, Elías Emilio ; García Jambrina, Marcos; Cantisán Campillos, Rafael ; González Garay, Rocío Soledad; Martínez Bermúdez, Estrella ; Gómez Barrado, José Javier; Mogollón Jiménez, María Victoria.

Servicio de Cardiología, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres.

Introducción y Objetivos:
Los eventos cardiovasculares adversos mayores (MACE) constituyen una de las principales causas de morbimortalidad en pacientes con cardiopatía isquémica. Identificar factores predictores de MACE es crucial para optimizar el manejo terapéutico de nuestros pacientes y mejorar su pronóstico. El objetivo de este estudio es analizar si el número de re-IAM no mortales y/o la cantidad de hospitalizaciones/visitas a Urgencias por insuficiencia cardíaca (IC) tienen relación con la incidencia de MACE en pacientes con cardiopatía isquémica crónica.

Material y Métodos:
Estudio observacional y retrospectivo de 405 pacientes con cardiopatía isquémica crónica por infarto agudo de miocardio (IAM). Se analizó, por un lado, la relación entre el número de re-IAM no mortales y la tasa de MACE, y por otro lado, la relación entre el número de hospitalizaciones/visitas a Urgencias por IC y la incidencia de MACE. Se definió MACE como un combinado de re-IAM no mortal, ictus no mortal, mortalidad cardiovascular y hospitalización/visita a urgencias por IC. El análisis se realizó mediante modelos de regresión logística binaria.

Resultados:
Por un lado, se objetivó que a mayor número de hospitalizaciones/visitas a Urgencias por IC, mayor probabilidad de presentar un MACE ($p < 0.0001$). Por otro lado, también se observó que a medida que aumentaba el número de re-IAM no mortales, también aumentaba la probabilidad de tener un MACE, sugiriendo una fuerte relación positiva (coeficiente de 6,0640, $p< 0.0001$, datos recogidos en la Tabla).

Variable	Coeficiente	Error Estándar	Valor z	Valor p	IC 95% Inferior	IC 95% Superior
Nº Ingresos/visitas Urgencias por IC	0.7259	159	4.576	0,000	0.4150	1.0370
Nº re-IAM no mortal	6.0640	1.048	5.787	0,000	4.0100	8.1180

Conclusiones:
Estos hallazgos sugieren que tanto los re-IAM no mortales como las hospitalizaciones/visitas a Urgencias por IC están fuertemente relacionadas con un mayor riesgo de presentar un MACE en pacientes con cardiopatía isquémica, especialmente en aquellos con IAM previo.

SITUACIÓN ACTUAL DE LA ESTRATEGIA DE CONTROL DE RITMO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR FIBRILACIÓN AURICULAR EN NUESTRO MEDIO (ID18)

Elena María Hurtado Algar, Inmaculada Gómez Sánchez, Javier Martínez Salto, Madalena Monteiro Paiva Chaves, Sandra Pérez Frías, Begoña Pérez Gómez, Carlos Palanco Vázquez y Antonio Enrique Gordillo Higuero.

Servicio de Cardiología del Hospital de Mérida.

Introducción y Objetivo:
La fibrilación auricular (FA) es la arritmia cardíaca sostenida más frecuente en adultos a nivel mundial, y asocia una importante morbimortalidad. Es crucial una adecuada selección de la mejor estrategia terapéutica.

Material y Métodos:
Estudio descriptivo observacional, en el que se analizaron 206 pacientes ingresados entre 2021 y 2023 con el diagnóstico previo o al ingreso de FA en los que se optase por una estrategia de control del ritmo.

Resultados:
Esta estrategia se realizó en el 23,79% de los pacientes, y más frecuentemente en hombres (p 0,003). La edad media fue significativamente menor que en aquellos en los que optó por control de FC: 67,65 años frente a 77,3 (p 0,001).
Se realizó CVE en el 17,48% de los casos. El fármaco antiarrítmico más utilizado fue la amiodarona, seguido de la flecainida (46,94% y 14,29%). En el 14,29% se realizó ablación de venas pulmonares.
No hubo diferencias en la tasa de reingresos entre ambas estrategias (p 0,4), pero sí se observó de forma estadísticamente significativa una menor mortalidad (p 0,013).

Conclusiones:
En pacientes más mayores la incidencia de FA es mayor, así como la tasa de hospitalización, lo cual explicaría el predominio de la estrategia de control de FC en nuestra muestra.
La mortalidad fue menor en la estrategia de control del ritmo, en probable relación con un mejor perfil de estos pacientes.
El menor uso de la estrategia de control de ritmo en mujeres va en línea con la evidencia científica disponible, probablemente debido a un diagnóstico de FA más tardío y a mayor edad.

UTILIDAD DEL ÁCIDO BEMPEDOICO EN CARDIOPATÍA ISQUÉMICA CRÓNICA. DATOS EN VIDA REAL (ID12)

Estrella Martínez Bermúdez, Rocío Soledad González Garay, Miguel Ángel Silva Cerpa, Carla Guillem Ferrer, Elías Emilio Majluf Abdala, Marcos García Jambrina, María Victoria Mogollón Jiménez, José Javier Gómez Barrado

Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres.

Introducción:
Los pacientes con cardiopatía isquémica crónica pertenecen al grupo de muy alto riesgo cardiovascular, por lo que el objetivo de LDL-c debe ser inferior a 55 mg/dL. Cuando este objetivo no se alcanza con terapias hipolipemiantes convencionales (estatinas de alta potencia y ezetimibe), el ácido bempedoico representa una alternativa eficaz antes de recurrir a tratamientos inyectables.

Material y Métodos:
Se presenta un estudio observacional prospectivo que evalúa el efecto del ácido bempedoico en pacientes con cardiopatía isquémica crónica y control subóptimo de LDL (>55 mg/dl) a pesar del tratamiento con estatinas de alta potencia y ezetimibe. Se analizan cambios en los niveles lipídicos y la proporción de pacientes que logran un control adecuado de LDL.

Se registraron variables demográficas y clínicas como sexo, hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM) y antecedentes familiares de cardiopatía isquémica precoz. Se midieron niveles de LDL, TG, colesterol total, HDL y Lp(a) antes y después del tratamiento. Se realizó una prueba t de student para comparar las medidas pre y post tratamiento.

Resultados:
Se incluyeron 91 pacientes a partir de septiembre de 2023. La población fue predominantemente masculina (80,2%). El 50,5% presentó HTA y el 19,8% DM. La media de edad fue de 61,3 años. Tras el tratamiento, se observó una reducción del LDL del 14,03% (media inicial: 72,54 mg/dl, final: 62,36 mg/dl). Un 37,7% de los pacientes logró alcanzar niveles de LDL <55 mg/dl. Otros parámetros lipídicos mostraron variaciones mínimas (Tabla 1).

Tabla 1. Resultados del análisis comparativo.

	Antes de Ac. Bempedoico	Después de Ac. Bempedoico
Colesterol total	143,78 +/- 27,2	150,87 +/- 149,74
HDL	49,97 +/- 11,36	48,45 +/- 13,52
LDL	72,54 +/- 20,15	62,36 +/- 22,88
LpA	58,08 +/- 48,45	57,34 +/- 46,21
Triglicéridos	120,88 +/- 101,97	112,34 +/- 80,46

Conclusiones:
El ácido bempedoico añadido al tratamiento combinado logró una reducción significativa en los niveles de LDL en pacientes con cardiopatía isquémica y LDL >55 mg/dl, permitiendo alcanzar objetivos terapéuticos en un porcentaje considerable de casos. Por tanto, se recomienda su inicio en pacientes que no logran objetivo de LDL con terapias convencionales.