

Latido

PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA SOCIEDAD VALENCIANA DE CARDIOLOGÍA

EDITOR: J. COSÍN SALES

www.svcardio.org

SOCIETAT VALENCIANA DE CARDIOLOGIA

XXXII Congreso Sociedad Valenciana de Cardiología

VALENCIA
(Hotel Sorolla Palace)
28 y 29 de Mayo de 2015

Vol. 15 · Número 5 · Extra Mayo 2015

Latido

Publicación oficial de la Sociedad Valenciana de Cardiología
Av. de la Plata 20, 46013 VALENCIA

Editor
JUAN COSÍN SALES

Comite de Redacción
ALEJANDRO BELLVER NAVARRO
PILAR CARRILLO SÁEZ
VICENTE CLIMENT PAYÁ
ERNESTO DALLÍ PEYDRÓ
JOSÉ LUÍS DIEZ GIL
LORENZO FACILA RUBIO
AMPARO HERNÁNDIZ
ALICIA MACEIRA GONZÁLEZ
JULIO NÚÑEZ VILLOTA
JOAQUÍN OSCA ASENSI
JOSÉ LEANDRO PÉREZ BOSCÁ
ESTHER ZORIO GRIMA

Volumen 15 • número 5 • Extra Mayo 2015

Se distribuye a los miembros de la SVC.
Secretaría Técnica: AUREN, S.L..
Avda. Constitución, 162 - 46009 VALENCIA - Tel. 963 66 40 50
Fax: 963 65 31 31
E-mail: abru@vlc.auren.es

Correspondencia con el editor
Apartado correos 1.161 - 46080 VALENCIA

Copyright 1989, Sociedad Valenciana Cardiología.
Publicación autorizada por el Ministerio de Sanidad
como soporte válido Ref. SVR nº 495.

Composición e impresión:
INDUSTRIA GRAFICA VALENCIANA, S.L.
Puebla de Farnals 60, 46022 VALENCIA - Tel 963 30 78 57

Nº Depósito legal V-101-1986
ISSN: 0214-3682

JUNTA DIRECTIVA DE LA S.V.C.

Presidente:
JUAN GABRIEL MARTÍNEZ MARTÍNEZ

Presidente electo:
RAFAEL PAYÁ SERRANO

Vicepresidentes:
MIRIAM SALIM MARTÍNEZ (V)
ALEJANDRO CORTELL FUSTER (CS)

Secretario:
JOAQUÍN OSCA ASENSI

Secretario electo:
ENRIQUE PERIS DOMINGO

Tesorero:
JUAN MIGUEL RUIZ NODAR

Vocales:
FRANCISCO GONZÁLEZ LLOPIS (A)
CARLOS SORIANO NAVARRO (CS)
JOAQUÍN MARTÍN PASTOR (V)

Editor:
JUAN COSÍN SALES

Responsables página web:
LORENZO FACILA RUBIO

INSVACOR:
ANTONIO SALVADOR SANZ

RESPONSABLES DE LAS SECCIONES CIENTÍFICAS

ESTIMULACIÓN CARDIACA Y ARRITMIAS

Presidente: Ángel Ferrero de Loma-Osorio
Secretario: Óscar Cano Pérez

CARDIOLOGÍA CLÍNICA

Presidenta:
Secretaria: Clara Oliver Navarrete

PREVENTIVA Y OTROS FACTORES DE RIESGO

Presidente: Manuel Gómez Martínez
Secretaria: Margarita Gudin Uriel

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA, ECG Y FISIOPATOLOGÍA DEL EJERCICIO

Presidenta: Clara Bonanad Lozano
Secretario: Sergio García Bias

IMAGEN CARDIACA

Presidente: Begoña Igual Muñoz
Secretario: Jorge Estornell Erill

HEMODINÁMICA Y CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA

Presidente: Luis Andrés Lalaguna
Secretaria: Araceli Frutos García

ENFERMERÍA CARDIOLÓGICA

Presidenta: Nati Mihi Hornos
Secretario: Rafael Soler Carbó
Vocal por Castellón: Mª Carmen Martínez Muñoz
Vocal por Alicante: Laura Beneito Armengot

Sumario

Sumario 3

Comité de Honor, Organizador y Científico 4

Presentación
Joaquín Martín Pastor 5

Resumen del Programa Científico 6

Programa Científico 7

Programa Social 22

Reuniones de Secciones y Grupos de Trabajo 22

Asamblea General 23

Premios a Comunicaciones 23

Comunicaciones Libres: Resúmenes 24

Índice de Autores 49

Índice de Palabras Clave 51

Índice Temático 52

Notas de Interés General 55

Agradecimientos 56

XXXII CONGRESO DE LA SOCIEDAD VALENCIANA DE CARDIOLOGÍA

VALENCIA, 28 y 29 de Mayo de 2015

Hotel Sorolla Palace - Valencia

COMITÉ DE HONOR

Honorable. Sr. D. Manuel Llombart Fuertes.
Conseller de Sanitat.

Excma. Sra. Dª. Rita Barberá Nolla.
Alcaldesa Excmo. Ayto. de Valencia.

Ilustrísima Sra. Dª. Mercedes Hurtado Sarrió.
Presidenta del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Valencia.

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente: J. Martín Pastor

Secretario: E. Baldó

Vocales:

M.A. Arnau Vives
M. Gudin Uriel
J. Navarro Manchón
J. Núñez Villota
F. Ridocci Soriano
I. Roldán Torres
J. Ruvira Durante
J. Sánchez

COMITÉ CIENTÍFICO:

L. Andrés Lalaguna
C. Bonanad Lozano
Ó. Cano Pérez
A. Cortell Fuster
J. Cosín Sales
J. Estornell Erill
L. Fácila Rubio
A. Ferrero de Loma Osorio
A. Frutos García
S. García Blas
A. García Fernández
M. Gómez Martínez
F. González Llopis
M. Gudin Uriel
B. Igual Muñoz
M.P. López Lereu
J. Martín Pastor
J.G. Martínez Martínez
N. Mihi Hornos
C. Oliver Navarrete
J. Osca Asensi
V. Palanca Gil
R. Payá Serrano
E. Peris Domingo
J.M. Ruiz Nodar
A. Salvador Sanz
M. Salim Martínez
M. Sandín Rollán
R. Soler Carbó
C. Soriano Navarro

JUNTA DIRECTIVA DE LA S.V.C.:

Presidente:	Juan Gabriel Martínez Martínez	Vocales:	Francisco González Llopis (A)
Presidente electo:	Rafael Payá Serrano		Carlos Soriano Navarro (CS)
Vicepresidentes:	Miriam Salim Martínez (V)		Joaquín Martí Pastor (V)
	Alejandro Cortell Fuster (CS)	Responsables Pág. Web:	Lorenzo Fácila Rubio
Secretario:	Joaquín Osca Asensi	Editor:	Juan Cosín Sales
Secretario electo:	Enrique Peris Domingo	INSVACOR:	Antonio Salvador Sanz
Tesorero:	Juan Miguel Ruiz Nodar		

PRESENTACIÓN

Queridos compañeros:

En nombre del Comité Organizador quiero daros la bienvenida al XXXII Congreso de la Sociedad Valenciana de Cardiología, que este año celebramos en la ciudad de Valencia durante los días 28 y 29 de mayo en el Hotel Sorolla Palace.

Ha sido objetivo primordial de la Junta Directiva, el Comité Científico y el Comité Organizador, elaborar un programa científico que abarque temas de máximo interés o controversia en los distintos ámbitos de la cardiología, esperando que el resultado de este Congreso sea un aliciente en la práctica clínica habitual.

Como en Congresos anteriores hemos intentado la máxima implicación y colaboración de los residentes de Cardiología, esperando que sigan siendo sangre nueva en la participación y en la renovación de los contenidos a tratar, así mismo se les anima a asociarse a la Sociedad Valenciana de Cardiología, alma mater de estos Congresos.

Queremos hacer llegar nuestro agradecimiento a todos los que nos han enviado resúmenes de sus trabajos de investigación (especialmente a los autores noveles) para ser presentados en nuestro Congreso y felicitamos de antemano a los ganadores de premios en las distintas secciones; reconociendo el alto nivel científico de los mismos. Por ello espero que tanto su presentación como la discusión derivada de la misma sean provechosas para todos y contribuyan a enriquecer el nivel científico del Congreso.

Agradezco personalmente a todos los compañeros de la Junta Directiva, el Comité Científico y el Comité Organizador la inestimable ayuda prestada para la organización de este Congreso.

Agradecer a las entidades colaboradoras y a todos sus delegados el apoyo que nos ofrecen, este resulta indispensable para que cada año la Sociedad Valenciana de Cardiología pueda celebrar su Congreso.

Los miembros de la Sociedad Valenciana de Cardiología y los participantes del Congreso debemos sentirnos orgullosos de ser parte de una sociedad científica que se esmera en preparar un congreso para todos. Es de vital importancia que nuestros investigadores sigan pensando que el Congreso es el mejor marco para presentar y debatir los resultados de los trabajos de investigación más novedosos realizados en nuestra comunidad. Es deseable que cada año aumente el número de comunicaciones enviadas, lo que significará que nuestra Sociedad sigue avanzando en la investigación de la fisiopatología, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares, lo que, sin duda, va a redundar en una mejor mejor atención hacia nuestros pacientes.

Deseamos que la reunión sea de vuestro interés y que paséis una agradable estancia en la ciudad de Valencia.

Un saludo

Joaquín Martín Pastor
Presidente Comité Organizador

RESUMEN DEL PROGRAMA CIENTÍFICO

Hora	JUEVES 28 DE MAYO			
	Sala "Recatí A"	Sala "Gran Pinedo"	Sala "Perellonet"	Sala "Arenas"
10'00 11'30	MESA DE RESIDENTES **ACTUALIDAD EN CARDIOLOGÍA**			
11'30 12'00	**ACTO INAUGURAL DEL CONGRESO**			
12'00 13'00	MESA REDONDA **TRATAMIENTOS DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA: LA ZONA DE CONFORT**			
13'00 14'00	MESA REDONDA **DESAFÍOS EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CON CARDIOPATÍA CONGÉNITA DEL ADULTO (CCA)**			
14'00 16'00	**COMIDA**			
16'00 17'00	Comunicaciones Libres **CARDIOLOGÍA CLÍNICA** (n.º 1 al 10)	Comunicaciones Libres **CARDIOLOGÍA CLÍNICA** (n.º 11 al 19)	Comunicaciones Libres **EXPERIMENTAL** (n.º 20 al 25) **ELECTROFISIOL., ARRITMIAS y MARCAPASOS** (n.º 26 al 29)	Comunicaciones Libres **PREVENTIVA** (n.º 30 al 37)
17'00 18'00	Simposium sobre **Prevención Secundaria**			
17'00 19'00		**TALLER DE ECG Atención Primaria**		
18'00 19'30	Simposium **Dos Visiones del Paciente.**			

VIERNES 29 DE MAYO				Hora
Sala "Recatí A"	Sala "Gran Pinedo"	Sala "Perellonet"	Sala "Arenas"	
Comunicaciones Libres **CARDIOLOGÍA CLÍNICA** (n.º 38 al 49)	Comunicaciones Libres **ECOCARDIO. Y OTRAS TÉCN. DE IMAGEN** (n.º 50 al 61)	Comunicaciones Libres **ELECTROFISIOL. ARRITMIAS Y MARCAPASOS** (n.º 62 al 73)	Comunicaciones Libres **C. ISQUÉMICA** (n.º 74 al 78) **HEMODINÁMICA** (n.º 79 al 86)	08'30 10'00
Controversias en Cardiología				10'00 11'30
	MESA REDONDA DE ENFERMERÍA **Intervención de enfermería en el paciente cardiológco.**			11'00 12'00
COFFEE BREAK				11'30 12'00
Indicación del tratamiento percutáneo en las valvulopatías. ¿Debe reservarse este tratamiento únicamente en los casos rechazados por cirugía?	**Comunicaciones libres de Enfermería y Asamblea de la Sección**			12'00 14'00
COMIDA				14'00 16'00
Focus en miocardiopatía hipertrófica.				16'30 17'30
Concurso de Casos Clínicos				17'30 18'30
ASAMBLEA GENERAL DE LA SOCIEDAD CON ELECCIONES				18'15 19'30

PROGRAMA CIENTÍFICO

ACTIVIDAD ACREDITADA POR EL COMITÉ DE ACREDITACIÓN DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA CON 8'5 CRÉDITOS.
DECLARADO DE INTERÉS CIENTÍFICO-SANITARIO POR LA CONSELLERIA DE SANITAT.

JUEVES 28-05-15

10:00 a 11:30 h (SALA RECATÍ A) MESA DE RESIDENTES. ACTUALIDAD EN CARDIOLOGÍA.

Moderador: Dr. Luis Martínez. Hosp. Univ. Politécnico La Fe. Valencia.

Ponentes:

Imagen Cardiaca.
Dr. Andrés Cubillos Arango. Hospital Gral. Univ. de Valencia.

Intervencionismo coronario.
Dr. Alejandro Pascual. Hospital Gral. Univ. de Alicante.

Arritmias.
Dra.Lourdes Bondanza Saavedra. Hosp. Clinico Univ. de Valencia.

Cardiopatía isquémica.
Dra. Ydelisse Rodríguez Pichardo. Hosp. Univ. Politécnico La Fe. Valencia.

Insuficiencia cardiaca.
Dra. Julia Seller. Hospital Univ. Dr. Peset. Valencia.

11:30 h INAUGURACIÓN OFICIAL DEL CONGRESO

12:00 a 13:00 h (SALA RECATÍ A) MESA REDONDA. TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA. LA ZONA DE CONFORT. (Patrocinado por NOVARTIS).

Moderador: Dr. Enrique Peris. Hospital de Alcira.

Ponentes:

¿Qué es la zona de confort?.
Dr. Lorenzo Fácila. Hosp. Gral. Univ. de Valencia.

Nuevos tratamientos para insuficiencia cardiaca.
Dr. Julio Núñez. Hosp. Clinico Univ. de Valencia.

Motivos para salir de la zona de confort.
Dr. Antoni Bayés Genis. Hospital Univ. Germans Trias i Pujol de Badalona.

13:00 a 14:00 h (SALA RECATÍ A) MESA REDONDA. DESAFIOS EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CON CARDIOPATÍA CONGÉNITA DEL ADULTO (CCA).

Moderador: Dr. Joaquín Rueda Soriano. Hosp. Univ. Politécnico La Fe. Valencia.

Ponentes:

Valoración del Ventrículo Derecho en la CCA.
Dra. Ana Osa Sáez. Hosp. Univ. Politécnico La Fe. Valencia.

Intervencionismo en las CCA. Implante de prótesis biológica en posición pulmonar.
Dr. Jose Luis Zunzunegui Martínez. Hosp. Univ. Gregorio Marañon. Madrid.

Estratificación del riesgo de muerte súbita en las CCA ¿Cuándo y a quién implantamos un DAI?.
Dr. Óscar Cano Pérez. Hosp. Univ. Politécnico La Fe. Valencia.

14:00 a 16:00 h COMIDA DE TRABAJO

16:00 a 17:00 h SALAS RECATÍ A, GRAN PINEDO, PERELLONET y ARENAS. COMUNICACIONES ORALES.

SALA RECATÍ A: CARDIOLOGÍA CLÍNICA (1-10).
Moderadores: Joaquín Osca.
Mª Teresa Tuzón.

16:00 h **1. ¿Es la clase funcional un buen predictor pronóstico en los pacientes con síndrome de Eisenmnenger?.**
RODRÍGUEZ DE MUÑOZ Y., RODRÍGUEZ SERRANO M., BUENDÍA F., LÓPEZ VILELLA R., MORILLAS H., MELERO J., OSA A., ARNAU M.A., RUEDA J., MARTÍNEZ DOLZ L.
Hosp. Univ. Politécnico La Fe. Valencia.

16:05 h **2. Análisis comparativo entre los años 2014-2015 respecto al clima de seguridad en una unidad de cardiología.**
RASO R., GRAU G., MARCO E., REVERT R., JIMÉNEZ R., CHAMORRO C., SÁNCHEZ R., ALBERO J.V., NOLASCO A., URIS J.
Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy.

16:10 h **3. Análisis del clima de seguridad del paciente en la unidad de cardiología. 2015.**
RASO R., GRAU G., REVERT R., SÁNCHEZ R., CHAMORRO C., JIMÉNEZ R., MARCO E., ALBERO J.V., URIS J., NOLASCO A.
Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy

16:15 h **4. Evolución temporal del uso de los nuevos anticoagulantes orales para la cardioversión eléctrica en fibrilación auricular no valvular.**
CANDELA E., CARRILLO L., LOZANO T., GARCÍA A., MARTÍNEZ J.G., GUZMÁN M.E., MACÍAS M.J., MOSCICKI R., MOLINA S., SOGORB F.
Hospital General Universitario de Alicante.

16:20 h **5. Manejo del síndrome coronario agudo en un hospital de área.**
MARCO E., RASO R., CHAMORRO C.I., SÁNCHEZ R.M., BARRABÉS J.A.*, ALBERO J.V., GRAU G.
*en representación de investigadores del Estudio DIOCLES.
Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy

16:25 h **6. Cirugía de revascularización coronaria: resultados en 593 pacientes consecutivos.**
ALBORS J., ALCOCER J., GARCÍA A., TÉBAR E.
Hospital de Vinalopó.

16:30 h **7. Troponina T ultrasensible y riesgo de hospitalizaciones repetidas tras un ingreso por insuficiencia cardíaca.**
ESCRIBANO D., SANTAS E., GARCÍA S., BONANAD C., VALERO E., CARDELLS I., PAYÁ A., MIÑANA G., SANCHÍS J., NÚÑEZ J.
Hospital Clinico Unversitario de Valencia.

16:35 h **8. Reparación valvular aortica asociada a aneurismas de aorta, experiencia en nuestro centro.**
SCHULER M., VALERA J.F., HERNÁNDEZ C., BERBEL A., BLANCO O., MONTERO J.A.
Hosp. Univ. Politécnico La Fe. Valencia.

16:40 h **9. Estudio comparativo sobre la calidad percibida por los pacientes al alta en diferentes unidades clínicas.**
JIMÉNEZ R., GRAU G., RASO R., REVERT R., SÁNCHEZ-SORIANO R.M., CHAMORRO C.I., MARCO E., ALBERO J.V., MARTÍNEZ DOLZ L.V., SALVADOR A.
Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy

16:45 h **10. Experiencia inicial con dispositivos de asistencia ventricular izquierda de larga duración en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca terminal.**
DOÑATE L., HERNÁNDEZ C.E., SCHULER M., BERBEL A., BLANCO O.R., SÁNCHEZ I., ALMENAR L., TORREGROSA S., MARTÍNEZ L., MONTERO J.A.
Hosp. Univ. Politécnico La Fe. Valencia.

SALA GRAN PINEDO: CARDIOLOGÍA CLÍNICA (nº11 a 19).
Moderadores: Clara Bonanad.
Sergio García.

16:00 h **11. Evolución de los pacientes adultos con transposición de los grandes vasos intervenidos con corrección anatómica.**
LÓPEZ-VILELLA R., PLAZA D., FERRÉ M., SANZ J., RODRÍGUEZ-SERRANO M., BUENDÍA F., ARNAU M.A., OSA A., RUEDA J., MARTÍNEZ-DOLZ L.
Hosp. Univ. Politécnico La Fe. Valencia.

16:05 h **12. Utilidad pronóstica del score HAS-BLED en pacientes con prescripción de triple terapia antitrombótica.**
CUBILLOS A., FABREGAT O., HIGUERAS L., BOCHARD B., ALBIACH C., PERDOMO D., MONTAGUD V., BELCHÍ J., MORELL S., FACILA L.
Hospital General Universitario de Valencia.

16:10 h **13. ¿Existen diferencias en el seguimiento a largo plazo entre octogenarios y grandes octogenarios tras síndrome coronario agudo?.**
SALVADOR I., ROLDÁN I., SELLER J., DUBOIS D., FERNÁNDEZ R., SAURÍ A., PÉREZ J., PÉREZ-OLIVARES C., ROMERO E., MORA V.
Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia.

16:15 h **14. Influencia de la estacionalidad en la morbilidad por insuficiencia cardiaca.**
JIMÉNEZ J.J., SÁNCHEZ I., MARQUÉS E., LÓPEZ R., MELERO J., CANALES G., CERVERÓ A., MARTINEZ L ., ALMENAR L.
Hosp. Univ. Politécnico La Fe. Valencia..

16:20 h **15. El control de la anticoagulación con antivitamina K en la fibrilación auricular en un hospital comarcal, ¿es adecuado?.**
LÓPEZ-FERNÁNDEZ I., SÁNCHEZ-TORRIJOS J., CANO M.D., GIRBÉS V., MATÍ S., LÓPEZ-FORNÁS F., MARTÍNEZ-MORENO F.
Hospital Lluis Alcanyis de Xàtiva.

16:25 h **16. Influencia de la estacionalidad en el número y duración de los ingresos por insuficiencia cardiaca.**
JIMÉNEZ J.J., SÁNCHEZ I., MARQUÉS E., LÓPEZ R., MELERO J., CANALES G., CERVERÓ A., MARTINEZ L. , ALMENAR L.
Hosp. Univ. Politécnico La Fe. Valencia.

16:30 h **17. Factores predictores de mal cumplimineto de guías de práctica clínica en pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca.**
SÁNCHEZ S., MONTAGUD V., FÁCILA L., CÁRDENAS J.P., HENAO J.A., FABREGAT O., CUBILLOS A., DE LA ESPRIELLA R., FONFRÍA R., MORELL S.
Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

16:35 h **18. Factores predictores de mal cumplimiento de las guías de práctica clínica en pacientes ingresados por cardiopatía isquémica.**
CÁRDENAS J., FÁCILA L., SÁNCHEZ S., HENAO J., MONTAGUD V., FABREGAT O., CUBILLOS A., FONFRÍA R., MORELL S.
Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

16:40 h **19. Anticoagulación. Métodos de cálculo del tiempo en rango terapéutico.**
ELAMRANI A., BERTOMEU V., MORENO J., CASTILLO J., BERTOMEU V., CEQUIER A., RUIZ M., ANGUITA M.
Hospital Universitario San Juan de Alicante

SALA PERELLONET: CARDIOLOGÍA EXPERIMENTAL (nº 20 al 25).
Moderadores: Amparo Hernándiz.
Lorenzo Fàcila.

16:00 h **20. La determinación en sangre del regulador mitocondrial PGC-1α se correlaciona con sus niveles en miocardio: estudio en pacientes sometidos a cirugía cardiaca.**
FABREGAT O., PAREDES F., MENA A., RIDOCCI F., JUEZ M., GARCÍA-FUSTER R., GIL O., HORNERO F., MORELL S., MARTINEZ-LEÓN J.
Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

16:07 h **21. Efecto diferencial sobre mortalidad de la galectina-3 en pacientes con insuficiencia cardíaca aguda de acuerdo a los niveles de antígeno carbohidrato 125.**
PALAU P., SANTAS E., GARCÍA-BLAS S., ESCRIBANO D.,VILLANUEVA M.P., VALERO E., MIÑANA G., MOLLAR A., SANCHIS J., NÚÑEZ J.
Hospital Clínico Universitario de Valencia

16:14 h **22. Estudio prospectivo de cardiotoxicidad por antraciclinas:importancia de los microRNAs como predictores de insuficiencia cardiaca. Estudio HECATOS.**
HERNANDIZ A., CERVERA A., MIRÓ M., SALVADOR A., MONTERO J.A., AQUILES N., SANTABALLAA, CASTEL V., IGUAL B., SEPULVEDA P.
Instituto de Inv. Sanitaria La Fe.

16:21 h **23. Búsqueda de nuevos biomarcadores en la hipertensión pulmonar de causa cardiaca izquierda: análisis de un microarray de expresión proteica.**
MELERO J.L., SÁNCHEZ-LÁZARO I.J., DOLZ S., LÓPEZ-VILELLA R., SANZ J., CERVERÓ A., LAIZ B., MARTÍNEZ-SALES V., MARTÍNEZ-DOLZ L., ALMENAR L.
Hospital Universitari i Politècnic La Fe, València.

16:28 h **24. El nivel de miR-34a-5p hepático, pero no la presencia de hepatopatía no alcohólica, se asocian significativamente a la presencia de cardiopatía isquémica.**
BRAZA-BOÏLS A., MARÍ J., DOMINGO D., MOLINA P., BARCELÓ M., OLCINA M., ARNAU M.A., GINER J., MARTÍNEZ-DOLZ L., ZORIO E.
Hosp. Univ. Politécnico La Fe. Valencia.

16:35 h **25. Patrón de expresión de los microRNAs de grasa epicárdica en la muerte súbita cardiaca isquémica.**
BRAZA-BOÏLS A., MARÍ J., DOMINGO D., MOLINA P., BARCELÓ M., OLCINA M., SANZ J., GINER J., MONTERO A., ZORIO E.
Hosp. Univ. Politécnico La Fe. Valencia.

SALA PERELLONET: ELECTROFISIOLOGÍA, ARRITMIAS Y MARCAPASOS (nº 26 al 29)
Moderadores: Amparo Hernándiz.
Lorenzo Facila.

16:40 h **26. Seguridad del análisis de la bioimpedancia sistémica en pacientes con insuficiencia cardiaca portadores de dispositivos de estimulación cardiaca.**
TREJO B., FABREGAT O., BOCHARD B., CUBILLOS A., PERDOMO D., PALANCA V., QUESADA A., MONTAGUD V., FÁCILA L., MORELL S.
Hospital General Universitario de Valencia

16:45 h **27. Resultados de aislamiento de venas pulmonares con catéter circular irrigado nMARQ.**
GALCERÁ E., HERAS S., MARTÍNEZ-MARTÍNEZ J.G., IBÁÑEZ A., GARCÍA A., IBÁÑEZ J.L., GÓMEZ SANSANO J.M., VICEDO A., MACIÁ M.J., SOGORB F.
Hospital General de Alicante

16:50 h **28. Efectividad del Vernakalant para la cardioversión farmacológica de la fibrilación auricular en urgencias.**
COSIN-SALES J., SORANDO R., LOSCOS A., CANO M.J., FERRANDO E., CASTILLO R., BASAGOITI M.J., ALCOVER V., MACEIRA A., PEIRO A.
Hospital Arnau de Vilanova de Valencia.

16:55 h **29. Factores de riesgo relacionados con la infección del dispositivo de estimulación.**
GALCERÁ E., HERAS S., MARTÍNEZ J.G., IBÁÑEZ A., GARCÍA A., IBÁÑEZ J.L., VICEDO A., MACIÁ M., GÓMEZ-SANSANO J.M., SOGORB F.
Hospital General de Alicante.

SALA ARENAS: PREVENTIVA (nº 30 al 37).
Moderadores: Ana Peset.
Jorge Ruvira.

16:00 h **30. Nuevos criterios electrocardiográficos basados en la repolarización precoz para el cribado de hipertrofia ventricular izquierda en futbolistas jóvenes.**
FABREGAT O., MUÑOZ A., PINA S., CALVENTE A., FERRANDO M, GARCÍA-GONZÁLEZ P., ALBIACH C., SORIANO C., USÓ H., MORELL S.
Consorcio Hospital General Universitario Valencia

16:07 h **31. Evidencia de afectación miocárdica preclínica en adictos a cocaine con fracción de eyección conservada. estudio de strain/strain rate con cardiorresonancia magn.**
MACEIRA A., TUSET L., RIPOLL C., COSÍN J., IGUAL B., SALAZAR J., BELLOCH V.
ERESA centro medico.

16:14 h **32. Utilidad del electrocardiograma como predictor de riesgo de insuficiencia cardíaca en paciente hipertenso.**
NÚÑEZ L., DE LARA G., VICENTE N., PERNIAS V., Gª DE BURGOS F., LLISTERI JL., FÁCILA L., PALLARÉS V., MORILLAS P.
Hospital General Universitario Elche.

16:21 h **33. Escala $CHADS_2$ como factor predictor muerte en pacientes hipertensos.**
PERNIAS V., VICENTE N., DE LARA G., NÚÑEZ L., CASTILLA E., GÓMEZ M.
Hospital General Universitario Elche.

16:28 h **34. Deficiencias en el control lipídico de pacientes en prevención secundaria.**
COSIN J., RUVIRA J., MACEIRA A., BUENDÍA F., DALLÍ E., HERVAS M.A., MORENO A., CABRERA A., ESTEBAN E., SOTILLO J.
Hospital Arnau de Vilanova

16:35 h **35. Diferencias de los modelos de aproximación de costes en los pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca.**
FÁCILA L., MONTAGUD V., FABREGAT O., FONFRÍA R., ABRISQUETA T., JAREÑO M.T., BELCHÍ J., BATALLER E., MORELL S.. DE PAULA F.
Consorcio Hospital General Universitario Valencia.

16:42 h **36. Insuficiencia cardiaca aguda y síndrome cardiorenal: influencia en el perfil de riesgo.**
SÁNCHEZ S., FÁCILA L., MONTAGUD V., CÁRDENAS J.P., HENAO J.A., FABREGAT O., CUBILLOS A., HIGUERAS L.,FONFRÍA R., MORELL S.
Consorcio Hospital General Universitario Valencia.

16:49 h **37. Diferencias epidemiológicas entre pacientes con insuficiencia renal y síndrome coronario agudo.**
HENAO J., FÁCILA L., GIMENEZ M., MOGOLLÓN I., LAZARTE C., SÁNCHEZ S., CARDENAS J., MONTAGUD V.
Consorcio Hospital General Universitario Valencia.

17:00 a 19:00 h **(SALA GRAN PINEDO) TALLER DE ECG PARA A.P.**
Moderador: Dr. Antonio Peláez. Hospital Universitario Doctor Peset , Valencia.
Ponentes: Dr. Claudia Cabades. Hospital Universitario Doctor Peset , Valencia.
Dr. José Leandro Peréz Boscá. Hospital General Universitario de Valencia

17:00 a 18:00 h **(SALA RECATI A) SIMPOSIUM SOBRE PREVENCIÓN SECUNDARIA. Patrocinado por MSD.**
Moderadora: Dra. Margarita Gudín.
Ponentes: ***¿Qué podemos hacer en Cardiología para mejorar el control glucémico de nuestros diabéticos? ¿Después de la Metformina, qué?.***
Dr. Vicente Arrarte. Hospital General Universitario de Alicante.
Novedades en el tratamiento de riesgo cardiovascular en prevención secundaria.
Dr. Juan Cosín. Hospital Univ. Arnau de Vilanova. Valencia.

18:00 a 19:30 h **(SALA RECATI A) SIMPOSIUM: DOS VISIONES DEL PACIENTE. Patrocinado por Medtronic.**
Moderadora: Dra. Mª José Sancho-Tello. Hosp. Univ. Politécnico La Fe. Valencia.
Ponentes: ***Fibrilación Auricular – Monitorización cardíaca subcutánea.***
Dr. Josep Navarro. Hospital General Universitario de Castellón.
Dr. Ángel Martínez. Hospital Clínico Universitario de Valencia.
Hipertensión Arterial — Denervación Renal.
Dr. Vicente Bertomeu González. Hospital de San Juan, Alicante.
Dr. Oriol Rodríguez. Hospital Univ. Germans Trias i Pujol. Badalona.
Insuficiencia Cardíaca — Resincronización.
Dr. Salvador Morell. Hospital General Univ. de Valencia.
Dr. José Luis Ibáñez. Hosp. Gral. Univ de Alicante.

VIERNES 29-05-15

8:30 a 10:00 h. **SALAS RECATÍ A, GRAN PINEDO, PERELLONET y ARENAS. COMUNICACIONES ORALES.**

SALA RECATÍ A: CARDIOLOGIA CLINICA (nº 38 a 49)
Moderadores: Juan Cosín
Carlos Soriano

8:30 h. **38. ¿Existe un adecuado control de la anticoagulación oral en pacientes con fibrilación auricular e ingreso previo en cardiología? Experiencia en práctica real.**
CUBILLOS A., FABREGAT O., CHACÓN N., BOCHARD B., HIGUERAS L., TREJO B., MONTAGUD V., BELCHÍ J., MORELL S., FÁCILA L.
Consorcio Hospital General Universitario, Valencia.

8:37 h. **39. Análisis de la supervivencia en pacientes con cardiopatía congénita compleja.**
LÓPEZ-VILELLA R., BUENDÍA F., RODRÍGUEZ-SERRANO M., MELERO J., RUEDA J., OSA A., ARNAU M.A., JIMÉNEZ R., CANO O., MARTÍNEZ-DOLZ L.
Hospital Univ. Arnau de Vilanova. Valencia.

8:44 h. **40. Trayectorias longitudinales de NT-proBNP y CA 125 tras un ingreso por insuficiencia cardiaca aguda: un nuevo enfoque en la predicción de riesgo.**
SANTAS E., VALERO E., ESCRIBANO D., GARCÍA-BLAS S., PALAU .P, MIÑANA G., BODÍ V., SANCHIS J., CHORRO F.J., NÚÑEZ J.
Hospital Clinico Univ. de Valencia.

8:51 h. **41. Seguridad del uso de los nuevos anticoagulantes orales para la cardioversión eléctrica en pacientes con fibrilación auricular no valvular.**
CARRILLO L., CANDELA E., LOZANO T., GARCÍA A., MARTÍNEZ J.G., VICEDO A., GÁLCERA E., GÓMEZ J.M., LILLO I., SOGORB F.
Hospital General Univ. de Alicante

8:58 h. **42.Implicaciones pronósticas del derrame pericárdico en la insuficiencia cardiaca aguda: ¿el tamaño realmente importa?.**
MÉNDEZ J., SANTAS E., SANDINO J., ESCRIBANO D., VALERO E., GARCÍA-BLAS S., PAYÁ A., MUÑOZ J., CHORRO F.J., NÚÑEZ J.
Hospital Clínico Univ. de Valencia

9:05 h **43. Sustitución valvular aórtica convencional en pacientes con cirugía coronaria previa e injertos de mamaria permeables.**
ALBORS J., ALCOCER J., GARCÍA A., TÉBAR E.
Hospital del Vinalopó.

9:12 h **44. Adaptación aguda del ventrículo derecho a la sobrecarga de presión y volumen. Análisis preliminar en modelo humano.**
LÓPEZ-VILELLA R., SÁNCHEZ-LÁZARO I., PÉREZ F., BENLLOCH S., LLORET M., MARTÍNEZ J., OSA A., MELERO J., MARTÍNEZ-DOLZ L., ALMENAR L.
Hosp. Univ. y Politécnico La Fe, Valencia.

9:19 h **45. Experiencia sobre reparación valvular mitral compleja.**
BEL A.M., BERBEL L., HERNÁNDEZ C., SCHULER M., BLANCO A., PÉREZ M., IGUAL B., MIRÓ V., MARTÍNEZ L., MONTERO J.A.
Hosp. Univ. y Politécnico La Fe, Valencia.

9:26 h **46. Cirugía de la insuficiencia tricuspidea tardia tras cirugia mitral previa, experiencia en nuestro centro.**
SCHULER M., PÉREZ-GUILLEM M., HERNÁNDEZ-ACUÑA C., BERBEL A., BLANCO O., MONTERO J.A.
Hosp. Univ. y Politécnico La Fe, Valencia.

9:33 h **47. Estenosis aórtica bajo flujo y bajo gradiente con fracción de eyección preservada: ¿diferente pronóstico de la estenosis aórtica "clásica"?.**
TREJO B., PAYÁ R., PÉREZ-BOSCA J.L., FABREGAT O., PERDOMO D.C., PÉREZ N., HIGUERAS L., BOCHARD B., MAURICIO A., MORELL S.
Hosp. Univ. y Politécnico La Fe, Valencia.

9:40 h **48. Estenosis aórtica severa de bajo flujo y bajo gradiente con fracción de eyección preservada. Prevalencia y caracteristicas clinicas.**
TREJO B., PAYÁ R., PÉREZ-BOSCA J.L., FABREGAT O., PERDOMO D.C., HIGUERAS L., BOCHARD B., ALBIACH C., CHACÓN N., MORELL S.
Hospital General Universitario de Valencia

9:47 h **49. Resultados de estudios genéticos en cardiopatías familiares.**
DOMINGO D., SÁNZ J., LÓPEZ-VILELLA R., MOLINA P., CANO A., CANO O., MORILLAS H., ARNAU M.A., MARTÍNEZ-DOLZ L., ZORIO E.
Hosp. Univ. y Politécnico La Fe, Valencia.

SALA GRAN PINEDO: ECOCARDIOGRAFÍA Y OTRAS TÉCNICAS DE IMAGEN (nº 50 al 61).
Moderadores: Alfonso Roldán.
Alejandro Cortell.

8:30 h. **50. Validación de un nuevo modelo para la estimación no invasiva de la resistencia vascular pulmonar en pacientes con insuficiencia cardiaca.**
HIGUERAS L., RUMIZ .E, VILAR J.V., BERENGUER A., VALLS A., SANMIGUEL D., ESTORNELL J., GARCÍA P., FÁCILA L., MORELL S.
Hospital General Universitario de Valencia.

8:37 h. **51. Validación del nuevo modelo para la cuantificacion de las resistencias pulmonares por resonancia magnetica respecto a la hemodinámica.**
IGUAL B., DOMÉNECH D., ALMENAR L., SÁNCHEZ E., ANDRÉS L., MACEIRA A., ESTORNELL J., TEN F., MARTÍNEZ-DOLZ L., MONTERO A.
Eresa

8:44 h. **52. Factores predictivos de dilatación de aorta ascendente en pacientes con estenosis aórtica aislada.**
IGUAL B., MACEIRA A., SÁNCHEZ-VÁZQUEZ A., SEPULVEDA P., CERVERÁ A., ESTORNELL J., MIRÓ V., VALERA F.J., MARTÍNEZ-DOLZ L., MONTERO A.
Eresa

8:51 h. **53. Impacto del tipo de valvulopatía en la etiología de la dilatacion aortica en pacientes con valvulopatia aórtica.**
IGUAL B., MACEIRA A., SÁNCHEZ-VÁZQUEZ A., SEPULVEDA P., CERVERÁ A., ESTORNELL J., MIRÓ V., VALERA F.J., BLANCO Ó., MONTERO A.
Eresa

8:58 h. **54. Valor diagnóstico y criterios de severidad de la planimetría del área efectiva aórtica en secuencias de fase con resonancia magnética cardiaca.**
IGUAL B., MACEIRA A., SÁNCHEZ-VÁZQUEZ A., SEPULVEDA P., CERVERÁ A., ESTORNELL J., MIRÓ V., VALERA F.J., MARTÍNEZ-DOLZ L., MONTERO A.
Eresa

9:05 h. **55. Insuficiencia tricúspide y mortalidad en relación a la función sistólica ventricular izquierda en pacientes con insuficiencia cardiaca aguda.**
CARDELLS I., SANTAS E., VALERO E., ESCRIBANO D., GARCÍA-BLAS S., MIÑANA G., PAYÁ A., BODÍ V., CHORRO F.J., NÚÑEZ J.
Hospital Clinico Universitario de Valencia.

9:12 h **56. Predicción de eventos cardíacos mayores a largo plazo mediante resonancia magnética cardíaca, tras un IAM con elevación del segmento ST.**
PAYÁ A., BONANAD C., ESCRIBANO D., RACUGNO P., MONMENEU J.V., LÓPEZ M.P., GAVARA J., NÚÑEZ J., CHORRO F.J., BODÍ V.
Hospital Clinico Universitario de Valencia.

9:19 h **57. Validación de un modelo de dinamica computacional de fluidos en aorta toracica con resonancia magnetica.**
IGUAL B., MACEIRA A., SANTABÁRBARA J.M., CUADRA D., MONTSERRAT A., BARBERO R., SÁNCHEZ-JURADO R., VALERA F.J., SÁNCHEZ-VÁZQUEZ A., MONTERO A.
Eresa.

9:26 h **58. Detección y dinámica del trombo ventricular mediante resonancia magnética cardíaca tras infarto agudo de miocardio con elevación del ST.**
PAYÁ A., BONANAD C., MONMENEU J.V., LÓPEZ-LEREU M.P., GAVARA J., ESCRIBANO D., RACUGNO P., SANTAS E., CHORRO F.J,. BODÍ V.
Hospital Clinico Universitario de Valencia

9:33 h **59. Ecocardiograma trasnsesofágico 3D en tiempo real en la valoración de la estenosis mitral. Comparación con el estudio bidimensional.**
DE LA ESPRIELLA R., PAYÁ R., PÉREZ J.L., FABREGAT Ó., BOCHARD B., ALBIACH C., RIDOCCI F., CUBILLOS A., HIGUERAS L., MORELL S.
Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

9:40 h **60. Evaluación de las dimensiones volumétricas de la aorta ascendente por resonancia magnética cardiaca: aproximación a la normalidad.**
MORILLAS H., IGUAL B., MACEIRA A., ESTORNELL .J, PLAZA D., SANZ J., FERRÉ M., LÓPEZ R., MARTÍNEZ-DOLZ L., MONTERO A.
Hosp. Univ. y Politécnico La Fe, Valencia.

9:47 h **61. Comparación de grosores de autopsia con la cardioRMN postmortem.**
LÓPEZ-VILELLA R., IGUAL B., DOMINGO D., MOLINA P., SANCHO J., SANZ J., ABELLÁN Y., ARNAU M.A., GINER J., ZORIO E.
Hosp. Univ. y Politécnico La Fe, Valencia.

SALA PERELLONET: ELECTROFISIOLOGÍA, ARRITMIAS y MARCAPASOS (nº 62 al 73).
Moderadores: Juan G. Martínez.
Inés Madrazo

8:30 h **62 .Mejoría hemodinámica aguda obtenida mediante estimulación multipunto desde el ventrículo izquierdo.**
ALONSO P., ANDRÉS A., OSCA J., CANO Ó., SANZ J., MELERO J., MIRÓ V., SANCHO-TELLO MJ., OLAGÜE J., SALVADOR A.
Hosp. Univ. y Politécnico La Fe, Valencia.

8:37 h **63.Corrección de la asincronía ventricular con la estimulación multipunto en la terapia de resincronización cardíaca, correlación con mejoría hemodinámica aguda.**
ALONSO P., ANDRÉS A., OSCA J., CANO Ó., SANZ J., FERRÉ M., MIRÓ V., SANCHO-TELLO MJ., OLAGÜE J., MARTÍNEZ L.
Hosp. Univ. y Politécnico La Fe, Valencia.

8:44 h **64. Comparación de aislamiento de venas pulmonares con radiofrecuencia y láser.**
ANDRÉS A., ALONSO P., OSCA J., CANO Ó., MELERO JL., FERRÉ M., JIMÉNEZ. R, SANCHO-TELLO M.J., OLAGÜE J., MARTÍNEZ-DOLZ L.
Hosp. Univ. y Politécnico La Fe, Valencia.

8:51 h **65. Aislamiento de venas pulmonares con catéter-balón y energía láser.**
ANDRÉS A., ALONSO P., OSCA J., CANO Ó., MELERO J.L., SANZ J., JIMÉNEZ. R, SANCHO-TELLO M.J., OLAGÜE J., SALVADOR A.
Hosp. Univ. y Politécnico La Fe, Valencia.

8:58 h **66. Ablación de flutter auricular utilizando una estrategia de fluoroscopia cero.**
MELERO J., CANO Ó., ANDRÉS A., ALONSO A., LÓPEZ-VILELLA R., RODRÍGUEZ Y., OSCA J., SANCHO-TELLO M.J., OLAGÜE J., MARTÍNEZ-DOLZ L.
Hosp. Univ. y Politécnico La Fe, Valencia.

9:05 h **67. Resultados de la ablación del flutter auricular istmodependiente en pacientes con Tetralogía de Fallot corregida.**
MELERO J., CANO O., ANDRÉS A., ALONSO A., LÓPEZ-VILELLA R., OSA A., RUEDA J., OSCA J., SANCHO-TELLO M.J., OLAGÜE J.
Hosp. Univ. y Politécnico La Fe, Valencia.

9:12 h **68. La resincronizacion reduce el riesgo de insuficiencia cardiaca en la disfunción sistólica isquemica asintomatica, pero no el de taquiarritmias ventriculares.**
QUESADA A., QUESADA-OCETE B., JIMÉNEZ J., MARÍN M.C., CARACENA L., LORENZO J., PAYÁ R., RIDOCCI F., KLEIN H., MOSS A.
Hospital General Universitario de Valencia.

9:19 h. **69. La consulta de seguimiento remoto. ¿El fin de las visitas presenciales?.**
FERRÉ M., SANZ J., ALONSO P., ANDRÉS A., PIMIENTA P., CERVERÓ A., JIMÉNEZ J.J., CANO Ó., OSCA J., SANCHO-TELLO M.J.
Hosp. Univ. y Politécnico La Fe, Valencia.

9:26 h. **70. Análisis descriptivo de los pacientes pediatricos remitidos a un laboratorio de electrofisiologia.**
MELERO J., OSCA J., ALONSO P., ANDRÉS A., CANO Ó., JIMÉNEZ R., FERRÉ M., SANCHO-TELLO M.J., OLAGÜE J., MARTÍNEZ-DOLZ L.
Hosp. Univ. y Politécnico La Fe, Valencia.

9:33 h. **71. Diferencias en la reducción de la regurgitación mitral significativa tras la resincronización en insuficiencia cardiaca leve respecto de la avanzada.**
QUESADA A., GIMÉNEZ M., COSÍN J., PAYA R., RIDOCCI F., PEREZ BOSCÁ L., JIMÉNEZ J., PALANCA V., MADRAZO I., DALLI E.
Hospital General Universitario de Valencia.

9:40 h. **72. Análisis descriptivo de los pacientes portadores de cardiopatias congenitas remitidos a un laboratorio de electrofisiología.**
MELERO J., CANO Ó., ANDRÉS A., ALONSO P., PLAZA D., MORILLAS H., RUEDA J., OSCA J., SANCHO-TELLO M., OLAGÜE J.
Hospital Universitari i Politecnic La Fe, València.

9:47 h. **73. 6 años de experiencia en cirugía de la fibrilacion auricular concomitante a otros procedimientos quirúrgicos en nuestro centro.**
BERBEL A., HERNÁNDEZ C., SCHULER M., BLANCO O., PÉREZ M., BEL A., HEREDIA T., VÁZQUEZ A., DOÑATE L., MONTERO J.A.
Hospital Universitari i Politecnic La Fe, València.

SALA ARENAS: CARDIOPATIA ISQUEMICA (Nº 74 a 78).
HEMODINÁMICA (nº 79 a 86).
Moderadores: Luis Andrés.
Pablo Aguar.

8:30 h. **74. Pronóstico a largo plazo de lesiones angiográficamente moderadas en pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST.**
HIGUERAS L., RUMIZ E., BERENGUER A., VILAR J.V., SANMIGUEL D., VALLS A., FONTANE C., CHACÓN N., ROSELLÓ M., MORELL S.
Hospital General Universitario de Valencia.

8:35 h. **75. Factores predictivos del desarrollo de obstrucción microvascular en pacientes con infarto agudo de miocardio tras angioplastia primaria.**
PLAZA D., IGUAL B., SÁNCHEZ M.E., LÓPEZ R., DOMÉNECH M.D., SEPÚLVEDA P., TEN F., CALVILLO P., MONTERO J.A., MARTÍNEZ L.V.
Hosp. Univ. y Politécnico La Fe, Valencia.

8:40 h. **76. Impacto de la anemia en el manejo y el pronóstico a largo plazo de los pacientes ingresados por síndrome coronario agudo.**
FERNÁNDEZ R., ROLDÁN I., SAURÍ A., FERRANDO J., SALVADOR I., SELLER J., PÉREZ J., PÉREZ-OLIVARES C., ROMERO E., MORA V.
Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia.

8:45h. **77. Asociación del síndrome de apnea obstructiva del sueño con estenosis coronarias en pacientes con síndrome coronario agudo.**
PÉREZ J., ROLDÁN I., PÉREZ-OLIVARES C., DUBOIS D., FERNÁNDEZ R., CABADÉS C., MONTAEAGUDO M., NÚÑEZ C., FERRANDO J., SALIM M.
Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia.

8:50 h. **78. Ictus isquémico en pacientes con IAM anterior y disfunción ventricular severa. ¿Es una entidad frecuente?.**
TREJO B., FÁCILA L., MONTAGUD V., FABREGAT O., HIGUERAS L., CHACÓN N., FONTANÉ C., SÁNCHEZ S., CÁRDENAS JP., MORELL S.
Hospital General Universitario de Valencia.

8:57 h. **79. Revascularización preventiva intrahospitalaria vs diferida de lesiones no culpables en pacientes con infarto de miocardio con elevación del ST.**
HIGUERAS L., RUMIZ E., VILAR J.V., BERENGUER A., VALLS A., SANMIGUEL D., FONTANÉ C., CHACÓN N., JIMENEZ V., MORELL S.
Hospital General Universitario de Valencia

9:04h. **80. Utilidad del catéter guía Sheathless en el intervencionismo coronario percutáneo de tronco coronario izquierdo vía radial.**
GARCÍA-BLAS S., MIÑANA G., ESCRIBANO D., VALERO E., MAINAR L., RODRÍGUEZ J.C., MOYANO P., CHORRO F.J., SANCHIS .J, NÚÑEZ-VILLOTA J.
Hospital Clinico Universitario de Valencia.

9:11 h **81. Intervencionismo coronario en octogenarios, estudio descriptivo de un escenario cada vez más frecuente.**
MACÍAS M.J., GUZMÁN M.E., RUIZ J.M., VICEDO A., GALCERÁ E., GÓMEZ J.M., MOSCICKI R., PASCUAL A., MAINAR V., SOGORB F.
Hospital General Universitario de Alicante.

9:18 h **82. Papel de la lipocalina asociada a la gelatinasa neutrófila en la detección precoz de la nefropatía inducida por contraste tras una coronariografía.**
ESCRIBANO D., VALERO E., NÚÑEZ J., RODRÍGUEZ J.C., MOYANO P., GARCÍA S., MAINAR L., CHORRO F.J., SANCHÍS J.
Hospital Clinico Universitario de Valencia.

9:25h **83. Utilidad pronóstica de la guía de presión con dosis alta de adenosina en la valoración funcional de lesiones moderadas en diferentes contextos clínicos.**
FONTANÉ C., RUMIZ E., CUBILLOS A., HIGUERAS L., ALBIACH C., FÁCILA L., SANMIGUEL D., BERENGUER A., VILAR J., MORELL S.
Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

9:32 h **84. Asociación entre el índice de masa corporal y estenosis coronarias significativas: comparación según el género.**
SAURÍ A., ROLDÁN I., FERRANDO J., MONTEAGUDO M., SALVADOR I., SELLER J., DUBOIS D., FERNÁNDEZ R., GIRBÉS V., MORA V.
Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

9:39 h **85. Impacto de la obstrucción coronaria crónica en pacientes con infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST y enfermedad multivaso.**
DUBOIS D., ROLDÁN I., MONTEAGUDO M., SELLER J., SALVADOR I., SAURÍ A., PÉREZ-OLIVARES C., PÉREZ J., NÚÑEZ C., DÍEZ J.L.
Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia.

9:46 h **86. Influencia de la anticoagulación en la incidencia de oclusión de arteria radial de pacientes sometidos a cateterismo cardíaco.**
MONTEAGUDO M., AGUAR P., FERRANDO J., SALVADOR I., SELLER J., DUBOIS D., FERNÁNDEZ R., SAURÍ A., DÍEZ J.L., MARTÍNEZ J.V.
Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

10:00 a 11:30 h. SALA RECATI A: CONTROVERSIAS EN CARDIOLOGÍA.

Moderador: Dr. Juan G. Martínez. (Hospital General Universitario de Alicante).
Ponentes: ***Ablación de la FA vs Manejo farmacológico.***
Dr. Ernest Orts. (Manejo). (Hospital General Univ. Castellón).
Dr. Ángel Ferrero de Loma Osorio (ablación). (Hosp. Clínico Univ. Valencia).
¿Debemos protocolizar el pretratamiento en el SCACEST?.
Dr. José Luis Díez Gil ***(SI)***. (Hospital Universitario Dr. Peset de Valencia).
Dr. Vicente Mainar ***(NO)***. (Hospital General Universitario de Alicante).

12:00 a 14:00 h. SALA RECATÍ A: INDICACION DEL TRATAMIENTO PERCUTÁNEO EN LAS VALVULOPATÍAS. ¿DEBE RESERVARSE ESTE TRATAMIENTO ÚNICAMENTE EN LOS CASOS RECHAZADOS POR CIRUGÍA?.

Moderador: Dr. Juan Miguel Ruiz Nodar. (Hospital General Universitario de Alicante).
Ponentes: ***- TAVI***
Dr. José Mª Hernández. (Hosp. Virgen de la Victoria. Málaga).
- Mitraclip
Dr. Toni Serra. (Hosp. S. Pau de Barcelona).
- Cirugía Valvular en paciente de alto riesgo
Dr. Anastasio Montero. (Hosp. Univ. y Politécnico La Fe, Valencia.).
- Eco 3D en el intervencionismo cardíaco
Dr. Rafael Payá. (Hosp. Gral. Univ. de Valencia).

10:00 a 14:00 h. SALA GRAN PINEDO: ENFERMERIA

10:30 a 11:00 h. CAFÉ

11:00 a 12:00 h SALA GRAN PINEDO: MESA REDONDA DE ENFERMERIA. INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA EN EL PACIENTE CARDIOLÓGICO.

Moderadora: Dª. Natividad Mihi Hornos. (Hospital General Universitario de Valencia).
Ponentes: ***- Intervenciones de enfermería en Hospitalización.***
D. Rafael Andrés Soler Carbó (Hosp. Univ. Dr. Peset. Valencia).
- Intervenciones de Enfermería en Técnicas Cardiológicas y Consultas Externas.
Dª. Rosa Revert Gandía. (Hosp. Virgen de los Lirios. Alcoy).
- Intervenciones de Enfermería en Hemodinámica.
D. Rafael Calvo Vidal. (Hosp. de la Ribera. Alcira).
- Intervenciones de Enfermería en el Laboratorio de Electrofisiología.
Dr. Israel Díaz Cambronero. (Hosp. Univ. y Politécnico La Fe, Valencia.).

10:00 a 11:30 h SALA GRAN PINEDO: COMUNICACIONES LIBRES DE ENFERMERIA

Moderadora: Dª. Mª Carmen Martínez Muñoz. (Hospital General Universitario de Castellón).

12:00 h **1E. Consulta de enfermería de insuficiencia cardiaca: beneficio sobre la calidad de vida. Estudio prospectivo aleatorizado.**
PASTOR A., JORDÁ E., GRAU G., RASO R., FERRERO M.J., SÁNCHEZ R.M., CHAMORRO C.I., MARCO E., ALBERO J.V., JULIA R.
Departamento de Salud de Alcoi.

12:08 h **2E. Identificación de riesgos relacionados con la ecocardiografía transesofágica. brainwriting y análisis de barreras.**
JULIÁ R., FERRERO M.J,. GRAU G., REYES M.J., GALLEGO C., SÁNCHEZ R.M., CHAMORRO C.I., RASO R., ALBERO J.V., MARCO E.
Departamento de Salud de Alcoi.

12:16 h **3E. Impacto de una consulta de enfermería de insuficiencia cardiaca en la cumplimentación y autocuidado: seguimiento a un año.**
PASTOR A., JORDÁ E., GRAU G., MARCO E., FERRERO M.J., CHAMORRO C.I., RASO R., SÁNCHEZ R.M., REYES M.J., GÓMEZ M.A.
Departamento de Salud de Alcoi.

12:24 h **4E. Test de Flecainida: Análisis Modal de Fallos y Efectos.**
JULIÁ R., FERRERO M.J., GRAU G., REYES M.J., GALLEGO C., RASO R., SÁNCHEZ R.M., CHAMORRO C.I., ALBERO J.V., JIMÉNEZ R.
Departamento de Salud de Alcoi.

12:32 h **5E. Factores que alteran el descanso nocturno en pacientes ingresados en una unidad coronaria.**
PEIRÓ A., SÁEZ M.R., CUENCA C., GARCÍA M., SANZ M.J.
Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

12:40 h **6E. Manejo de la arteria radial y la comodidad del paciente durante el cateterismo cardiaco.**
PARIENTE G., MONTEAGUDO M., MARTÍNEZ G., ASUNCIÓN M.D., AGUAR P., DUBOIS D., SAURÍ A., FERNÁNDEZ R., DÍEZ J.L., MARTÍNEZ J.V.
Hospital Dr. Peset Valencia.

12:48 h **7E. ¿Es beneficioso el tratamiento coronario percutáneo en pacientes octogenarios?.**
AROCA L., CALVO R., GURREA F.M., JORNET D., VALDES S. ,MARTÍNEZ L.M., POMAR F.M.
Hospital de la Ribera.

12:53 h **8E. Utilidad del acceso antecubital por enfermeria en la realización del cateterismo derecho.**
JIMÉNEZ V., ROSELLÓ M., ALMELA P., FERRERO A.J., RUMIZ E.
Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

12:58 h **9E. Consulta de enfermería de insuficiencia cardiaca: evolución clínica de los pacientes tras un año de seguimiento.**
PASTOR A., JORDÁ E., GRAU G., RASO R., FERRERO M.J., SÁNCHEZ R.M., CHAMORRO C.I., MARCO E., ALBERO J.V., JULIA R.
Departamento de Salud de Alcoi.

13:03 h **10E. Implantación y evaluación de una herramienta proactiva para la mejora de la seguridad del paciente en el área de técnicas cardiológicas.**
FERRERO M.J., JULIÁ R., GÓMEZ M.A., GRAU G., MARCO E., GALLEGO C., CHAMORRO C.I., RASO R., SÁNCHEZ R.M., REYES M.J.
Departamento de Salud de Alcoi.

13:08 h **11E. Requisitos de los pacientes hospitalizados en una unidad de cardiología. Metodología QFD.**
REYES M.J., FERRERO M.J., JULIÁ R., GRAU G., GALLEGO C., SÁNCHEZ R.M., CHAMORRO C.I., RASO R., GÓMEZ M.A., JIMÉNEZ R.
Departamento de Salud de Alcoi.

13:13 h **12E. Experiencia con la lista de verificación en el laboratorio de hemodinámica.**
CALVO R., GURREA F.M., JORNET D., AROCA L., VALDÉS S., POMAR F.M.
Hospital de la Ribera.

13:18 h **13E. Papel de enfermería en las principales complicaciones en el implante de dispositivos electrónicos.**
AROCA L., CALVO R. ,GURREA F.M., JORNET D., VALDÉS S.
Hospital de la Ribera.

13:30 a 14:00 h. SALA GRAN PINEDO: REUNIÓN ADMINISTRATIVA DE LA SECCIÓN DE ENFERMERIA.

14:00 a 16:00 h. COMIDA.

16:30 a 17:30 h. SALA RECATÍ A: FOCUS EN MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA.
Moderador: Dr. Antonio García Honrubia. (Hospital General de Elche).
Ponentes: ***Estratificación pronóstica y prevención primaria de muerte súbita.***
Dr. Juan Ramón Gimeno. (Hosp. Virgen de la Arreixaca. Murcia).
Tratamiento del paciente sintomático. Papel de la miectomía y de la ablación septal con alcohol.
Dr. Vicente Climent. (Hospital Gral. Univ. de Alicante).

17:30 a 18:30 h. SALA RECATÍ A: CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS.
Moderadores: Dr Francisco González. (Hosp. Gral. Universitario de Elda).
Dra. Miriam Salim. (Hosp. Univ. Dr. Peset de Valencia).
Dr. Joaquín Martín. (Hosp. de Sagunto).

18:30 h. SALA RECATÍ A: ASAMBLEA GENERAL DE LA SOCIEDAD VALENCIANA DE CARDIOLOGÍA CON ELECCIONES.

PROGRAMA SOCIAL

JUEVES	**28-05-15**	11.30 h.	**ACTO INAUGURAL EN SALA RECATÍ A**
VIERNES	**29-05-15**	22.00 h.	**CENA DE CLAUSURA Y ENTREGA DE PREMIOS.**

REUNIONES ADMINISTRATIVAS DE LAS SECCIONES CIENTÍFICAS Y GRUPOS DE TRABAJO

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA, ECG Y FISIOPATOLOGÍA DEL EJERCICIO	VIERNES 29	15:30 a 16:00 h.	SALA RECATÍ A
HEMODINÁMICA	VIERNES 29	15:30 a 16:00 h.	SALA RECATÍ A
CARDIOLOGÍA CLÍNICA	VIERNES 29	15:30 a 16:00 h.	SALA PERELLONET
ESTIMULACIÓN CARDIACA Y ARRITMIAS	VIERNES 29	15:30 a 16:00 h.	SALA PERELLONET
ECOCARDIOGRAFÍA Y OTRAS TÉCNICAS DE IMAGEN.	VIERNES 29	15:30 a 16:00 h.	SALA ARENAS
CARDIOLOGÍA PREVENTIVA, HTA Y OTROS FACTORES DE RIESGO	VIERNES 29	15:30 a 16:00 h.	SALA ARENAS
ENFERMERÍA	VIERNES 29	12:00 a 14:00 h.	SALA GRAN PINEDO

CONVOCATORIA PARA LA ASAMBLEA GENERAL ORDINARIA AÑO 2015

Con arreglo a los artículos 14, 15 y 16 de nuestros estatutos, la Junta Directiva convoca a todos sus socios para celebrar la **Asamblea General de la Sociedad**, en sesión ordinaria, el día **29** de Mayo próximo, Viernes, en la **sala "RECATÍ A" del Hotel Sorolla Palace de Valencia,** sede del **XXXII CONGRESO DE LA SOCIEDAD VALENCIANA DE CARDIOLOGÍA**, a las 17.30 horas en primera convocatoria y 18.00 h. en segunda con arreglo al siguiente:

ORDEN DEL DÍA:

1. **ACTA** - Lectura y aprobación, si procede, de la correspondiente a la anterior Asamblea.
2. **INFORME DEL SECRETARIO** - Actividades de la Sociedad en el último periodo. Ratificación de nuevos miembros. Altas y Bajas.
3. **XXXII CONGRESO** - Informe del Presidente del Comité Organizador.
4. **INFORME DEL TESORERO** - Balance de la gestión económica.
5. **INFORME DEL EDITOR - LATIDO** publicación oficial de la S.V.C.
6. **SECCIONES CIENTÍFICAS** - Informe de sus responsables respectivos.
7. **SITUACIÓN PÁGINA WEB DE LA SOCIEDAD** - Informe del responsable.
8. **INSVACOR** - Informe de su representante.
9. **INFORME DEL PRESIDENTE** - Resumen de la actuación de la Junta Directiva en el último año.
10. **PREMIOS** - Lectura de los premios a las comunicaciones presentadas, becas de Investigación y casos clínicos.
11. **RUEGOS Y PREGUNTAS.**
12. **VOTACIÓN DE NUEVA JUNTA DIRECTIVA.**

PREMIOS A COMUNICACIONES XXXII CONGRESO S.V.C.

PREMIO SVC	750 EUROS	A la mejor comunicación sobre Cardiología Clínica.
PREMIO GRUPO FERRER	750 EUROS	A la mejor comunicación sobre Cardiopatía Isquémica.
PREMIO MEDTRONIC	750 EUROS	A la mejor comunicación sobre Electrofisiología y Arritmias.
PREMIO BIOTRONIK	750 EUROS	A la mejor comunicación sobre Marcapasos.
PREMIO S.V.C	750 EUROS	A la mejor comunicación sobre Ecocardiografía y otras Técnicas de Imagen.
PREMIO MEDTRONIC	750 EUROS	A la mejor comunicación sobre Hemodinámica y Cardiología Intervencionista.
PREMIO SVC	750 EUROS	A la mejor comunicación sobre Epidemiología,HTA y otros Factores de Riesgo.
PREMIO SVC	750 EUROS	A la mejor comunicación sobre Cardiología Experimental e. Investigación Básica.
PREMIO SVC	500 EUROS	A la mejor comunicación sobre Enfermería.

BASES PREMIOS XXXII CONGRESO SOCIEDAD VALENCIANA DE CARDIOLOGÍA

1. Participarán, salvo mención expresa por parte de los autores, todas las comunicaciones a la referida Reunión.
2. La puntuación inicial de los resúmenes, por parte del Comité Científico, será tenida en cuenta para la concesión de los premios.
3. Los premios serán asignados por el Comité Científico, cuya decisión será inapelable.
4. El fallo se hará público en la Asamblea y los certificados correspondientes se leerán en la misma Asamblea.
5. El importe de los premios se hará efectivo en un plazo máximo de dos meses después de la entrega de una copia del trabajo premiado, para su publicación en LATIDO.
6. Los trabajos premiados deberán ser entregados para su publicación en LATIDO, **antes del 31 de Diciembre del año de la Reunión**, perdiendo los derechos económicos después de esta fecha.

JUEVES DÍA 28 (16:00 - 17:00 h.)
SALA RECATÍ A **CARDIOLOGÍA CLÍNICA**

1. ¿Es la clase funcional un buen predictor pronóstico en los pacientes con síndrome de Eisenmnenger?.

RODRÍGUEZ DE MUÑOZ Y., RODRÍGUEZ SERRANO M., BUENDÍA F., LÓPEZ VILELLA R., MORILLAS H., MELERO J., OSA A., ARNAU M.A., RUEDA J., MARTÍNEZ DOLZ L.
Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

El síndrome de Eisenmenger (SE) engloba un grupo de cardiopatías congénitas complejas con mal pronóstico y difícil terapia. Actualmente, sólo los pacientes con clase funcional (CF) III y IV tienen indicación de tratamiento con vasodilatadores pulmonares. El objetivo del estudio es definir si la clase funcional en la valoración inicial de estos pacientes es un buen predictor del pronóstico.
MÉTODOS:
Estudio prospectivo y observacional de los pacientes con SE. Análisis univariado (log Rank) de la supervivencia a partir de variables clínicas (edad, saturación de O2, clase funcional, cardiopatía simple o compleja) y electrocardiográficas (ritmo sinusal y duración del QRS) obtenidas en la valoración inicial de los pacientes.
RESULTADOS:
Se incluyeron 26 pacientes con SE, con un seguimiento medio de 6 años. La edad media fue de 37.6±10 años. El 11.5% presentaban CF I, el 46% CF II, el 31% CF III y el 11.5% CF IV. Se registraron 7 fallecimientos. La supervivencia fue del 73,1% al final del seguimiento, frente al 95% del resto de las cardiopatías congénitas complejas (p<0.0001). No hubo diferencias al clasificar a los pacientes en su CF. Las supervivencias fueron del 100%, 75%, 75% y 33.3% en las CF I, II, III y IV respectivamente. Los pacientes fallecidos se asociaron a menor saturación de O2 (78±6.35 vs 83±3.8%, p=0.01) y mayor anchura del QRS (134±35 vs 113±18 msg, p=0.03). Hubo una tendencia a menor supervivencia en las cardiopatías complejas respecto a simple (60% vs 91%, p: 0.1). En el análisis de Cox, la saturación de O2 fue la única variable predictora de mortalidad (HR 0.89, 95% IC:0.78-0.99,p<0.05).
CONCLUSIONES:
Los pacientes con SE presentan una alta mortalidad en el conjunto de las cardiopatías congénitas complejas. Aunque el tratamiento vasodilatador pulmonar se utiliza en base a la clase funcional, esta variable no es una buena predictora de su pronóstico (sobre todo en CF II y III). Los pacientes con baja saturación de O2 basal tienen una mortalidad significativamente mayor.

2. Análisis comparativo entre los años 2014-2015 respecto al clima de seguridad en una unidad de cardiología.

RASO R., GRAU G., MARCO E., REVERT R., JIMÉNEZ R., CHAMORRO C., SÁNCHEZ R., ALBERO J.V., NOLASCO A., URIS J.
Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy.

INTRODUCCIÓN: La seguridad del paciente es uno de los principios mas importantes en nuestra unidad. Desde hace unos años, dentro de la política de calidad, se normalizaron una serie de procesos en torno a la seguridad del paciente. Recientemente hemos obtenido acreditación en seguridad según la norma UNE 179003.
OBJETIVO: Analizar el clima de seguridad en nuestra unidad para en dos años consecutivos.
MATERIAL Y MÉTODOS: Todos el personal de la unidad fue invitado a completar un cuestionario validado al respecto. Las respuestas se pueden agrupar en 12 dimensiones. Las contestaciones se clasificaron en tres niveles: negativas, neutras y positivas, según la puntuación asignada.
RESULTADOS:

Dimensiones	Negativa %		Neutra %		Positiva %	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015
Frecuencia de eventos notificados	5	0	14	20	81	80
Percepción de seguridad	16	12	11	13	73	74
Acciones Dirección	0	0	9	1	91	99
Mejora contínua	1	1	3	3	96	95
Trabajo en equipo en la Unidad	2	6	7	12	91	82
Franqueza en la comunicación	6	5	16	15	78	80
Feed-back y comunicación errores	0	1	8	15	92	84
Respuesta no punitiva a los errores	1	7	11	11	88	82
Dotación de personal	36	25	22	34	42	41
Apoyo de la Gerencia del Hospital	30	35	41	34	39	31
Trabajo en equipo entre Unidades	15	20	33	32	52	48
Cambios turno y transición servicios	11	15	19	19	70	66

CONCLUSIONES: El clima de seguridad en nuestra unidad es muy elevado durante los dos años. No observamos diferencias significativas entre los dos años, pese a la mayor concienciación de la unidad en temas de seguridad.

3. Análisis del clima de seguridad del paciente en la unidad de cardiología. 2015.

RASO R., GRAU G., REVERT R., SÁNCHEZ R., CHAMORRO C., JIMÉNEZ R., MARCO E., ALBERO J.V., URIS J., NOLASCO A.
Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy

INTRODUCCIÓN: En nuestro ámbito, según las recomendaciones del *National Quality Forum* la cultura sobre seguridad sería esencial para minimizar errores y efectos adversos, y su medición necesaria para diseñar actividades que la mejoren.
OBJETIVO: analizar el clima de seguridad percibida por los trabajadores de nuestra unidad, para así establecer oportunidades de mejora que optimicen la seguridad global de nuestros pacientes.
RESULTADOS:

Aspecto	C	E	Ax	Ap	Tot.
Frecuencia de eventos notificados	3.9	4.2	4.2	4.4	4.2
Percepción de seguridad	4.4	4	4	3.5	4
La dirección que favorecen la seguridad	4.8	4.5	4.9	4.8	4.7
Aprendizaje organizacional	4,8	4.5	4.9	4.6	4.7
Trabajo en equipo	3.7	4.3	4.5	4.5	4.2
Franqueza en la comunicación	4	3.9	4.1	4.4	4.1
Feed-back y comunicación sobre errores	4	4.2	4.3	4.5	4.3
Respuesta no punitiva a los errores	4.1	4.1	4.4	4.2	4.2
Carga de trabajo	3.5	2.9	3.6	3.3	3.1
Apoyo de la gerencia del hospital	3.3	2.1	2.8	2.7	2.7
Trabajo en equipo entre unidades	3.2	3.7	4.3	3.9	3.9
Problemas en cambios de turno	3.8	3.5	4.4	4.2	4
Total	**4.9**	**4,2**	**4,7**	**4,4**	**4,5**

C (cardiología) E (enfermería) Ax (auxiliares) Ap (apoyo)

MATERIAL Y MÉTODOS: Se pasó de forma anónima a todos los miembros de la unidad un cuestionario validado. El cuestionario agrupa un total de 42 ítems. Agrupando estos ítems se tratan 12 aspectos relacionados con la seguridad. Cada ítem se puntúa de 1 a 5, pudiendo existir respuestas positivas o negativas.
CONCLUSIÓN: El clima de seguridad percibida por el personal de la unidad es alto. Aspectos a mejorar serían adecuar la carga de trabajo y favorecer las políticas de seguridad por parte de la gerencia.

4. Evolución temporal del uso de los nuevos anticoagulantes orales para la cardioversión eléctrica en fibrilación auricular no valvular.

CANDELA E., CARRILLO L., LOZANO T., GARCÍA A., MARTÍNEZ J.G., GUZMÁN M.E., MACÍAS M.J., MOSCICKI R., MOLINA S., SOGORB F.
Hospital General Universitario de Alicante.

INTRODUCCIÓN.
Los nuevos anticoagulantes orales (NACOs) se han posicionado como una herramienta de primera línea para prevención de tromboembolismo en la fibrilación auricular no valvular (FANV). Recientemente, se ha aprobado además su indicación en cardioversión eléctrica (CVE). El objetivo del presente trabajo es evaluar el cambio temporal de utilización de los NACOs en el contexto de CVE en pacientes con FANV.
PACIENTES Y MÉTODOS.
Estudio observacional retrospectivo de pacientes consecutivos sometidos a CVE por FANV entre junio de 2012 y junio de 2014, realizadas por la unidad de arritmias de un hospital universitario. Se recogieron características sociodemográficas, clínicas y evolutivas. Las variables se expresan como media (desviación estándar) o mediana (rango intercuartílico). El periodo de estudio se divide en 4 intervalos de 6 meses cada uno. La comparación entre variables mediante la prueba Ji^2 de Pearson de tendencia lineal.
RESULTADOS.
Se analizan 341 procedimientos. La edad media de los pacientes fue de 63,9 (±11,8) años. El 70% eran varones. La etiología de la FANV fue 22.6% aislada, 37.7% asociada a HTA, 35,7% cardiopatía asociada, 1,3% enfermedad pulmonar, 3,9% patología tiroidea. La mediana de puntuación en la escala CHA2DS2-VASc fue 3 (1-4) y la escala HASBLED 2 (1-3). La Hb media era de 14,2 (±1,7) g/dL, presentando 1,4% Hb <10 g/dL. El 19,5% de pacientes tomaba además tratamiento antiagregante. El porcentaje de uso de NACOS, en los 4 periodos consecutivos de estudio, fue de 18%, 34,4%, 33,3% y 49,5 % respectivamente (p=0,057).
CONCLUSIONES.
El uso de NACOs en el contexto de CVE en pacientes con FANV está experimentando un incremento progresivo, habiéndose acercado a los dicumarínicos en los últimos meses, por lo que probablemente se posicionen como tratamiento de elección en el futuro.

5. Manejo del síndrome coronario agudo en un hospital de área.

MARCO E., RASO R., CHAMORRO C.I., SÁNCHEZ R.M., BARRABÉS J.A.*, ALBERO J.V., GRAU G.
*en representación de investigadores del Estudio DIOCLES.
Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:
Conocer el manejo del síndrome coronario agudo (SCA) y la mortalidad hospitalaria en un hospital de área, con Unidad de Cuidados Intensivos, pero sin laboratorio de hemodinámica. El último registro en España sobre mortalidad hospitalaria del SCA (2004-2005) en la era intervencionista reportó una mortalidad hospitalaria del 5,7%. Un estudio retrospectivo más reciente (2009-2010) habla de una mayor mortalidad por SCA en hospitales de menos de 200 camas. El reciente estudio DIOCLES habla de una reducción en la mortalidad del SCA con respecto a datos previos.
MÉTODOS:
Inclusión prospectiva de pacientes ingresados por sospecha de SCA en nuestro hospital entre enero y junio de 2012. Se recogieron todos los datos concernientes al ingreso.
RESULTADOS:
Se incluyeron 97 pacientes ingresados en nuestro hospital con sospecha de SCA: (24,7% con elevación del ST (SCACEST), 69,1% sin elevación del ST (SCASEST) y 6,2% con SCA no clasificable por bloqueo de rama izquierda o ritmo ventricular electroestimulado (SCANC). La mortalidad hospitalaria fue del 4,1% (12,5% en SCACEST, 1,5% en SCASEST y 0% en SCANC). Se realizó tratamiento de reperfusión en el 70,8% de los SCACEST (50% trombolisis, 20,8% intervención coronaria percutánea (ICP) primaria). El tiempo expresado en mediana desde el primer contacto médico hasta la trombolisis fue de 72 minutos y hasta el inflado de balón de 90 minutos. En el SCASEST se realizó coronariografía al 67,2% y el tiempo de demora desde el ingreso fue de 1 día. Se realizó ICP al 41,8%. El manejo farmacológico con aspirina, clopidogrel, anticoagulación, beta bloqueante y estatinas fue alto, así como su prescripción al alta, de acuerdo a guías.
CONCLUSIONES:
La mortalidad por SCA en un hospital de área no difiere a la referida en registros españoles recientes y ha disminuido con la mayor adherencia a guías.

6. Cirugía de revascularización coronaria: resultados en 593 pacientes consecutivos.

ALBORS J., ALCOCER J., GARCÍA A., TÉBAR E.
Hospital de Vinalopó.

OBJETIVOS:
Pese a los beneficios de la cirugía coronaria en el tratamiento de anatomías coronarias complejas (mejor supervivencia, menor número de eventos adversos y revascularizaciones en el seguimiento) según estudios clínicos recientes (SYNTAX y FREEDOM), su indicación está condicionada por los resultados iniciales, especialmente respecto a mortalidad e incidencia de infarto cerebral postoperatorio. El objetivo de este estudio es describir los resultados reales en 593 pacientes consecutivos intervenidos de bypass coronario.
MÉTODOS:
Desde octubre del 2010 hasta febrero del 2015 se han intervenido en nuestro centro 593 pacientes consecutivos de cirugía de revascularización coronaria. La edad media en estos pacientes fue de 67.2 años (rango 38-86 años), con una mortalidad esperada por Euroscore I de 5.75% (rango 0.88- 85.69%). En 486 de estos pacientes (82 %) se realizó la cirugía sin circulación extracorpórea. En 320 (54 %) de ellos se ha empleado la mamaria derecha como segundo injerto. La permeabilidad de las anastomosis se evaluó con doppler intraoperatorio.
RESULTADOS:
La mortalidad global de la cirugía coronaria en este periodo de tiempo se situó en el 2% (12 pacientes de 593). La incidencia de ACV postoperatorio fue del 1 % (6 pacientes de 593).
CONCLUSIONES:
Hoy en día la cirugía de revascularización coronaria en nuestro medio presenta una baja morbimortalidad e incorpora las últimas recomendaciones de las guías de revascularización (uso de injertos arteriales, no manipulación de la aorta…). Estos resultados deben de tenerse en cuenta a la hora de referir un paciente para tratamiento quirúrgico o percutáneo, especialmente en pacientes diabéticos y con anatomías complejas

7. Troponina T ultrasensible y riesgo de hospitalizaciones repetidas tras un ingreso por insuficiencia cardíaca.

ESCRIBANO D., SANTAS E., GARCÍA S., BONANAD C., VALERO E., CARDELLS I., PAYÁ A., MIÑANA G., SANCHÍS J., NÚÑEZ J.
Hospital Clinico Unversitario de Valencia.

INTRODUCCIÓN:
El riesgo de reingreso en pacientes dados de alta por insuficiencia cardíaca aguda (ICA) continúa siendo muy alto. La troponina T ultrasensible (TnT-us) es un biomarcador útil a la hora de predecir muerte en paciente con insuficiencia cardíaca; sin embargo, su utilidad como predictor de reingreso no está bien establecida. El objetivo de este estudio fue evaluar la asociación entre los valores de TnT-us y el riesgo de hospitalizaciones repetidas tras un ingreso ICA.
MÉTODOS:
Estudiamos de forma prospectiva una cohorte consecutiva de 406 pacientes dados de alta por ICA desde servicio de cardiología de un hospital terciario entre el 1 de Enero de 2012 y el 1 de Marzo de 2014. Se excluyeron los pacientes con diagnóstico final de síndrome coronario agudo (n=21). La regresión binomial negativa multivariable se utilizó para evaluar la asociación entre los valores de TnT-us al ingreso con el número de reingresos ocurridos a lo largo del seguimiento. Un p valor <0.05 se consideró estadísticamente significativo para todos los análisis.
RESULTADOS:
La edad media de la muestra fue de 73.4±10.9 años, 51.5% eran hombres y 51%tenían FEVI >50%. La mediana (IQR) para TnT-us y NT-proBNP fue 36.3 ng/mL (21.4-81.6) y 3785 pg/mL (2000-7783) respectivamente. El seguimiento medio fue de 1´5 años. Durante el seguimiento, se registraron 95 muertes (23.4%) y 459 reingresos por todas las causas en 238 pacientes (58.6%). El número de reingresos se distribuyó de la siguiente manera: 1=121 (31.3%); 2=61 (16.5%); 3=24 (11.1%); 4=19 (5.8%) y ≥5=14 (3.2%). En el análisis multivariable, la TnT-us se asoció positiva e independiente con el número de reingresos por cualquier causa con un IRR (95% IC) de 1.26 (1.08-1.47); p=0.003 para el logTnT-us.
CONCLUSIONES:
En paciente con ICA; los valores de TnT-us al ingreso se asociaron intensamente con un aumento del riesgo de hospitalizaciones repetidas tras un episodio de ICA.

8. Reparación valvular aortica asociada a aneurismas de aorta, experiencia en nuestro centro.

SCHULER M., VALERA J.F., HERNÁNDEZ C., BERBEL A., BLANCO O., MONTERO J.A.
Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

OBJETIVOS: La reparación de la válvula aórtica está en continua evolución, gracias a una mayor comprensión de la compleja geometría tanto de la unidad funcional aortica, compuesta por la válvula y la raíz aorticas, como de los anillos funcionales, la unión ventrículo-aórtica y la unión sinotubular. Presentamos nuestra experiencia con resultados a medio plazo de la reparación valvular en la insuficiencia aórtica asociada a aneurismas de raíz y aorta ascendente.
MÉTODOS: En nuestro centro se intervinieron desde 2007 a 2014 un total de 54 pacientes con insuficiencia aortica debido a disfunción de la unidad funcional y/o de los anillos funcionales, pudiendo establecer dos grupos quirúrgicos distintos:
24 pacientes fueron intervenidos por dilatación de la raíz aortica mediante técnicas de remodelado y reimplante. 30 pacientes con dilatación de la unión sinotubular fueron sometidos a sustitución de aorta ascendente. Más de la mitad en ambos grupos precisó de intervención sobre los velos para corregir prolapso de los mismos. El seguimiento de los pacientes se realizó mediante revisión clínica y ecocardiográfica.
RESULTADOS: La edad media de los 24 pacientes intervenidos sobre la raíz aortica fue de 51 años, siendo el 88% varones, con un diámetro máximo de la raíz aortica de 49,8mm de media, el 75% de los pacientes presentaron válvula tricúspide y 25% bicúspide. El 54.2% tenía IAo grado III ó IV preoperatoria. El Euroscore logístico fue de 7,7%. En este grupo se observó 1 caso de muerte hospitalaria: 4,2%.
La edad media de los 30 pacientes intervenidos sobre aorta ascendente fue de 65 años, siendo el 57% varones, con un diámetro máximo de aorta ascendente de 54,8 mm de media, el 67% de los pacientes presentaron válvula tricúspide y 33% bicúspide. El 56.7% tenía IAo grado III ó IV preoperatoria. El Euroscore log calculado fue de 12,2%. Se observaron 2 casos de muerte hospitalaria, 6.7%.
En el seguimiento de ambos grupos (media 30 meses, rango 1-77 meses), se observa IAo>2 en 4 pacientes del grupo de cirugía sobre raíz, y en 3 pacientes del grupo de cirugía sobre aorta ascendente, todos ellos sobre válvula aórtica tricúspide.
CONCLUSIONES: La cirugía reparadora valvular aortica asociada a aneurismas de aorta proximal es una técnica con buenos resultados a medio plazo y con un riesgo inferior al estimado por Euroscore en nuestro centro. En válvula aórtica bicúspide la durabilidad de la reparación es satisfactoria, siendo inferior los resultados sobre válvula tricúspide. El preservar la válvula nativa de pacientes en muchos casos de edad joven, evita las complicaciones y la terapia anticoagulante asociada a las válvulas protésicas.

9. Estudio comparativo sobre la calidad percibida por los pacientes al alta en diferentes unidades clínicas.

JIMÉNEZ R., GRAU G., RASO R., REVERT R., SÁNCHEZ-SORIANO R.M., CHAMORRO C.I., MARCO E., ALBERO J.V., MARTÍNEZ DOLZ L.V., SALVADOR A.
Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy.

INTRODUCCIÓN:
La satisfacción del cliente es uno de los principales objetivos de cualquier empresa. El criterio de resultados en los clientes del modelo Europeo de Excelencia (EFQM) recomienda evaluar la percepción que los clientes tienen de la organización y recurrir a medidas internas para predecir y mejorar la satisfacción de los mismos. El cuestionario de calidad de la asistencia hospitalaria percibida por el paciente SERVQHOS ha sido diseñado a partir de la teoría de discrepancias y percepciones y ha sido utilizada en diversos estudios para analizar la calidad percibida .
OBJETIVO:
Evaluar la calidad percibida en los pacientes dados de alta desde nuestra planta y compararla con la percibida en los pacientes del servicio de cardiología de nuestro hospital de referencia y de un servicio distinto de nuestro mismo hospital.
MÉTODOS:
Se facilitó el cuestionario SERVQHOS de 18 ítems, adjudicando un valor numérico del 1 (mucho peor de lo que esperaba) al 5 (mucho mejor de lo que esperaba), a 100 pacientes consecutivos dados de alta desde la planta de cardiología de un hospital de área. El mismo cuestionario se repartió a 16 pacientes dados de alta desde un hospital terciario y a 25 pacientes de otra planta de nuestro hospital.
RESULTADOS:
La valoración media de la calidad percibida global para el conjunto de ítems de los 100 pacientes de cardiología de nuestro hospital fue de 4,5 y de 4,18 en los 25 pacientes de otra unidad de nuestro hospital, con una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$). En cuanto al hospital de referencia, la media global de la calidad percibida por los 16 pacientes fue similar a la de nuestra unidad (4,53).
CONCLUSIONES:
La calidad percibida por nuestros pacientes tras el alta fue similar a la percibida en el hospital de referencia. Se detectó un menor índice de calidad percibida en otra planta distinta de nuestro hospital, con una diferencia estadísticamente significativa.

10. Experiencia inicial con dispositivos de asistencia ventricular izquierda de larga duración en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca terminal.

DOÑATE L., HERNÁNDEZ C.E., SCHULER M., BERBEL A., BLANCO O.R., SÁNCHEZ I., ALMENAR L., TORREGROSA S., MARTÍNEZ L., MONTERO J.A.
Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia.

OBJETIVO:
Exponer nuestros resultados con el implante de dispositivos de asistencia ventricular izquierda (DAVI) de larga duración en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca (IC) terminal en pacientes no elegibles para un trasplante cardíaco (TC) debido a factores como la comorbilidad o la edad.
MÉTODOS:
En marzo de 2014 y febrero de 2015 se ha procedido en un mismo hospital al implante en 2 pacientes de DAVI tipo HeartWare® System (bomba centrífuga) en pacientes con IC terminal y contraindicación –modificable y definitiva, respectivamente- para TC. Analizamos prospectivamente datos demográficos, etiología de la cardiomiopatía, indicación de DAVI y evolución.
RESULTADOS:
El caso 1 es un paciente de 51 años con miocardiopatía hipertrófica en fase de dilatada, con FEVI 25% e hipertensión pulmonar severa con resistencias vasculares pulmonares elevadas y fijas; se indica DAVI como puente a candidato a TC. El caso 2 es un paciente de 66 años con miocardiopatía dilatada isquémica, con FEVI 20%, y enfermedad renal crónica en estadio 3B (filtrado glomerular 35 ml/h); DAVI indicado como terapia de destino. Se procede en ambos a implante electivo de DAVI tras optimización con tratamiento inotrópico (perfil INTERMACS 4); en el caso 2, sustitución valvular aórtica concomitante por insuficiencia aórtica moderada. Evolución postoperatoria favorable, sin complicaciones hemorrágicas, trombóticas ni fallo ventricular derecho; en ambos casos, derrame pleural izquierdo evacuado sin incidencias. Sin complicaciones en el seguimiento y con mejoría precoz y estable de la capacidad funcional (NYHA I). Caso 1 incluido en lista de espera de TC tras 9 meses de asistencia por reversión de la hipertensión pulmonar.
CONCLUSIONES:
Los DAVI suponen una opción de tratamiento eficaz para pacientes con IC terminal. Más pacientes podrían beneficiarse de esta alternativa de tratamiento (puente al trasplante en pacientes con alto riesgo de mortalidad).

JUEVES DÍA 28 (16:00 - 17:00 h.)
SALA GRAN PINEDO **CARDIOLOGÍA CLÍNICA**

11. Evolución de los pacientes adultos con transposición de los grandes vasos intervenidos con corrección anatómica.

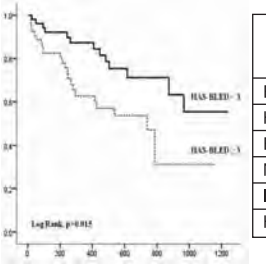
LÓPEZ-VILELLA R., PLAZA D., FERRÉ M., SANZ J., RODRÍGUEZ-SERRANO M., BUENDÍA F., ARNAU M.A., OSA A., RUEDA J., MARTÍNEZ-DOLZ L.
Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia.

OBJETIVOS:
La corrección anatómica es el tratamiento de elección en los neonatos con transposición de los grandes vasos (TGV). El objetivo de este estudio es analizar la evolución clínica e incidencia de complicaciones que presentan los adultos jóvenes sometidos a esta intervención.
MÉTODOS:
Estudio retrospectivo de la evolución de los pacientes adultos (>14 años) estudiados consecutivamente en una consulta especializada y que fueron intervenidos por esta técnica quirúrgica desde 1988. Se analizaron variables clínico/epidemiológicas, situación funcional, complicaciones clínicas y reintervenciones (quirúrgicas o percutáneas).
RESULTADOS:
Se analizaron 44 pacientes (36% mujeres), con una edad media de 19.4±2.9 años. Se intervinieron con una mediana de edad de 9 días y el 66% tenían una TGV simple. El 34% presentaban anomalía coronaria. En el seguimiento, el 84% están en clase funcional I y todos en ritmo sinusal. Un paciente presentó taquicardia ventricular sostenida y el 9% sufrieron un evento isquémico (todos relacionados con la cirugía). La función sistólica del ventrículo izquierdo era buena en el 98% de los pacientes, el 57% presentaban dilatación de aorta sinusal, el 27% tenían insuficiencia aórtica de grado moderado o severo y el 36% presentaban estenosis significativa a la salida del ventrículo derecho (TSVD). El 53% requirió reintervención quirúrgica o angioplastia (el 91% por estenosis del TSVD.
CONCLUSIONES:
Los pacientes con corrección anatómica presentan buen estado funcional. Las complicaciones arrítmicas son muy raras. Tienen alta prevalencia de anomalías coronarias pero muy baja incidencia espontánea de eventos isquémicos. La dilatación de aorta, insuficiencia aórtica y estenosis del TSVD son muy frecuentes, siendo esta última la causa más frecuente de reintervención.

12. Utilidad pronóstica del score HAS-BLED en pacientes con prescripción de triple terapia antitrombótica.

CUBILLOS A., FABREGAT O., HIGUERAS L., BOCHARD B., ALBIACH C., PERDOMO D., MONTAGUD V., BELCHÍ J., MORELL S., FACILA L.
Hospital General Universitario de Valencia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO: La triple terapia antitrombótica (TTA) es una estrategia terapéutica recomendada por la guías clínicas. Sin embargo, supone una elevada incidencia anual de eventos hemorrágicos y mortalidad total. Dada su prescripción creciente en los últimos años, decidimos evaluar el grado de control de la anticoagulación en estos pacientes y la utilidad pronóstica del score de riesgo hemorrágico HAS-BLED en práctica clínica real, en un seguimiento a largo plazo.
MÉTODOS: Análisis de cohortes retrospectivo de ingresos durante 3 años con prescripción al alta de TTA. Identificamos 109 pacientes (edad 73±11 años), con TTA por fibrilación auricular (83%), trombo ventricular (11%) y válvula mecánica (6%).
RESULTADOS: Se objetivó mal control de INR en 52 pacientes. Durante un seguimiento medio de 14 meses (TTA durante 6 meses de media), los pacientes con HAS-BLED ≥3 presentaron un riesgo incrementado de eventos hemorrágicos y mortalidad total (figura).
CONCLUSIONES: El control del INR en pacientes con TTA es pobre. El uso del score HAS-BLED puede ser útil en la predicción pronóstica de eventos mayores en pacientes con necesidad de TTA, limitando su prescripción en aquellos con puntuación ≥3.



	Todos (n=109)	HASBLED<3 (n=54)	HASBLED≥3 (n=55)	p
Edad	73.0±11	68.3±12	77.6±7	0.01
HAS-BLED	2.43±0.7	1.76±0.4	3.09±0.3	0.01
Eventos totales	35 (34)	13 (24)	22 (40)	0.01
Mortalidad	21 (19)	6 (11)	15 (27)	0.03
Ictus	5 (4)	1 (2)	4 (8)	0.17
Hemorragia	20 (18)	8 (15)	12 (22)	0.34

13. ¿Existen diferencias en el seguimiento a largo plazo entre octogenarios y grandes octogenarios tras síndrome coronario agudo?.

SALVADOR I., ROLDÁN I., SELLER J., DUBOIS D., FERNÁNDEZ R., SAURÍ A., PÉREZ J., PÉREZ-OLIVARES C., ROMERO E., MORA V.
Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia.

OBJETIVO:
Los grandes octogenarios están poco representados en los estudios de cardiopatía isquémica con lo que se dificulta su manejo. Nuestro propósito ha sido comparar la evolución a largo plazo entre pacientes octogenarios, mayores y menores de 85 años tras un síndrome coronario agudo (SCA).
MATERIAL Y MÉTODOS:
Estudio prospectivo de cohortes en condiciones de práctica clínica habitual de p ingresados por SCA: angina inestable (AI), infarto agudo de miocardio sin (IAMSEST) y con elevación del segmento ST (IAMCEST) y seguimiento completo a los 18 meses. Seleccionamos a los p≥80 años, dividiéndolos en 2 grupos: mayores (G85) y menores (G80) de 85 años. La variable de valoración final fue la comparación del evento combinado de muerte y reingreso cardiovascular (MACE) en el seguimiento tras el alta. Calculamos hazard ratios (HR) con el modelo de regresión de Cox ajustado.
RESULTADOS:
Incluimos 125 p, 41,8% mujeres, de los cuales 77 p (G80) y 48 (G85). No hubo diferencias en la proporción de factores de riesgo CV clásicos. Solo la enfermedad cerebrovascular fue más frecuente en el G85 (33,3% vs 6,6%; p<0,001). En este subgrupo se realizó menos cateterismo (21,1% vs 66,2%; p<0,001). Entre a los que se practicó coronariografía, también se realizó menos revascularización (16,7% vs 37,3%; p=0,014). En el seguimiento la tasa de incidencia de MACE no resultó diferente, tanto en el modelo sin ajustar HR: 1,437, [IC (95%): 0,709-2,911]; p=0,314 como en el ajustado, HR: 1,977, [IC (95%): 0,862-4,532]; p=0,107.
CONCLUSIONES:
El manejo de los pacientes mayores de 85 años es aún más conservador que en el resto de octogenarios. Sin embargo, esto no se traduce en un impacto sobre la incidencia de MACE en el seguimiento, lo que sugiere que la importancia de la edad en su pronóstico.

14. Influencia de la estacionalidad en la morbilidad por insuficiencia cardiaca.

JIMÉNEZ J.J., SÁNCHEZ I., MARQUÉS E., LÓPEZ R., MELERO J., CANALES G., CERVERÓ A., MARTINEZ L ., ALMENAR L.
Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia.

Nuestro objetivo es identificar si existe influencia estacional en el número de ingresos por insuficiencia cardiaca y si ésta depende de que exista o no depresión de la función ventricular.
Para ello nos basamos en una serie de 945 pacientes consecutivos ingresados en el servicio de cardiología por insuficiencia cardiaca, conformada mayoritariamente por varones (55.7%) y una mediana de edad de 75 años (18-95 años).
Del total de los pacientes con insuficiencia cardíaca sin establecer distinción en función de la FEVI y en relación a la estación en la que se produjo su ingreso obtenemos tras el estudio del test un p-valor de <0.001, a favor de que exista un mayor número de ingresos en invierno (29.8%)
De ellos, 437 (54.5%) presentan insuficiencia cardiaca con fracción deprimida y 365 (45.5%) preservada (valores nulos de 143). Se clasifican en función de la estación del año en la que se produjo su ingreso obteniendo un p-valor de 0.89, no significativo.

	IC deprimida N=437	IC preservada N=365
Invierno	135 (16.7%)	105 (13.1%)
Otoño	98 (12.2%)	84 (10.5%)
Primavera	116 (14.5%)	104 (13%)
Verano	88 (11%)	72 (9%)

Para concluir, vemos que si existe un mayor número de ingresos por insuficiencia cardíaca en invierno cuando estudiamos el total sin distinción por función ventricular. No obstante, no existe suficiente significación estadística para considerar que existan diferencias entre insuficiencia cardiaca con función deprimida y conservada en términos de estacionalidad.

15. El control de la anticoagulación con antivitamina K en la fibrilación auricular en un hospital comarcal, ¿es adecuado?.

LÓPEZ-FERNÁNDEZ I., SÁNCHEZ-TORRIJOS J., CANO M.D., GIRBÉS V., MATÍ S., LÓPEZ-FORNÁS F., MARTÍNEZ-MORENO F.
Hospital Lluis Alcanyis de Xàtiva.

OBJETIVO:
El objetivo del estudio es conocer el porcentaje de pacientes con fibrilación auricular que están anticoagulados con antivitamina K que presentan más del 60% de las de determinaciones de INR en rango entre 2 y 3.
MÉTODOS:
Estudio transversal de una muestra de 153 pacientes con fibrilación auricular realizada el 29 de Enero de 2015. Se realizó la recogida de pacientes incluidos en la base de datos Web-Athis aleatoriamente mediante la búsqueda por apellidos comunes. Se incluyeron los pacientes con diagnóstico de fibrilación auricular que tuvieran 6 últimas determinaciones de INR estables, sin interrupciones de anticoagulación por intervenciones quirúrgicas, dentales o cualquier otro procedimiento invasivo y que no estuvieran en el ajuste inicial de la dosis.
Se considera que control del INR es inadecuado mediante el método directo cuando el porcentaje de valores de INR dentro del rango terapéutico entre 2 y 3 sea inferior al 60%.
RESULTADOS:
Un total de 146 pacientes cumplieron los criterios de inclusión. La edad media fue de 77.2 ± 8.0, el 51.4% fueron mujeres. Fibrilación auricular permanente o persistente de larga duración estaba presente en el 81.5% de los pacientes. Un 19.5% estaban en fibrilación auricular paroxística o persistente. El CHA_2DS_2VASc medio fue de 3.8 ± 1.5 y el HAS-BLED medio de 1.6 ± 0.8.
El porcentaje de pacientes en rango terapéutico mayor o igual del 60% fue del 45.2%.
De las 876 determinaciones medidas 115, el 13.1%, estaban en rango de INR extremos, menores o iguales de 1.5 o mayores o iguales de 4. Rango de 1 a 8.
CONCLUSIONES:
Más de la mitad de los pacientes con fibrilación auricular anticoagulados con antivitamina K de nuestra muestra tienen un tiempo en rango terapéutico de anticoagulación inadecuado. Debemos supervisar el control de nuestros pacientes.

16. Influencia de la estacionalidad en el número y duración de los ingresos por insuficiencia cardiaca.

JIMÉNEZ J.J., SÁNCHEZ I., MARQUÉS E., LÓPEZ R., MELERO J., CANALES G., CERVERÓ A., MARTINEZ L. , ALMENAR L.
Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia.

Nuestro objetivo es identificar si existe influencia estacional en la duración y número de los ingresos por insuficiencia cardiaca.
Para ello nos basamos en una serie de 945 pacientes consecutivos ingresados en el servicio de cardiología por insuficiencia cardiaca, conformada mayoritariamente por varones (55.7%) y una mediana de edad de 75 años (18-95años). Del total de los pacientes con insuficiencia cardíaca sin establecer distinción en función de la FEVI y en relación a la estación en la que se produjo su ingreso obtenemos tras el estudio del test un p-valor de <0.001, a favor de que exista un mayor número de ingresos en invierno (29.8%).

Estación en el momento del ingreso	Insuficiencia Cardiaca N= 802
Invierno	240 (29.8%)
Otoño	182 (22.7%)
Primavera	220 (27.5%)
Verano	160 (20%)

Posteriormente comparamos la duración media de los ingresos por insuficiencia cardíaca en función del periodo en el que se produce el mismo. Realizamos para ello un test de Kruskal-Wallis al tratarse de una distribución no normal (p <0.001), obteniendo una significación de 0.037 a favor de la existencia de diferencias en la duración de los ingresos, siendo más prolongados en invierno (mediana de 9.8 y sd de 8.2).
Por lo tanto podemos concluir que en nuestra serie existe influencia estacional no sólo en el número de ingresos sino también en la duración de los mismos contabilizados en días.

17. Factores predictores de mal cumplimiento de guías de práctica clínica en pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca.

SÁNCHEZ S., MONTAGUD V., FÁCILA L., CÁRDENAS J.P., HENAO J.A., FABREGAT O., CUBILLOS A., DE LA ESPRIELLA R., FONFRÍA R., MORELL S.
Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

INTRODUCCIÓN:
Las guías de práctica clínica proporcionan un resumen de la mejor evidencia científica, estandarizando las medidas terapéuticas. Sin embargo no siempre es posible cumplirlas, ya que debemos adaptar nuestra práctica clínica a cada paciente. El objetivo de nuestro estudio fue determinar que factores influyen a la hora de seguir estas guías en pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca (IC).
MÉTODO:
Se llevó a cabo un estudio observacional que incluyó a 510 pacientes dados de alta de Sep-11 a Ene-15 con el diagnóstico de IC y fracción de eyección (FE) <55% Fueron clasificados en función de cumplimiento o no del tratamiento para la IC de acuerdo con las guías europeas (ESC), que incluía: betabloqueantes, IECAs o ARAII, y antagonistas de la aldosterona. Se realizó un análisis estadístico con SPSS.
RESULTADOS:
De los 510 pacientes incluidos, el 49% no cumplimentaba las guías. Se observaron diferencias significativas para las siguientes variables: los pacientes incluidos en mal cumplimiento eran de mayor edad (71,21±11,84 vs. 67,75±11,69 p<0,001), con mayor proporción de antecedentes de enfermedad renal crónica (36,9% vs. 16,7% p<0,001), menor filtrado glomerular estimado (FGE) por mdrd y ckd-epi respectivamente (69,85 ± 37,38 vs. 79,26±30,18 p=0,02; 62,51±27,78 vs. 73,21±24,02 p<0,01), menores cifras de hemoglobina (12,33±1,86 vs. 12,87±2,0,2 p<0,01), y mejor FE (34,41±12,58 vs. 29,23±11,72 p<0,01). En el análisis multivariante las variables que se relacionaron independientemente con el cumplimiento de guías fueron: FGE menor de 60ml/min/m^2 (OR=0,4 IC95% (0,263-0,613) p<0,001) y la FE (OR=0,97 IC95% (0,95-0,98) p<0,001); asociándose a peor cumplimiento menores cifras de FGE y mejores porcentajes de FE.
CONCLUSIÓN:
Existen diferencias significativas en la distribución de las variables a estudio para los dos grupos. Se observó que tanto el FGE como la FE influyen directamente en el cumplimiento de las guías en los pacientes con IC y FE deprimida.

18. Factores predictores de mal cumplimiento de las guías de práctica clínica en pacientes ingresados por cardiopatía isquémica.

CÁRDENAS J., FÁCILA L., SÁNCHEZ S., HENAO J., MONTAGUD V., FABREGAT O., CUBILLOS A., FONFRÍA R., MORELL S.
Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

INTRODUCCIÓN:
Aunque en general se acepta que el cumplimiento de las guías en cardiopatía isquémica (CI) es lo óptimo, existe un porcentaje de pacientes en los que éstas no se cumplen. Nuestro objetivo fue identificar los factores asociados al no cumplimiento de dichas guías.
MÉTODO:
Se realizó un estudio observacional descriptivo con 1.433 pacientes, ingresados con el diagnóstico de CE entre Sept-11 y Ene-15. Se agruparon en función del cumplimiento o no del tratamiento para CI según guías europeas (ESC), incluyendo realización de cateterismo cardiaco en el ingreso, tratamiento al alta con estatinas, beta-bloqueantes y doble antiagregación plaquetaria. Para el análisis estadístico se usó SPSS.
RESULTADOS:
De los 1.433 pacientes, 986 (68.80%) se incluyeron en el grupo de cumplimiento. En el grupo de pacientes de no cumplimiento encontramos una mayor edad (72,78±12,58 vs 66,4±66,42, p<0,001), más insuficiencia renal crónica (20,8% vs 12,5%, p<0,001), niveles mayores de creatinina (1,12 vs 0,99, p=0,005), de sujetos anticoagulados (19,8% vs 9,6%, p<0.001), diabéticos (43,3% vs 36,6%, p=0,017), enfermedad cardiovascular previa (60,9% vs 43,2%, p<0,001), hipertensión arterial (79,9% vs 68,9%, p<0,001) e ingresos previos (40,4 % vs 25,8%, p<0,0001). Respecto al grupo de pacientes en que sí se cumplen encontramos mayor proporción de varones (75,2% vs 61,9, p<0,001) así como niveles mayores de hemoglobina (13,82 vs 13,04, p<0,001) y filtrado glomerular por MDRD (91,55 vs 81,03, p<0001). En el análisis multivariante los valores que se asociaron a mayor cumplimento fueron el sexo masculino (OR 1,43, p=0,16) y mayor cifra de hemoglobina (OR 1,12, p=0,03) y a menor la edad (OR 0,98, p=0,00) y la enfermedad CV previa (OR 0,74, p=0,03).
CONCLUSIÓN:
En nuestro estudio el sexo femenino, la insuficiencia renal, la anemia y el antecedente de enfermedad cardiovascular se asoció con un peor cumplimiento de las guías en los pacientes ingresados por cardiopatía isquémica.

19. Anticoagulación. Métodos de cálculo del tiempo en rango terapéutico.

ELAMRANI A., BERTOMEU V., MORENO J., CASTILLO J., BERTOMEU V., CEQUIER A., RUIZ M., ANGUITA M.
Hospital Universitario San Juan de Alicante.

INTRODUCCIÓN:
El objetivo en el tratamiento de la fibrilación auricular es la prevención de eventos tromboembólicos. En pacientes tratados con dicumarínicos el incremento del tiempo en rango terapéutico (TRT) está relacionado con la disminución de eventos tromboembólicos y hemorrágicos. Existen diferentes métodos para el cálculo del TRT. Nuestro estudio consiste en comparar 2 métodos para el cálculo del TRT.
MÉTODO:
Hemos incluido a 1.222 pacientes provenientes del estudio CALIFA. Un estudio nacional, multicéntrico. Se trata de pacientes con fibrilación auricular en tratamiento con dicumarínicos con al menos 4 determinaciones de INR en los últimos 6 meses. El TRT fué calculado con el método de Rosendaal y con el método directo.
RESULTADOS:
No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos métodos. La media del tiempo en rango terapéutico con el método directo fué de 59.1%±24.8 del tiempo (IC 95%: 57.1-60.6%), y con el método de Rosendaal de 63.8%±25.4 del tiempo (IC 95%: 62.2-65.4%) (p<0.001).
CONCLUSIÓN:
No hemos encontrado diferencias en el cálculo del TRT calculado mediante el método de Ronsendaal y el método directo.

JUEVES DÍA 28 (16:00 - 16:40 h.)
SALA PERELLONET **CARDIOLOGÍA EXPERIMENTAL**

20. La determinación en sangre del regulador mitocondrial PGC-1α se correlaciona con sus niveles en miocardio: estudio en pacientes sometidos a cirugía cardiaca.

FABREGAT O., PAREDES F., MENA A., RIDOCCI F., JUEZ M., GARCÍA-FUSTER R., GIL O., HORNERO F., MORELL S., MARTINEZ-LEÓN J.
Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Peroxisome proliferator activated receptor-γ coactivator-1α (PGC-1α) es un coactivador transcripcional mitocondrial clave en la regulación de genes implicados en el metabolismo oxidativo y la biogénesis mitocondrial en el miocardio. Estudios previos han demostrado su papel cardioprotector en modelos animales de isquemia y sobrecarga de presión, sugiriendo el potencial valor pronóstico en pacientes con infarto agudo de miocardio e insuficiencia cardiaca. Sin embargo, la determinación de la actividad miocárdica de PGC-1α a nivel clínico no es viable. Por ello, nuestro objetivo fue validar un método de análisis a partir de sangre periférica que correlacionara los valores séricos con la expresión miocárdica de PGC-1α. Así, en base a trabajos previos de nuestro grupo que asociaron los niveles plasmáticos de PGC-1α con el remodelado ventricular y el tamañ'96o de la necrosis tras infarto agudo de miocardio, su determinación en estos pacientes podría ser de utilidad pronóstica.
MÉTODOS: Cohorte prospectiva de 35 pacientes sometidos a recambio valvular aórtico. Se obtuvieron de forma simultánea muestras de sangre y biopsia miocárdica para el análisis por PCR de la expresión relativa de RNAm de PGC-1α y sus dianas (incluida SIRT-1). También se analizó la influencia del status antioxidante en la expresión de PGC-1α (por Trolox™), más frecuente en enfermedades metabólicas.
RESULTADOS: Los niveles de RNAm de PGC-1α en plasma mostraron una buena correlación con su expresión miocárdica (índice Kappa 0.66, p<0.001). El mayor grado de expresión sistémica de PGC-1α se asoció a mayor expresión de SIRT-1 y mejor status antioxidante. Contrariamente, se encontró una pobre expresión de PGC-1α en estados proinflamatorios, más frecuentes en trastornos metabólicos como la diabetes.
CONCLUSIONES: El protocolo utilizado para la estimación no invasiva de la expresión de PGC-1α a partir de muestras de sangre periférica permite una adecuada evaluación del sistema de protección mitocondrial regulado por PGC-1α a nivel miocárdico.

21. Efecto diferencial sobre mortalidad de la galectina-3 en pacientes con insuficiencia cardíaca aguda de acuerdo a los niveles de antígeno carbohidrato 125.

PALAU P., SANTAS E., GARCÍA-BLAS S., ESCRIBANO D.,VILLANUEVA M.P., VALERO E., MIÑANA G., MOLLAR A., SANCHIS J., NÚÑEZ J.
Hospital Clínico Universitario de Valencia.

OBJETIVOS:
La galectina-3 (Gal-3) y el antígeno carbohidrato 125 (CA125) son potentes biomarcadores pronósticos en la insuficiencia cardíaca (IC). Gal-3 se ha posicionado como un importante mediador de fibrosis y CA125 como biomarcador relacionado con la sobrecarga hídrica e inflamación. Estudios experimentales han mostrado una posible interacción molecular entre CA125 y Gal-3. Sin embargo, la relevancia clínica de esta interacció0n se desconoce. El objetivo de este trabajo fue evaluar, en pacientes ingresados por IC, la asociación entre los niveles plasmáticos de Gal-3 con el riesgo de muerte e ingresos repetidos de acuerdo a los niveles de CA125.
MÉTODOS:
Se incluyeron un total de 264 pacientes ingresados consecutivamente por IC. Ambos biomarcadores se determinados en el momento del ingreso. Para evaluar el efecto de la interacció0n CA125-Gal-3 sobre la mortalidad y el reingreso se utilizó el modelo de regresió0n Cox y binomial negativa, respectivamente.
RESULTADOS:
Tras una mediana de seguimiento de 2 años (rango intercuartílico: 1-2,8) se registraron un total de 108 (40,9%) muertes y 365 hospitalizaciones en 171 pacientes (69.5%). En el análisis multivariado, el efecto de Gal-3 sobre mortalidad y reingreso fue mediado de forma diferencial por los niveles de CA125 (p de la interacción=0,007 y p<0,001, respectivamente). De esta manera, en pacientes con niveles por encima de la mediana de CA125 (>67 U/ml) se observó una relación positiva y linear entre los valores de Gal-3 y el riesgo de ambos episodios adversos. Por el contrario, Gal-3 no mostró un efecto pronóstico significativo en pacientes con niveles de CA125 por debajo e la mediana (≤67 U/ml).
CONCLUSIÓN:
En pacientes ingresados por IC, el efecto pronóstico de Gal-3 se vio significativamente mediado por los niveles de CA125, hecho que podría sugerir una interacción biológica.

22. Estudio prospectivo de cardiotoxicidad por antraciclinas: importancia de los microRNAs como predictores de insuficiencia cardiaca. Estudio HECATOS.

HERNANDIZ A., CERVERA A., MIRÓ M., SALVADOR A., MONTERO J.A., AQUILES N., SANTABALLA A, CASTEL V., IGUAL B., SEPULVEDA P.
Instituto de Investigación Sanitaria La Fe.

La terapia antineoplásica puede conllevar al desarrollo de cardiotoxicidad que influirá en el pronóstico y supervivencia de pacientes con cáncer. Sin embargo la magnitud de este problema se desconoce por lo que son necesarios estudios clínicos que lo investiguen.
OBJETIVOS:
Estudiar nuevos biomarcadores (proteómicos, microRNAs y metabolómicos) en muestras de orina y plasma de sangre periférica en combinación con técnicas de imagen cardíaca para la detección de cardiotoxicidad, en pacientes que reciben agentes cardiotóxicos en su terapia antineoplásica. Evaluar prospectivamente la incidencia de cardiotoxicidad por diferentes agentes cardiotóxicos; estudiar nuevos mecanismos que podrían llevar a nuevas terapias y/o prevención de la cardiotoxicidad producida.
DISEÑO DEL ESTUDIO:
Estudio multicéntrico, prospectivo y observacional; en pacientes >18 años. Se agruparan en: 1) Pacientes agudos, han recibido quimioterapia en <1 mes; 2) Pacientes subcrónicos, con miocardiopatía tóxica y que han recibido la quimioterapia entre 1 y 12 meses; 3) Pacientes crónicos, recibieron quimioterapia previa >12 meses. Participan 14 grupos de 6 paises europeos; se propone incluir una cohorte de 500 pacientes con cáncer de mama, leucemias o linfomas, que reciban quimioterapia con capacidad cardiotóxica conocida como: antraciclinas. Periodo de inclusión de 4 años y de seguimiento durante 10 años.
PROCEDIMIENTOS:
Historia clínica, firma de consentimiento informado, ecocardiografia, toma de muestras de sangre y orina, Holter cardíaco; biomarcadores, resonancia magnética nuclear, cateterismo cardiaco y coronariografía, biopsia endomiocárdica
ENDPOINTS/PARÁMETROS FINALES:
Desarrollo de cardiotoxicidad, definida por la reducción de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI)>5% con FEVI inferior a 55% con presencia de síntomas de insuficiencia cardíaca, o en pacientes asintomáticos con descenso de FEVI>10% con FEVI<55%

23. Búsqueda de nuevos biomarcadores en la hipertensión pulmonar de causa cardiaca izquierda: análisis de un microarray de expresión proteica.

MELERO J.L., SÁNCHEZ-LÁZARO I.J., DOLZ S., LÓPEZ-VILELLA R., SANZ J., CERVERÓ A., LAIZ B., MARTÍNEZ-SALES V., MARTÍNEZ-DOLZ L., ALMENAR L.
Hospital Universitari i Politècnic La Fe, València.

OBJETIVO:
La hipertensión pulmonar (HP) asocia importante morbilidad y mortalidad, y su causa más frecuente es la cardiopatía izquierda. Según el perfil hemodinámico, la HP se subdivide en postcapilar o precapilar. El objetivo del estudio fue estudiar nuevos biomarcadores que nos permitan identificar a pacientes con HP y diferenciar entre los distintos subgrupos.
METODOS:
Se reclutaron 32 a los que se les había sometido a un estudio hemodinámico mediante un cateterismo cardiaco y se les extrajo una muestra de sangre de la arteria pulmonar. Se dividieron en 4 grupos de 8 en función del resultado del estudio (sin HP, HP postcapilar, HP precapilar reversible y HP precapilar irreversible). Se mezclaron los sueros de los pacientes de cada grupo y cada muestra agrupada se analizó mediante inmunofluorescencia, utilizando una plataforma multi-array comercial (RayBiotech Human L-series AAH-BLG-1000).
RESULTADOS:
De un total de 1.000 proteínas analizadas, 88 mostraron diferencias significativas entre los 4 grupos estudiados. Diez proteínas mostraron diferencias porgresivas significativas (más de 1,5 veces) entre grupos sucesivos. Estas proteínas fueron catepsina B, KLF4, musculina, LIN41, TSLP, LIMPII, metaloproteasa de matriz 7, glucógeno fosfroilasa BB y angiopoyetina like 4. Otras 15 proteínas (annexina, d-dímeros, Gal 1 y 7, fibrinógeno, APJ, TRCP6, TSLP4, H-FABP, A-FABP, EPCAM, TIMP2, FOXO1, syndecan, Proteina S) mostraron diferencias de más de 3 veces entre los grupos sin HP y HP precapolar, aunque el incremento entre grupos consecutivos no fue relevante.
CONCLUSIONES:
Este estudio muestra datos preliminares sobre el perfil de expresión de proteínas en pacientes con HP y que podría ayudar a diferenciar entre los distintos grupos. Estos resultados deben ser validados mediante un método cuantitativo (ELISA) en una cohorte más grande de pacientes para poder seleccionar uno o varios biomarcadores que puedan tener utilidad clínica.

24. El nivel de miR-34a-5p hepático, pero no la presencia de hepatopatía no alcohólica, se asocian significativamente a la presencia de cardiopatía isquémica.

BRAZA-BOÏLS A., MARÍ J., DOMINGO D., MOLINA P., BARCELÓ M., OLCINA M., ARNAU M.A., GINER J., MARTÍNEZ-DOLZ L., ZORIO E.
Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

La grasa épicárdica (GE) y la enfermedad por hígado graso no alcohólico (EHGNA) se revelan como posibles nuevos factores de riesgo cardiovascular. Los microRNAs (miRNAs) podrían mediar esta acción. En la literatura el miR-34a-5p se ha asociado a EGHNA y en nuestra serie se encontró sobreexpresado en GE de pacientes con muerte súbita cardiaca isquémica (MSCi).
OBJETIVO:
Analizar asociación entre la EGHNA y la enfermedad coronaria (EC) y valorar el papel del miR-34a-5p en ella.
MÉTODOS:
Revisión de autopsias forenses seleccionando 132 MSCi y 106 controles-C sin EC y cuantificación del miR-34a-5p por qRT-PCR en sus muestras de hígado. En un subgrupo de 22C y 50P se cuantificó este miR también en GE.
RESULTADOS:
En P y en C predominaban los hombres (85% y 71%, ns), los P eran mayores (486 años vs 4012, p=0,003) y más obesos (IMC 285 vs 254, p=0,002). La presencia (72%P y 44%C) y severidad (esteatohepatitis 2-3 45%P y 21%C) de EGHNA fue mayor en P que en C (p=0,012 y p=0,045), pero perdió la significación al ajustar para edad e IMC. El nivel de miR-34a-5p en hígado fue mayor en P que en C (1,91 vs 1,20,7, p<0,001) incluso ajustando para edad e IMC (p=0,014) y de forma no significativa se asoció a mayor afectación hepática tanto en P como en C. Los niveles de este miR en hígado se correlacionaban estadísticamente con los de GE pero más en C que en P (r=0,50 p=0,019 y r=0,27 p=0,045, respectivamente).
CONCLUSIONES:
En esta serie, la EGHNA se asocia a la presencia de EC de forma no independiente, por la coexistencia de obesidad y edad avanzada. Sin embargo, el aumento del miR-34a-5p en hígado se asocia a EC por otras vías, hoy en día no aclaradas, que quizás sean objeto de búsqueda de nuevas dianas terapéuticas en el futuro.
(FEDER "Union Europea, Una forma de hacer Europa", PI011/00091, PI14/01477, FI12/00012, RD12/0042/0029, Premio López Borrasca-SETH, Contrato Sara Borrell CD13/0005).

25. Patrón de expresión de los microRNAs de grasa epicárdica en la muerte súbita cardiaca isquémica.

BRAZA-BOÏLS A., MARÍ J., DOMINGO D., MOLINA P., BARCELÓ M., OLCINA M., SANZ J., GINER J., MONTERO A., ZORIO E.
Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

La grasa épicárdica (GE), adyacente a las coronarias, se revela como nuevo factor de riesgo. Algunos microRNAs (miRNAs) son prodislipémicos y proadipogénicos.
OBJETIVO:
Describir el patrón de miRNAs en GE asociado a aterosclerosis coronaria.
MÉTODOS:
Realizamos un array de expresión de miRNAs (Affymetrix platform) en GE de pacientes de muerte súbita cardiaca isquémica (MSCi) y controles fallecidos súbitamente de causa no cardiaca. Seleccionamos los miRNAs disregulados en pacientes con dianas en las rutas fisiopatológicas de interés y los cuantificamos en una serie de 72 pacientes (91% hombres, 47 años) y 27 controles (75%, 35) por qRT-PCR.
RESULTADOS:
La expresión de miRNAs fue significativamente diferente en pacientes y controles (análisis de componentes principales y hierarchical clustering). De los 17 miRNAs supra y 18 infraexpresados en pacientes, elegimos 5 con dianas proaterogénicas (miR-34a-3p, -34a-5p, -124-3p, -125a-5p and 628-5p). En la serie total confirmamos un aumento de miR-34a-3p y -5p en pacientes (p<0,005, ajustado para edad y sexo p=0,030 y 0,054). Los niveles de ambos no correlacionaron con el IMC y sí con la edad (r=0,5, p<0,05) en controles aunque no en pacientes.
CONCLUSIONES:
Por primera vez describimos el patrón de expresión de miRNAs en GE asociado a aterosclerosis coronaria, con aumento característico del miR-34a-3p y -5p. El aumento de estos miRNAs podría favorecer por fenómenos paracrinos la aterosclerosis en la coronaria adyacente. Su potencial como desencadenante de la inestabilización de la placa (y trigger de MSCi) deberá ser abordado en futuros trabajos.
(FEDER "Union Europea, Una forma de hacer Europa", PI011/00091, FI12/00012, RD12/0042/0029, PI14/01477, Premio López Borrasca-SETH, Contrato Sara Borrell CD13/0005).

27. Resultados de aislamiento de venas pulmonares con catéter circular irrigado nMARQ.

GALCERÁ E., HERAS S., MARTÍNEZ-MARTÍNEZ J.G., IBÁÑEZ A., GARCÍA A., IBÁÑEZ J.L., GÓMEZ-SANSANO J.M., VICEDO A., MACIÁ M.J., SOGORB F.
Hospital General de Alicante

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:
El tratamiento de la fibrilación auricular (FA) mediante catéter de ablación está en auge. Es un procedimiento complejo que consume tiempo. Presentamos los resultados de ablación mediante un nuevo catéter multielectrodo irrigado guiado por mapa electroanatómico en pacientes con FA paroxística/persistente.
METODOS:
Se incluyeron 23 pacientes consecutivos (52±2,5 años) 14 con FA paroxística, 9 con FA persistente. Se realizó ablación antral con catéter de ablación circular, decapolar irrigado para mapa anatómico y ablación (nMARQ catheter, Biosense Webster Inc, Diamond Bar, CA). La ablación fue guiada por mapa electroanatómico aplicando radiofrecuencia (RF) en la región antral de las venas pulmonares (VV.PP.) mediante diez electrodos simultáneamente (one shoot). Se comprobó el éxito a 3 meses mediante respuesta clínica, ECG y holter ECG.
RESULTADOS:
Se logró un 100% de aislamiento de VV.PP. con una media de 24±7 aplicaciones, un tiempo total de RF de 13,6±6 minutos por paciente. El tiempo total medio por procedimiento desde el acceso venoso femoral hasta la retirada del catéter fue 118±5 minutos, con un total de tiempo medio de fluoroscopia de ,85±2 minutos. En cada vena se realizaron 6±3 aplicaciones de RF con un máximo de 20 W. El bloqueo de entrada y salida se verificó con catéter de ablación en el 100% de las VV.PP. No se tuvieron complicaciones. En el seguimiento clínico medio realizado a los 8,1 meses permanecen libres de FA un 85,7% (18/21).
CONCLUSIONES:
El uso del nuevo sistema de ablación de VV.PP. mediante catéter circular irrigado es factible y seguro, obteniendo en nuestra serie un 100% de aislamiento de VV.PP. y sin complicaciones. El procedimiento es reproducible, con tiempos de procedimiento, RF y escopia cortos que podrían mejorar la programación en salas de electrofisiología. Se comprobó éxito manteniendo ritmo sinusal a los 3 meses en 10 de los 11 pacientes.

JUEVES DÍA 28 (16:40 - 17:00 h.)
SALA PERELLONET: **ELECTROFISIOLOGÍA, ARRITMIAS Y MARCAPASOS**

26. Seguridad del análisis de la bioimpedancia sistémica en pacientes con insuficiencia cardiaca portadores de dispositivos de estimulación cardiaca.

TREJO B., FABREGAT O., BOCHARD B., CUBILLOS A., PERDOMO D., PALANCA V., QUESADA A., MONTAGUD V., FÁCILA L., MORELL S.
Hospital General Universitario de Valencia.

INTRODUCCIÓN: El análisis de la bioimpedancia vectorial sistémica (BIVA) es un método ampliamente utilizado en la evaluación de la congestión sistémica en pacientes con insuficiencia cardiaca (IC), muchos de ellos portadores de dispositivos de estimulación cardiaca (DEC). Aunque se desconoce si el BIVA puede afectar al funcionamiento de los DEC, la mayoría de fabricantes y las guías clínicas desaconsejan su empleo por el riesgo de interferencia eléctrica, limitando su uso en muchos pacientes. El objetivo del estudio fue evaluar si el análisis de BIVA en pacientes con marcapasos o desfibriladores causaba interferencias electromagnéticas o malfunción del generador.
MÉTODOS: Estudio prospectivo de todos los ingresos por descompensación aguda de insuficiencia cardiaca en nuestro centro, entre enero y junio de 2014. El análisis se realizó mediante el modelo CardioEFG^{TM} , con una frecuencia de 50 kHz.
RESULTADOS: Del total de 77 pacientes estudiados, 21 eran portadores de dispositivo. Durante el uso de BIVA no se observaron interferencias en la telemetría entre el dispositivo y el programador ni se detectaron cambios en los parámetros de los cables ni alteraciones en la función del generador en ningún paciente.

Variable (n=21)	Valor
Edad (años)	73 ± 8.2
Sexo masculino (n, %)	12 (57)
Tiempo desde el primoimplante (años)	9 (3-12)
Fracción de eyección del VI (%)	35.5 ± 7.4
Marcapasos, n	13
TRC-D, n	8
Valor de BIVA (%)	75.7 ± 4.9

CONCLUSIONES: Los resultados del estudio sugieren que el uso de BIVA puede ser seguro en la evaluación clínica de pacientes portadores de dispositivos cardiacos.

28. Efectividad del Vernakalant para la cardioversión farmacológica de la fibrilación auricular en urgencias.

COSIN-SALES J., SORANDO R., LOSCOS A., CANO M.J., FERRANDO E., CASTILLO R., BASAGOITI M.J., ALCOVER V., MACEIRA A., PEIRO A.
Hospital Arnau de Vilanova de Valencia.

OBJETIVOS:
Vernakalant es un antiarrítmico con una alta selectividad auricular que se ha demostrado eficaz para la cardioversión farmacológica de la fibrilación auricular (FA) <7 días de evolución en pacientes con cardiopatía leve o moderada. En el presente trabajo hemos querido estudiar la eficacia y seguridad del fármaco en nuestro medio.
MÉTODOS:
Estudio retrospectivo en el que se han incluido pacientes consecutivos que acudieron a urgencias con una FA <7 días de evolución y se utilizó Vernakalant para la cardioversión farmacológica. Se utilizó según las recomendaciones de la ficha técnica, aplicando una primera perfusión de 3 mg/kg en 10 minutos, seguidos de 15 minutos de monitorización y en caso de persistir la FA, una nueva perfusión de 2 mg/kg.
RESULTADOS:
Incluimos 23 pacientes (65 años, 65% varones), que acudieron a urgencias con una FA de 3,5 (1-118) h de mediana de evolución. Un 61% eran HTA. Solo un paciente tenía antecedente de cardiopatía isquémica. La frecuencia cardiaca media de la FA era de 134 lpm. Vernakalant consiguió la reversión a ritmo sinusal de todos salvo 1 paciente (95% de pacientes revirtieron) en tan solo 7,3 (2-17) min de media desde el inicio de la primera perfusión. El tiempo total en urgencias de estos pacientes fue de tan solo 4,5 (2-8) horas. Solo 3 pacientes presentaron complicaciones leves relacionadas con el fármaco. Dos pacientes presentaron nauseas y un tercero presentó una taquicardia ventricular no sostenida (de menos de 1 pantalla del monitor). Sobre el uso concomitante con otros antiarrítmicos, un paciente fue tratado con Amiodarona iv que no resultó eficaz. A las 4 horas se le pautó Vernakalant y revirtió a ritmo sinusal. En otro caso se administró a un paciente en tratamiento crónico con Flecainida.
CONCLUSIONES:
Vernakalant es un antiarrítmico eficaz, seguro y muy rápido para la reversión a ritmo sinusal de pacientes con FA de <7 días de evolución. Su uso en urgencias puede facilitar y acortar significativamente el manejo de estos pacientes

29. Factores de riesgo relacionados con la infección del dispositivo de estimulación.

GALCERÁ E., HERAS S., MARTÍNEZ J.G., IBÁÑEZ A., GARCÍA A., IBÁÑEZ J.L., VICEDO A., MACIÁ M., GÓMEZ-SANSANO J.M., SOGORB F.
Hospital General de Alicante.

Se han descrito varios factores de riesgo (FR) relacionados con el procedimiento de implante de dispositivo de estimulación (DE) que aumentan el riesgo de infección. El objetivo del presente estudio es evaluar la frecuencia de la infección y los FR de una serie de pacientes a los que se les implantó un DE.

MÉTODOS:
Se estudió una muestra de 180 pacientes consecutivos, con edad 69±12 años, varones (71%). Se recogieron los siguientes FR para infección: diabetes (DM), necesidad de reintervención precoz, número de cables posicionados, terapia de resincronización (CRT), recambio de DE, enfermedad renal crónica (ERC), insuficiencia renal aguda (IRA), necesidad de marcapasos provisional (MPP), insuficiencia cardiaca (IC), disfunción ventricular derecha, tratamiento con corticoides, anticoagulación oral (ACO) y fiebre durante 24 horas previas al implante. Como desenlace se consideró el desarrollo de infección de DE. El seguimiento mínimo fue 18 meses.

RESULTADOS:
La prevalencia de los diferentes FR en nuestra serie de pacientes fue: DM 58 (32%); ERC 24 (13.3%), IC 85 (47%), corticoides 2 (1.1%), ACO 74 (41%), implante de MPP 13 (7.2%), implante de CRT 43 (24%), recambio del dispositivo 61 (34%), reintervención precoz 21 (11.7%) disfunción VD 10 (5.6%), fiebre 24 horas antes del implante 2 (1.1%). Del total de pacientes estudiados, 4 (2.2%) presentaron infección. En nuestra serie el único predictor independiente de infección DE fue la reintervención precoz (OR 26.3 IC 95% [2,6 – 266,7]). Los pacientes con infección de DE presentaron una media de 3 FR. 50% de las infecciones aparecieron durante los 3 primeros meses tras el implante.

CONCLUSIONES:
Las infecciones de DE suponen una complicación infrecuente pero que es necesario prever. En nuestro estudio el único predictor de infección fue la necesidad de reintervención precoz. Es importante ser consciente de los factores asociados con infecciones, para que los pacientes con riesgo puedan ser identificados e implementar medidas preventivas.

31. Evidencia de afectación miocárdica preclínica en adictos a cocaina con fracción de eyección conservada. Estudio de strain/strain rate con cardiorresonancia magn.

MACEIRA A., TUSET L., RIPOLL C., COSÍN J., IGUAL B., SALAZAR J., BELLOCH V.
ERESA centro medico.

La cocaína es una droga altamente adictiva con efectos cardiovasculares potencialmente letales. Hemos mostrado previamente con cardiorresonancia magnética (CRM) en una serie de sujetos adictos a cocaína asintomáticos que el 35% presentan disminución en la fracción de eyección de ventrículo izquierdo (FEVI), pero la disfunción miocárdica preclínica puede aparecer en una fase más precoz. Los nuevos software de análisis permiten la cuantificación de strain y strain rate miocárdico con CRM. El objetivo del estudio fue medir con CRM el strain y strain rate miocárdico en adictos a cocaína con FEVI normal y deprimida.

MÉTODOS: 20 sujetos adictos a cocaína con FEVI disminuida (D), 20 con FEVI conservada (C) y 20 controles sanos (S) fueron incluidos. A todos se les realizó una CRM de 3T con un protocolo que incluyó secuencias morfológicas, secuencias de cine en los planos habituales y serie de eje corto, con típicamente 40 fases en cada adquisición, administración de gadolinio-DTPA (0.1mM/kg) y secuencias de realce tardío de gadolinio en idénticos planos a los cines. Se midieron los volúmenes, masa y FE de VI y se empleó un software específico para medición de strain y strain rate globales longitudinal, radial y circunferencial. Para el análisis estadístico se empleó ANOVA y post-hoc con test de Tukey.

RESULTADOS: Los 60 sujetos incluidos fueron varones y no hubo diferencias en edad. Se observaron diferencias significativas en el strain global longitudinal, radial y circunferencial (SGL, SGR, SGC), y en el strain rate global longitudinal y radial (SRGL, SRGR). El análisis a posteriori mostró diferencias significativas entre los tres grupos para todas estas variables.

	N	Edad (a)	FEVI (%)	SGL (%)	SRGL (%/s)	SGR (%)	SRGR (%/s)	SGC (%)	SRGC (%/s)
S	20	46±18	68±4	-16.2±2	-107±7	24±2	178±12	-15±2	-100±7
C	20	35±9	62±4	-14±2	-89±6	20±1	146±10	-7±4	-93±6
D	20	32±4	54±3	-11.7±4	-76±6	14±1.2	106±10	-7±2	-81±6
p		NS	0.003	<0.001	0.007	<0.001	<0.001	0.01	0.08

CONCLUSIÓN: Los sujetos adictos a cocaína con FEVI conservada presentan una disminución de los parámetros de strain y strain rate, con valores intermedios entre controles sanos y adictos con FEVI disminuida. La CRM con análisis de strain puede detectar afectación miocárdica por cocaína en una fase más precoz que la CRM convencional.

JUEVES DÍA 28 (16:00 - 17:00 h.)
SALA ARENAS **PREVENTIVA**

30. Nuevos criterios electrocardiográficos basados en la repolarización precoz para el cribado de hipertrofia ventricular izquierda en futbolistas jóvenes.

FABREGAT O., MUÑOZ A., PINA S., CALVENTE A., FERRANDO M, GARCÍA-GONZÁLEZ P., ALBIACH C., SORIANO C., USÓ H., MORELL S.
Consorcio Hospital General Universitario Valencia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: En el cribado preparticipativo de deportistas de élite, el diagnóstico electrocardiográfico de la hipertrofia ventricular izquierda (HVI) es esencial para el despistaje de la miocardiopatía hipertrófica. Sin embargo, los scores de HVI actuales no están orientados a deportistas y su rendimiento diagnóstico sigue siendo pobre. Nuestro objetivo fue evaluar una nueva escala diagnóstica basada en la repolarización precoz que permita orientar mejor la necesidad de pruebas de imagen.

MÉTODOS: Estudio prospectivo de 131 futbolistas de élite (edad media 17.9±2.7 años) de la escuela del Villarreal CF SAD, con ECG en reposo y ecocardiograma transtorácico. Se analizó la correlación de la presencia de HVI (grosor septal ≥11 mm) con la suma de la elevación del punto J en derivaciones precordiales desde V2 a V6.

RESULTADOS: Se halló un grosor septal ≥11 mm en 62 futbolistas (media global 10.5±1.6 [rango 7-16]). La curva ROC para el diagnóstico de HVI encontró un punto de corte óptimo para la suma de la elevación de los puntos J de 5 mm (0.5mV), con área bajo la curva de 0.74 (0.65-0.83; p<0.001). Al compararlo con los actuales, el score propuesto mostró la mayor sensibilidad (S=84%).

Scores Diagnósticos de HVI	S	E	VPP	VPN
Sokolow-Lyon	0.67	0.46	0.53	0.61
Cornell - Voltaje	0.06	0.04	0.57	0.53
Cornell - Producto	0.06	0.07	0.44	0.52
Romhilt-Estes	0.24	0.93	0.75	0.58
Perugia Score	0.30	0.88	0.69	0.59
Nuevo Score basado en Repolarización Precoz	0.84	0.64	0.67	0.81

CONCLUSIONES: El nuevo score basado en la repolarización precoz en derivaciones precordiales, por su elevada sensibilidad, podría ser útil en el screening diagnóstico de HVI en futbolistas jóvenes

32. Utilidad del electrocardiograma como predictor de riesgo de insuficiencia cardíaca en paciente hipertenso.

NÚÑEZ L., DE LARA G., VICENTE N., PERNIAS V., Gª DE BURGOS F., LLISTERI JL., FÁCILA L., PALLARÉS V., MORILLAS P.
Hospital General Universitario Elche.

INTRODUCCIÓN:
A pesar de las estrategias de prevención a nivel poblacional, el envejecimiento de la población ha provocado el aumento de la incidencia de insuficiencia cardiaca (IC). Existen pocos datos sobre si alteraciones del electrocardiograma (ECG) pueden mejorar la predicción del desarrollo de IC. Nuestro estudio pretende analizar la utilidad de la detección de alteraciones del ECG en la predicción de riesgo de ingreso por IC en una población mediterránea hipertensa.

MÉTODOS:
Se incluyó a 931 pacientes hipertensos de edad ≥65 años que acudieron a la consulta médica sin diagnóstico previo de IC. Se recogieron los principales factores de riesgo, la historia cardiovascular, el tratamiento farmacológico, una analítica básica y un electrocardiograma donde se analizó la presencia de hipertrofia ventricular izquierda y/o crecimiento de la aurícula izquierda. Se realizó un seguimiento clínico con recogida de los ingresos hospitalarios por IC. La mediana del seguimiento fue 803 días.

RESULTADOS:
Los pacientes tenían una edad media de 72.6 ± 5.7 años, con una mediana de 10 (5-15) años de evolución de la hipertensión arterial. El 46,9% eran varones, 48,2% dislipémicos, 27,4% diabéticos y 9% fumadores. El 18,9% de los pacientes presentaban alteraciones basales en el ECG (hipertrofia o crecimiento de cavidades izquierdas). Durante el seguimiento se produjeron 21 ingresos por IC (2,3%). Los pacientes con alteraciones basales del ECG tuvieron significativamente más ingresos por IC (4.5% Vs 1.7%, p<0.05). En el análisis multivariable, la presencia de crecimiento de cavidades izquierdas en el ECG se asoció a un mayor riesgo de ingreso hospitalario por IC (OR: 2.71; IC 1.08 – 6.80, p<0,05).

CONCLUSIÓN:
La realización de un ECG es una herramienta útil para identificar el riesgo de ingreso por IC en pacientes hipertensos ≥65 años en una población mediterránea.

33. Escala $CHADS_2$ como factor predictor muerte en pacientes hipertensos.

PERNIAS V., VICENTE N., DE LARA G., NÚÑEZ L., CASTILLA E., GÓMEZ M.
Hospital General Universitario Elche.

INTRODUCCIÓN:
La escala $CHADS_2$ es utilizada en la actualidad para la identificación del riesgo embólico en pacientes con fibrilación auricular no valvular, fundamentalmente con la finalidad de indicar el tratamiento anticoagulante. Nuestro estudio pretende analizar la utilidad de la citada escala más allá de la fibrilación auricular; en concreto valorar su utilidad para la estratificación del riesgo de muerte en pacientes hipertensos en una población mediterránea.
MATERIAL Y MÉTODOS:
Se incluyó a 1.003 pacientes hipertensos de edad ≥65 años que acudieron a la consulta médica. Se recogieron los principales factores de riesgo, la historia cardiovascular, el tratamiento farmacológico, una analítica básica y un electrocardiograma y se calculó la puntuación $CHADS_2$ (insuficiencia cardiaca, hipertensión, edad >75 años, diabetes mellitus e ictusprevio o accidente isquémico transitorio). Se realizó un seguimiento clínico con recogida de eventos de muerte cardiovascular, no cardiovascular y muerte global. La mediana del seguimiento fue 804 días.
RESULTADOS:
La media de edad era 72,9 ± 5,8 años, con el 47,5% varones, el 27,5% diabéticos, 48,3% dislipemia, el 9% eran fumadores y el 6,9% presentaba fibrilación auricular en el ECG. Durante el seguimiento hubo 41 muertes, de las cuales 20 fueron muertes cardiovasculares y 21 muertes no cardiovasculares. Los pacientes con $CHADS_2$ ≥3 presentaron una mayor mortalidad global (9,1% vs. 4,7% en $CHADS_2$=2 vs. 1,5% en $CHADS_2$=1; p<0,001). El análisis de supervivencia mostró una mayor mortalidad, tanto global como cardiovascular, en los pacientes con peor puntuación $CHADS_2$ (log rank test, p< 0,001). En el análisis multivariable, un $CHADS_2$ ≥3 se asoció significativamente a un mayor riesgo de mortalidad global y cardiovascular.
CONCLUSIONES.
La puntuación $CHADS_2$ puede ser una herramienta útil para identificar el riesgo de mortalidad en pacientes hipertensos ≥65 años en una población mediterránea.

34. Deficiencias en el control lipídico de pacientes en prevención secundaria.

COSÍN J., RUVIRA J., MACEIRA A., BUENDÍA F., DALLÍ E., HERVAS M.A., MORENO A., CABRERA A., ESTEBAN E., SOTILLO J.
Hospital Arnau de Vilanova.

OBJETIVOS:
La enfermedad cardiovascular (ECV) es la primera causa de mortalidad precoz y discapacidad en España. Las causas de la ECV son multifactoriales, pero dentro de estas causas destaca la dislipemia. Actualmente la guía sobre dislipemias de la Sociedad Europea de Cardiología recomienda que en pacientes de muy alto riesgo los niveles de LDL se deben medir al menos anualmente y han de ser inferiores a 70 mg/dl. En este trabajo quisimos conocer el grado de control lipídico en nuestro departamento.
MÉTODOS:
Identificamos a todos los pacientes con algún diagnóstico de ECV (Cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular o enfermedad vascular periférica) de nuestro departamento usando los diagnósticos de Abucasis. Utilizando la base de datos del laboratorio central del departamento revisamos todas las analíticas que incluían perfil lipídico en el año 2013. Finalmente cruzamos los datos.
RESULTADOS:
Identificamos 4.258 pacientes de nuestro departamento en prevención secundaria. De ellos a sólo 1.862 (44%) se les hizo una analítica que incluyera perfil lipídico durante los 12 meses del estudio. Por el contrario, a un 9% se les hizo 4 o más controles lipídicos en el mismo periodo. Respecto al control lipídico de los pacientes, en global, solo el 33% de pacientes tenían el LDL correctamente controlado, es decir, < 70 mg/ dl. La media de LDL en el área era de 87 mg/dl. Los resultados variaron de sólo un 13% de control en los pacientes del servicio de Neurología a un 44% de control en una de las zonas del Departamento. También se estudió el grado de control de otros parámetros lipídicos, como los triglicéridos (TG < 150 mg/dl) que era del 64% y de HDL (HDL > 45 mg/dl) del 48%.
CONCLUSIONES:
El grado de control lipídico de pacientes en prevención secundaria es claramente mejorable, teniendo que hacer especialmente hincapié en la importancia de hacer una analítica al menos anual y optimizar el tratamiento hipolipemiante, evitando caer en la inercia terapeútica.

35. Diferencias de los modelos de aproximación de costes en los pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca.

FÁCILA L., MONTAGUD V., FABREGAT O., FONFRÍA R., ABRISQUETA T., JAREÑO M.T., BELCHÍ J., BATALLER E., MORELL S.. DE PAULA F.
Consorcio Hospital General Universitario Valencia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La contabilidad analítica en las organizaciones sanitarias es un instrumento clave para el control de gestión y proporciona información para la toma de decisiones de los directivos así como de la eficiencia de los recursos utilizados. Existen dos métodos contrastados para la determinación del coste de la hospitalización y por tanto de financiación de las organizaciones sanitarias: los costes basados en casuística o por GRD, que nos permiten conocer el coste medio por proceso del paciente hospitalizado según esté asignado a un GRD u otro, simplificando en gran medida el proceso contable, y los costes basados por paciente individual, que asigna a cada paciente los costes de los recursos que ha utilizado, por ello posee mayor precisión pero precisa datos más exhaustivos y los cálculos son más laboriosos. El objetivo de este trabajo es definir si existe variabilidad entre los distintos métodos de calculo de coste sanitario en los pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca (IC) de un hospital terciario.
PACIENTES Y MÉTODOS: Se incluyen a 59 pacientes consecutivos dados de alta con el diagnóstico principal de IC (codificados con GRD 127[No complicada] y 543 [Con complicaciones mayores]). Se revisan en todos ellos los días de estancia en planta e intensivos, recursos utilizados (imagen, coronariografias, ventilación, fármacos, etc). Asignándose a cada paciente de manera individual los costes estipulados según la Ley de Tasas de la Conselleria de Sanidad de 2014 (LTCS), comparándose con el coste por GRD también asignados por la misma Ley.
RESULTADOS: El GRD 127 está cuantificado según LTCS en 2.999,98€, siendo la media de gasto de los pacientes analizados en nuestro hospital con ese GRD (N=51) de 2.943,2±2.245,2 € (min 273€, max 12.107€), por otro lado el GRD 543 (N=8) está cuantificado en LTCS 6.056,19€, siendo el coste medio de cada paciente individual con ese GRD en nuestro hospital 13.657,2 ±9.979,8€ (min 1.092€, max 32.852€). El coste total de la asistencia de los 51 pacientes con GRD 127 fueron de 150.119 (costes indiv) vs 152.998 (GRD), p=ns, y con GRD 543 (N=8) 109.258 (costes indiv) vs 48.499 (GRD), p<0,001.
CONCLUSIONES: A pesar de que existe una gran variabilidad en el coste de los pacientes con insuficiencia cardiaca, el gasto medio de los pacientes asignados al GRD 127 (IC no complicada) no es diferente si lo calculamos por casuística o por costes individuales, sin embargo si que existen diferencias significativas entre los costes medios de los pacientes con IC complicada (GRD 543) según lo calculemos por un método u otro en nuestro centro. Estos datos deben de ser tenidos en cuenta en la planificación financiera de los hospitales con casuística compleja.

36. Insuficiencia cardiaca aguda y síndrome cardiorenal: influencia en el perfil de riesgo.

SÁNCHEZ S., FÁCILA L., MONTAGUD V., CÁRDENAS J.P., HENAO J.A., FABREGAT O., CUBILLOS A., HIGUERAS L.,FONFRÍA R., MORELL S.
Consorcio Hospital General Universitario Valencia.

INTRODUCCIÓN:
La enfermedad renal crónica aumenta la incidencia de enfermedades cardiovasculares empeorando su pronóstico y está relacionada con la insuficiencia cardiaca (IC), conociéndose como síndrome cardio-renal. Esto se debe al aumento de los factores de riesgo tanto tradicionales como no, y al propio descenso del filtrado glomerular. Lo que obliga a conocer las características clínico-epidemiológicas de estos pacientes, objetivo de nuestro estudio.
MÉTODO:
Se llevó a cabo un estudio observacional descriptivo que incluyó a 877 pacientes desde Sept-11 a Ene-15 ingresados con el diagnóstico de IC. Fueron clasificados en dos grupos en función del filtrado glomerular estimado mediante ckd-epi (FG): FG>60ml/min/m^2 (Normal: FGEn) y FG<60ml/min/m^2 (Alterado: FGEa). Se realizó un análisis estadístico con SPSS.
RESULTADOS:
De los 877, el 44,5% presentaban en la primera determinación analítica FGEa, estos pacientes eran mayores (75,24±8,94 vs. 68,46±11,50 p<0,001), con mayor proporción de diabetes (56,8% vs. 43,3% p<0,001), dislipemia (65,0% vs. 56,8% p=0,013), hipertensión (86,4% vs. 71,9% p<0,001) y enfermedad cardiovascular previa (81,5% vs. 65,9% p<0,001). Además presentaron peores cifras de HbA1c (6,93±1,52 vs. 6,59±1,20 p<0,001), hemoglobina (12,11±5,96 vs. 12,83±1,98 p=0,013) y natremia (135,93±10,58 vs. 137,22±4,15 p=0,023). No se observaron diferencias significativas en la fracción de eyección (FE) (44,08±18,48 vs. 41,54±18,43 p>0,05), ni obesidad (33,7% vs. 32,3% p>0,05). En el análisis multivariante las variables que se relacionaron independientemente con los pacientes con FGEa fueron la edad (1,07 por año), y como protectores la Hb (0,81 por g/l) y el sodio (0,92 por mEq/l).
CONCLUSIONES:
Existen diferencias significativas entre ambos grupos en la distribución de los factores de riesgo cardiovascular y determinaciones analíticas básicas, exceptuando obesidad y FE. Por ello, la función renal debe ser tenida en cuenta en los pacientes con IC, ya que los clasifica en distintos perfiles de riesgo.

37. Diferencias epidemiológicas entre pacientes con insuficiencia renal y síndrome coronario agudo.

HENAO J., FÁCILA L., GIMENEZ M., MOGOLLÓN I., LAZARTE C., SÁNCHEZ S., CARDENAS J., MONTAGUD V.
Consorcio Hospital General Universitario Valencia.

INTRODUCCIÓN:
La enfermedad renal incrementa el riesgo de desarrollar cardiopatía isquémica, de empeorar su pronóstico y complicaciones; éstos pacientes suelen diferir en sus características clínico-epidemiológicas y factores de riesgo. El objetivo del presente trabajo es demostrar estas diferencias.
MÉTODO:
Se llevó a cabo un estudio observacional descriptivo de prevalencias que incluyó a 1.523 pacientes desde Sept-11 a Ene-15 ingresados consecutivamente con el diagnóstico de síndrome coronario agudo; fueron clasificados en dos grupos en función de su filtrado glomerular estimado mediante CKD-EPI (FG): FG>60ml/min/m^2 (Normal: FGEn) y FG<60ml/min/m^2 (Alterado (FGEa). Se realizó un análisis estadístico con SPSS.
RESULTADOS:
El 24,4 % presentaban en la primera determinación analítica FGEa, siendo mayores (77,49 ± 9,65 vs 65,67 ± 12,71 p=<0,001), con mayor porcentaje de diabetes (48,3% vs. 37% p=<0,001), de HTA (87,5% vs. 67,8% p=<0,001), y enfermedad cardiovascular previa (ECV) (67,2% vs. 42.5% p=<0,001); Además presentaron peor fracción de eyección (FE) (51,32 ± 15,07 vs. 54.85 ± 18,99 p=<0,002), de hemoglobina (12,37 ± 2,04 vs. 13,86 ± 1,76 p=0,001) y Hemoglobina glicosilada (6,74 ± 1,57 vs. 6,56 ± 1,45 p=0,04). En el análisis multivariante las variables que se relacionaron independientemente con los pacientes con FGEa fueron la edad (1,06 por año) y ECV (1,7), y como protectores la Hb (0,84 por g/l), la FE (0,98 por %)
CONCLUSIONES:
Existen diferencias significativas entre ambos grupos en la distribución de los factores de riesgo cardiovascular y determinaciones analíticas básicas, exceptuando la dislipemia y obesidad. Por ello, la función renal debe ser tenida en cuenta en los pacientes ingresados por síndrome coronario agudo, ya que clasifica a los pacientes en dos perfiles de riesgo diferentes.

39. Análisis de la supervivencia en pacientes con cardiopatía congénita compleja.

LÓPEZ-VILELLA R., BUENDÍA F., RODRÍGUEZ-SERRANO M., MELERO J., RUEDA J., OSA A., ARNAU M.A., JIMÉNEZ R., CANO O., MARTÍNEZ-DOLZ L.
Hospital Univ. Arnau de Vilanova, Valencia.

OBJETIVO: Análisis descriptivo de supervivencia en pacientes con cardiopatías congénitas complejas (CCC) controlados durante seis años.
MÉTODO: Estudio descriptivo de CCC clasificadas en nueve categorías, incluyendo mortalidad en 6 años de seguimiento. Se comparó la mortalidad de CC simples y complejas y se realizó un análisis univariado de supervivencia (log rank), comparando diferentes variables en las CCC: variables anatómicas y variables fisiopatológicas (NYHA, cianosis, hipertensión arterial pulmonar y ritmo sinusal).

Tipo de CCC	n	Mortalidad (%)
Sd Eisenmenger	26	26.9
Ventrículo único	45	8.9
Cirugía de Fontan	34	2.9
Transposición de grandes vasos	94	4.2
Cardiopatías cianóticas	48	20.8
Atresia pulmonar	13	0
Ventrículo derecho doble salida	11	0
Conductos	39	7.7
Truncus	7	28.6

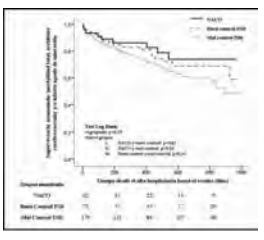
RESULTADOS: Se incluyeron 204 pacientes con CCC. La distribución de pacientes y la mortalidad en cada categoría se muestra en la tabla. La mortalidad en 6 años de seguimiento fue significativamente mayor en el grupo de CCC (7.3%) en comparación con las CC simples (1.1%). El estudio univariado de supervivencia identificó como variables fisiopatológicas asociadas significativamente a una mayor mortalidad la existencia de cianosis (79.2 vs 96.8% p<0.001), hipertensión arterial pulmonar (79.2 vs 96% p<0.001), mayor clase funcional (25, 67, 92 y 99%) respectivamente (p<0.001) y ausencia de ritmo sinusal (80 vs 96 % p=0.001), Entre la variables anatómicas, sólo el grupo de tuncus alcanzó diferencia significativa (p=0.015).
CONCLUSIONES: La mortalidad en el subgrupo de CCC es alta (7.3%). La supervivencia es menor en los pacientes de mayor edad, cianóticos, con hipertensión arterial pulmonar, en peor clase funcional y con ritmo diferente al sinusal.

VIERNES DÍA 29 (08:30 - 10:00 h.)
SALA RECATÍ A **CARDIOLOGÍA CLÍNICA**

38. ¿Existe un adecuado control de la anticoagulación oral en pacientes con fibrilación auricular e ingreso previo en cardiología? Experiencia en práctica real.

CUBILLOS A., FABREGAT O., CHACÓN N., BOCHARD B., HIGUERAS L., TREJO B., MONTAGUD V., BELCHÍ J., MORELL S., FÁCILA L.
Consorcio Hospital General Universitario, Valencia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La fibrilación auricular (FA) es muy prevalente y el principal motivo de anticoagulación oral en nuestro medio. Los nuevos anticoagulantes orales (NACO) superan las desventajas de los antagonistas de la vitamina K (AVK), sin embargo existen todavía pocos datos de uso en nuestro medio. Evaluamos el control en rango terapéutico (CRT) con AVK y el uso de NACO en un escenario clínico real.
MÉTODOS: Análisis de cohortes retrospectivo de ingresos en cardiología durante 3 años con diagnóstico principal o secundario de FA y tratamiento anticoagulante al alta, evaluando el porcentaje de prescripción de NACO y el grado de CRT con AVK. Se registraron eventos de seguridad y eficacia durante un seguimiento medio de 15 meses.
RESULTADOS: El porcentaje de prescripción de NACO fue 7.6%. La determinación seriada de INR encontró un 71.3% de pacientes con mal CRT. Las curvas de supervivencia para el evento combinado de seguridad y eficacia mostraron una tendencia hacia mayor tiempo libre de eventos en el grupo tratado con NACO.



	Todos (n=313)	NACO (n=62)	Buen control INR (n=72)	Mal control INR (n=179)	p
Edad	73.7±0.3	75.7±11	75.2±9.0	72.5±10.4	0.04
CHADS-VASc	4.71±1.4	4.84±1.5	4.86±1.4	4.61±1.4	0.35
HAS-BLED	3.01±1.2	2.89±1.3	2.28±1.0	3.34±1.2	0.01
Evento comb	93 (30)	10 (16)	21 (29)	63 (35)	0.02
Mortalidad	66 (21)	5 (8)	18 (25)	43 (24)	0.02
Ictus isquem	19 (6)	3 (5)	2 (3)	14 (8)	0.29
Hemorragia	15 (5)	2 (3)	2 (3)	11 (6)	0.40

CONCLUSIONES: En pacientes con ingreso previo en cardiología en nuestro hospital, el CRT ambulatorio con AVK es muy pobre y el índice de prescripción de NACO es bajo.

40. Trayectorias longitudinales de NT-proBNP y CA 125 tras un ingreso por insuficiencia cardiaca aguda: un nuevo enfoque en la predicción de riesgo.

SANTAS E., VALERO E., ESCRIBANO D., GARCÍA-BLAS S., PALAU .P, MIÑANA G., BODÍ V., SANCHIS J., CHORRO F.J., NÚÑEZ J.
Hospital Clinico Univ. de Valencia.

INTRODUCCIÓN:
NT-proBNP y antígeno carbohidrato 125 (CA125) son conocidos predictores de mortalidad en pacientes con insuficiencia cardiaca (IC). Sin embargo, existe poca evidencia acerca del beneficio añadido de determinaciones repetidas de ambos biomarcadores, fundamentalmente tras un ingreso por IC aguda. Nuestro objetivo fue caracterizar las trayectorias longitudinales de NT-proBNP y CA125 tras un alta por IC aguda y analizar la asociación de éstas con la mortalidad.
MÉTODOS:
Incluimos a 946 pacientes consecutivos tras un ingreso por IC aguda. Los valores de NT-proBNP y CA125 se determinaron en cada visita médica (3402, rango 2-25 por paciente). La asociación entre sus diferentes determinaciones en el tiempo y la mortalidad se evaluó mediante análisis multivariante longitudinal "Joint Modelling".
RESULTADOS:
Tras un seguimiento de 2,61 años (RI=1,2-5,3), 498 pacientes fallecieron (52,5%). Las trayectorias longitudinales de NT-proBNP y CA125 se relacionaron con la supervivencia, con valores persistentemente elevados de ambos biomarcadores en los pacientes que fallecieron. En el modelo mutivariante, ajustado por variables basales y longitudinales establecidas en IC, tanto las trayectorias longitudinales del logaritmo de NT-proBNP como del logaritmo de CA 125 fueron altamente predictivas de mortalidad (HR:1,18, IC 95%:1,05-1,33, p=0,007, y HR:1,42, IC 95%:1,24-1,62, p<0,001, respectivamente). Los valores longitudinales del logaritmo de NT-proBNP y CA125 mostraron una similar capacidad discriminativa (estadístico C de 0,763 y 0,764, respectivamente), y en ambos casos, superior a los valores únicos.
CONCLUSIÓN:
Tras un ingreso por IC aguda el riesgo de mortalidad está estrechamente ligado a la evolución longitudinal del NT-proBNP y del CA125. La utilización conjunta de determinaciones evolutivas de ambos biomarcadores permite mejorar la estratificación de riesgo en IC.

41. Seguridad del uso de los nuevos anticoagulantes orales para la cardioversión eléctrica en pacientes con fibrilación auricular no valvular.

CARRILLO L., CANDELA E., LOZANO T., GARCÍA A., MARTÍNEZ J.G., VICEDO A., GÁLCERA E., GÓMEZ J.M., LILLO I., SOGORB F.
Hospital General Univ. de Alicante.

INTRODUCCIÓN.
Los nuevos anticoagulantes orales (NACOs) se han posicionado como tratamiento de primera línea para prevención de tromboembolismo (TE) en la fibrilación auricular no valvular (FANV). El objetivo del presente trabajo es evaluar la seguridad de los NACOs en el contexto de CVE en pacientes con FANV en la práctica clínica, en comparación con el tratamiento anticoagulante clásico.
PACIENTES Y MÉTODOS.
Estudio observacional retrospectivo de pacientes (P) sometidos a CVE por FANV entre junio de 2012 y junio de 2013. Se recogieron características sociodemográficas, clínicas y evolutivas. Se realizó seguimiento al año, recogiendo los eventos TE, isquémicos y hemorrágicos. Las variables se expresan como media (desviacion estándar) o mediana (rango intercuartílico). La comparación entre variables mediante la prueba Ji^2 de Pearson, T de Student y prueba de Log Rank.
RESULTADOS.
Se han analizado 154 CVE; 54 (35,1%) P recibieron NACOs y el resto antivitamina K. No hubo diferencias significativas en la edad media, 61,5 (±11,5) y 65,1 (±11,9) años (p=0,072) y género (77,8% varones vs 66%; p=0,128). El valor de la escala CHADS2VASC mostró mediana 1 (1-3) y 3 (2-4) (p=0,001) y la HASBLED mediana 1 (1-3) y 2 (1-3) (p=0,004), respectivamente. El valor de la Hb fue similar, 14,5 (±1,3) y 14 (±1,8) gr/dL (p=0,058). Durante el seguimiento no se produjo ningún evento isquémico ni TE. Presentaron sangrado 3 P en NACOs (5,5%) y 13 (13%) en el grupo antivitamina K. Los eventos en ambos grupos fueron sangrados menores. Entre los P con eventos hemorrágicos se observó un mayor uso de tratamiento antiagregante concomitante (31,3% frente a 13%; p=0,067). Hubo dos exitus, de causa no cardiaca.
CONCLUSIONES.
En nuestra serie los NACOs resultaron seguros tras la CVE de la FANV. Los P con antivitamina K mostraron un riesgo mayor de sangrado que los que recibieron NACOs, lo que podría explicar la tendencia a un mayor número de eventos hemorrágicos en el seguimiento.

42. Implicaciones pronósticas del derrame pericárdico en la insuficiencia cardiaca aguda: ¿el tamaño realmente importa?.

MÉNDEZ J., SANTAS E., SANDINO J., ESCRIBANO D., VALERO E., GARCÍA-BLAS S., PAYÁ A., MUÑOZ J., CHORRO F.J., NÚÑEZ J.
Hospital Clínico Univ. de Valencia.

INTRODUCCIÓN:
La presencia de cierto grado de derrame pericárdico (DP) es relativamente frecuente en pacientes con insuficiencia cardíaca aguda (ICA). Sin embargo, existe poca evidencia acerca de las implicaciones pronósticas del mismo. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la asociación entre la presencia y la magnitud del DP con la mortalidad a 1 año por todas las causas tras un ingreso por ICA.
MÉTODOS:
Se incluyeron 1.827 pacientes consecutivos ingresados por ICA desde enero de 2004 a julio de 2013. Se realizó un ecocardiograma a todos los pacientes durante el episodio índice. El DP fue categorizado en ligero (I), moderado (II), severo (III) y masivo (IV). Se excluyó a los pacientes con DP y compromiso hemodinámico (n=16). La asociación entre DP y mortalidad a 1 año se evaluó mediante regresión de Cox.
RESULTADOS:
La edad media de la muestra fue de 72,8±11,4, el 51% eran mujeres y el 54,5% presentaban fracción de eyección ventricular izquierda ≥50%. Se observó DP en 262 pacientes (14,2%). En la mayoría de los casos el DP fue ligero (11,6%), mientras que el DP grado II o III/IV fue infrecuente (1,9% y 0,9%, respectivamente). Al año de seguimiento se registraron 370 (20,3%) muertes. La mortalidad fue superior en los pacientes con DP grados II y III-IV con respecto a los pacientes sin DP o con grado I (p=0,003). En el análisis multivariado, los pacientes con DP grados II o III-IV presentaron un mayor riesgo de mortalidad a 1 año que los pacientes sin DP (HR:1,90, IC 95%:1,09-3,32, p=0,024 y HR:3,16, IC 95%:1,37-7,34, p=0,007, respectivamente). La presencia de un DP ligero no se asoció con un mayor riesgo de mortalidad (HR:1,02, IC 95%:0,73-1,43, p=0,906). Esta asociación persistió incluso tras ajustar por otros signos clínicos de congestión. El estadístico C del modelo fue de 0,744.
CONCLUSIÓN:
El DP moderado o severo es un hallazgo infrecuente en pacientes con ICA pero que se asocia de manera significativa con un mayor riesgo de mortalidad.

43. Sustitución valvular aórtica convencional en pacientes con cirugía coronaria previa e injertos de mamaria permeables.

ALBORS J., ALCOCER J., GARCÍA A., TÉBAR E.
Hospital del Vinalopó.

OBJETIVOS:
Analizar los resultados de la cirugía de sustitución valvular aórtica convencional en pacientes con cirugía coronaria previa e injertos de mamaria interna permeables.
MÉTODOS:
Desde Noviembre de 2011 hasta Febrero de 2015 se han intervenido 14 pacientes de sustitución valvular aórtica que presentaban cirugía coronaria previa con injertos de mamaria permeables. La edad media fue de 72.8 años (rango 57-83 años) con un Euroscore I medio de 18.75% (rango 5.96 – 49.70 %). Las indicaciones para recambio valvular aórtico fueron estenosis aórtica severa sintomática (9 pacientes), endocarditis activa (2 pacientes), insuficiencia aórtica severa sintomática (2 pacientes) y degeneración de prótesis biológica previa (1 paciente).
RESULTADOS:
La mortalidad hospitalaria fue del 0%. En ningún paciente se dañaron los injertos de mamaria durante la reapertura esternal. En 2 pacientes donde se identificó y se clampó la mamaria izquierda se utilizó cardioplegia convencional durante el periodo de isquemia miocárdica. En los otros 12 pacientes se empleó hipotermia moderada e hipercaliemia sistémica además de cardioplegia intermitente para optimizar la protección miocárdica durante el recambio valvular aórtico. No se observó ningún caso de infarto perioperatorio ni de bajo gasto postoperatorio.
CONCLUSIONES:
La cirugía de reemplazo valvular aórtico convencional en pacientes con cirugía coronaria previa e injertos de mamaria permeables es segura y ofrece unos resultados iniciales satisfactorios.

44. Adaptación aguda del ventrículo derecho a la sobrecarga de presión y volumen. Análisis preliminar en modelo humano.

LÓPEZ-VILELLA R., SÁNCHEZ-LÁZARO I., PÉREZ F., BENLLOCH S., LLORET M., MARTÍNEZ J., OSA A., MELERO J., MARTÍNEZ-DOLZ L., ALMENAR L.
Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

OBJETIVO: La sobrecarga aguda del ventrículo derecho (VD) produce un remodelado que, en caso de no ser reversible, podría condicionar un pronóstico adverso. El estudio pretende analizar los cambios estructurales del VD en la sobrecarga aguda de presión y volumen y su potencial reversibilidad.
MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo de 13 pacientes consecutivos reclutados entre enero 2014 y enero 2015. El modelo elegido para el estudio de sobrecarga aguda de presión fue el tromboembolismo pulmonar (TEP) grave y para el de sobrecarga aguda de volumen la implantación de derivación portosistémica (TIPS). A todos ellos se les realizó, de forma seriada, ECGs, biomarcadores y estudio ecocardiográfico.
RESULTADOS: Se analizaron 6 pacientes con sobrecarga aguda de presión, un 50% varones, con una edad media de 65±12 años, y 7 pacientes con sobrecarga aguda de volumen, un 84% varones, con una edad media de 55±7 años.

	TEP, n 6			TIPS, n 7		
	Basal	**Precoz**	**3 m**	**Basal**	**Precoz**	**3 m**
TnT	180±100	47±45	7±2,50	14±10	11±10	31,50±30
NT-ProBNP	1360±1000	217±200	60±44	211±126	1103±970	1116±1000
DiámetroVD	45±4	39±3,20	36±2,70	37±1,70	40,30±3	39,50±2,50
IT(%)	50	17	0	86	86	100
TAPSE	18±5	21±4	18±10	22,50±3	26,40±4,50	18±14
S'	11±3,5	14±3	16±4	15,70±1,50	16,30±3,50	14,50±2

CONCLUSIONES: En la sobrecarga aguda de presión del VD es frecuente la dilatación y la disfunción ventricular. En la sobrecarga aguda de volumen del VD se produce dilatación sin disfunción. Ambas alteraciones son reversibles a corto plazo. Este estudio está en fase inicial y requiere un mayor número de casos para aseverar estos resultados.

45. Experiencia sobre reparación valvular mitral compleja.

BEL A.M., BERBEL L., HERNÁNDEZ C., SCHULER M., BLANCO A., PÉREZ M., IGUAL B., MIRÓ V., MARTÍNEZ L., MONTERO J.A.
Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

OBJETIVO:
El gold estándar en el tratamiento de la insuficiencia mitral es la reparación valvular mitral siempre que ésta sea posible. Nuestro objetivo es exponer la experiencia sobre la cirugía reparadora mitral compleja en nuestro centro.
MATERIAL Y MÉTODOS:
Desde que iniciamos la cirugía de reparación valvular mitral en 2006 hasta la actualidad hemos realizado 230 casos de cirugía reparadora mitral. La edad media de los pacientes es de 62.94 años (22-84 años) siendo 128 varones (64.15%). De estos casos el 28% es ya cirugía reparadora mitral compleja. Entendemos por cirugía mitral compleja aquellos casos cuya etiología es la enfermedad de Barlow, la congénita o por endocarditis valvular. También se entiende como reparación compleja cuando es el velo anterior o ambos velos los que se encuentran afectados. El seguimiento de los volúmenes ventriculares se han realizado mediante ecocardiografía y cardioRMN (realizandose preoperatoriamente y al año de la cirugía).
RESULTADOS:
La mortalidad hospitalaria total ha sido de 7 casos (3,5%). Los éxitus fueron en pacientes con cirugía concomitante en 3 de ellos, siendo las causas de la muerte de origen no cardiaco. La reducción media de los volúmenes ventriculares telediastólicos y telesistólicos fué de 9,7 mm (DT 14mm) y de 5,59 mm (DT 12mm) respectivamente, con una significación estadística de $p<0,05$. La reducción del volumen ventricular fué significativamente superior cuando el VTSVI es menor a 45 mm. Con un seguimiento medio de 44 meses (1-70 meses) la supervivencia global de libertad de reintervención es del 93%±7.5%. En cuanto a la reparación valvular compleja la libertad de reintervención es del 91%±3,2. A un año la supervivencia global es del 94.4%±3% y del 92,48%±5.1% a cinco años.
CONCLUSIONES:
Gracias a la curva de aprendizaje, no solo realizamos reparación valvular sencilla sinó que hemos aumentado los casos de reparación valvular compleja obteniendo excelentes resultados con minima morbimortalidad. La mayor reducción de volumenes ventriculares, cuando éstos son menores preoperatoriamente, indican que la cirugía debe ser precoz.

46. Cirugía de la insuficiencia tricuspidea tardia tras cirugia mitral previa, experiencia en nuestro centro.

SCHULER M., PÉREZ-GUILLEM M., HERNÁNDEZ-ACUÑA C., BERBEL A., BLANCO O., MONTERO J.A.
Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

OBJETIVO:
Las reintervenciones valvulares, debidas a evolución de la patología tricuspidea en pacientes sometidos previamente a cirugía mitral, engloban a un grupo de pacientes de alto riesgo quirúrgico y con alta dificultad para decidir el momento óptimo de la cirugía, sobre todo en base a la disfunción del ventrículo derecho. Nuestro objetivo es analizar la experiencia de nuestro grupo y determinar factores de riesgo para la mala evolución en el postoperatorio inmediato.
MÉTODOS:
Se realizó un estudio prospectivo sobre 42 pacientes sometidos a reintervención con cirugía tricuspide (con y sin cirugía concomitante) entre Junio 2011 y Enero 2014. A todos los pacientes se realizó el estudio básico preoperatorio, resonancia magnética y cateterismo derecho.
Se analizaron factores de riesgo preoperatorios, intraoperatorios y postoperatorios inmediatos para la identificación de factores de riesgo de mala evolución.
RESULTADOS:
La edad media de los pacientes fue de 67 años, siendo el 65% de ellos mujeres (27 de 42). El tiempo medio desde la primera intervención fue de 22 años (3-37). El Euroscore medio fue de 12% estando un 70% en clase funcional NYHA III o IV. La mortalidad quirúrgica fue del 21% (9 de 42) encontrándo como factores de riesgo la edad avanzada, la hipertensión pulmonar severa, baja fracción de eyección del ventriculo derecho (menor del 30%) y dilatación ventricular derecha medida bajo resonancia magnética (VD-IVTS>45 ml/m2).
CONCLUSIONES:
La reintervención sobre la valvula tricuspide en pacientes intervenidos previamente de cirugía valvular mitral, presentan en nuestro centro una alta tasa de mortalidad. La identificación precoz, por resonancia magnética, de la disfunción ventricular derecha por dilatación o baja fracción de eyección, debe ser un factor a tener en cuenta para la programación precoz de la cirugía.

47. Estenosis aórtica bajo flujo y bajo gradiente con fracción de eyección preservada: ¿Diferente pronóstico de la estenosis aórtica "clásica"?.

TREJO B., PAYÁ R., PÉREZ-BOSCA J.L., FABREGAT O., PERDOMO D.C., PÉREZ N., HIGUERAS L., BOCHARD B., MAURICIO A., MORELL S.
Hospital General Universitario de Valencia.

INTRODUCCIÓN:
Recientemente se ha definido un nuevo subgrupo de pacientes con estenosis aórtica severa (EAS) que aun con fracción de eyección (FE) preservada muestran bajo gradiente. La historia natural así como manejo terapéutico óptimos de este grupo de pacientes sigue siendo motivo de controversia.
OBJETIVO:
Comparar la supervivencia de los pacientes con EAS de bajo gradiente y FE preservada con la de los pacientes con EAS clásica.
MÉTODOS:
Se incluyeron de forma retrospectiva 136 pacientes con EAS (AVAo ≤1cm^2) y función sistólica preservada (FE > 50%), estudiados con ecocardiograma entre septiembre de 2013 y diciembre de 2014, con un seguimiento medio de 331 días desde el diagnóstico de confirmación. Se excluyeron aquellos casos que presentaban insuficiencia aórtica moderada-severa asociada o en los que el seguimiento resultó incompleto. Los pacientes se clasificaron en 2 grupos de acuerdo con los valores de gradiente aórtico medio (Gm) (> o < 40mmHg): 1) EAS clásica de alto gradiente y FEVI >50% (n=117, 86.02%) y 2) EAS de bajo gradiente y bajo volumen latido con FEVI < 50% (n= 19, 13.97%). Se analizó el porcentaje de pacientes intervenidos en cada grupo: 1) n= 56, 41.17% y 2) n=10, 7.35%. Se comparó la supervivencia libre de eventos, definidos como mortalidad por todas las causas, atendiendo al manejo quirúrgico o conservador, mediante la utilización de curvas de Kaplan-Meier.
RESULTADOS:
No se observaron diferencias significativas en la supervivencia en ambos grupos (p= 0.14), tanto en los pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente como en aquellos manejados de forma conservadora.
CONCLUSIÓN:
La supervivencia de los pacientes con EAS paradójica de bajo gradiente, un 14% de los pacientes con EAS, es equiparable a la de los pacientes con EAS clásica de alto gradiente y FEVI preservada, con o sin tratamiento quirúrgico, por lo que su consideración pronóstica y manejo clínico deberían ser similares.

48. Estenosis aórtica severa de bajo flujo y bajo gradiente con fracción de eyección preservada. Prevalencia y caracteristicas clinicas.

TREJO B., PAYÁ R., PÉREZ-BOSCA J.L., FABREGAT O., PERDOMO D.C., HIGUERAS L., BOCHARD B., ALBIACH C., CHACÓN N., MORELL S.
Hospital General Universitario de Valencia.

INTRODUCCIÓN:
Con frecuencia encontramos pacientes con estenosis aórtica severa (EAS) por área valvular aórtica (AVAo) con gradientes más bajos de los esperados. En los últimos años se ha identificado un nuevo subgrupo denominado "de bajo gradiente paradójico" caracterizado por la presencia de fracción de eyección (FE) preservada, cuya prevalencia y pronóstico son controvertidos.
OBJETIVO:
Identificar la frecuencia de la EAS "paradójica" en nuestro medio, así como las características de dicha población.
MÉTODOS:
Se incluyeron 205 pacientes consecutivos con EAS definida como un AVAo ≤1cm^2. Se excluyeron aquellos casos que presentaban insuficiencia aórtica moderada-severa. Los pacientes se clasificaron, de acuerdo con los valores de gradiente aórtico medio (Gm) (> ó < 40 mmHg) y FE (> ó < 50%) en 4 grupos: 1) Alto gradiente con FE preservada, 2) Alto gradiente con FE deprimida, 3) Bajo gradiente con FE preservada (" EAS paradójica") y 4) Bajo gradiente con FE deprimida. Se analizaron las variables clínicas, ecocardiográficas y el porcentaje relativo de pacientes sometidos a cirugía en cada grupo.
RESULTADOS:
Se identificaron 46 casos de EAS de bajo gradiente paradójica correspondientes a un 22% del total de la población analizada. El porcentaje de mujeres en este grupo resultó significativamente mayor ($p < 0.05$). El porcentaje de pacientes intervenidos fue significativamente mayor entre los grupos de alto gradiente independietemente de la FE ($p<0.05$). Los pacientes con FE deprimida presentaron un porcentaje significativamente mayor de cardiopatía isquémica (CI).
CONCLUSIONES:
En nuestro medio, la EAS paradójica de bajo flujo y bajo gradiente supone el 22% de los pacientes con EAS. El porcentaje de pacientes intervenidos es inferior entre los pacientes de bajo gradiente.

49. Resultados de estudios genéticos en cardiopatías familiares.

DOMINGO D., SÁNZ J., LÓPEZ-VILELLA R., MOLINA P., CANO A., CANO O., MORILLAS H., ARNAU M.A., MARTÍNEZ-DOLZ L., ZORIO E.
Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

Las cardiopatías familiares (CF) son causa de muerte súbita (MS) en jóvenes, el estudio genético (EG) es útil en el estudio de los familiares en riesgo y, a veces, en tratamiento de los probandos. La ultrasecuenciación (US) permite hoy en día estudiar más genes a precios progresivamente menores.

OBJETIVO Y MÉTODOS:
Valorar el uso del EG en las CF. En aquellas familias con CF con indicación razonable (ADN de afectado disponible y existencia de familiares en riesgo) se realizó EG (Sanger hasta 2013, US posteriormente y en los que por Sanger no había identificado mutación).

RESULTADOS:
366 familias remitidas con historia de MS o de CF personal o familiar. Se excluyeron 160 por no ser considerado indicado, 119 familias están pendientes de realizarse EG, EG realizado en 87 familias. En ellas: 53 con mutación (36 con Sanger y 17 con NGS) y 34 sin mutación (3 por Sanger, 32 por NGS), sin diferencias para edad y sexo. Un 15% de los EG realizados mostraron más de una mutación combinando tanto genes estructurales como de canales iónicos sin mostrar asociación con el sexo masculino ni la existencia de evento letal (MS o resucitada).

CONCLUSIONES:
La presencia de estados genéticos complejos no es despreciable en el contexto de CF, siendo mayor del 15% (ya que en alguno de los casos estudiados con Sanger es posible que subyazcan mutaciones adicionales, en genes no estudiados inicialmente). Para ofrecer un asesoramiento adecuado a las familias deben realizarse EG suficientemente amplios y ser interpretados siempre en el contexto del espectro clínico de la familia y de los conocimientos científicos en los genes sospechosos de tener mutaciones causales. En la actualidad, el estudio de un único gen probablemente sólo se pueda aconsejar en contextos muy concretos (sospecha de laminopatía-LMNA, síndrome de Andersen-Tawil-KCNJ2 y, quizás, de Brugada-SCN5A, por ejemplo) siendo el resto subsidiarios de US. (FEDER "Union Europea, Una forma de hacer Europa", RD12/0042/0029, PI14/01477).

VIERNES DÍA 29 (08:30 - 10:00 h.)
SALA GRAN PINEDO **ECOCARDIOGRAFÍA Y OTRAS TÉCNICAS DE IMAGEN**

50. Validación de un nuevo modelo para la estimación no invasiva de la resistencia vascular pulmonar en pacientes con insuficiencia cardiaca.

HIGUERAS L., RUMIZ .E, VILAR J.V., BERENGUER A., VALLS A., SANMIGUEL D., ESTORNELL J., GARCÍA P., FÁCILA L., MORELL S.
Hospital General Universitario de Valencia.

OBJETIVOS:
El valor de la resistencia vascular pulmonar (RVP) tiene importantes implicaciones pronósticas en pacientes con insuficiencia cardiaca aguda (ICA). La resonancia magnética cardiaca (RMC) ha adquirido un importante papel en el estudio del ventrículo derecho (VD) y de la arteria pulmonar (AP). Recientemente se ha publicado un modelo para la estimación no invasiva mediante RMC de la RVP.
El objetivo de este estudio fue evaluar la correlación existente entre las RVP valoradas mediante cateterismo cardiaco derecho (CCD) y de forma no invasiva mediante RMC.

MÉTODOS:
Incluimos de forma consecutiva aquellos pacientes ingresados en nuestro hospital por un primer episodio de ICA. Se realizó una RMC y un CCD según nuestro protocolo de estudio. Se estimaron las RVP mediante RMC utilizando el siguiente modelo: 19.38-[4.62x Ln velocidad media AP]+[0,08x fracción de eyección de VD (en%)]. El CCD se realizó con un catéter Swan-Ganz y la vía de acceso preferente fue femoral. Analizamos la correlación existente entre ambas técnicas utilizando el test de correlación de Spearman y el coeficiente de correlación intraclase (CCI).

RESULTADOS:
Se incluyeron un total de 45 pacientes. La RMC y el CCD fueron realizados el mismo día, durante el ingreso hospitalario a criterio de su cardiólogo. Las RVP medias obtenidas con CCD fueron 4,51±3,4 UW y con RMC 4,62±3 UW, (p=0,345). La correlación obtenida entre RMC y CCD fue muy débil (r=-0,07; p=0,67 e ICC =-0,16, p=0,828). Dicotomizamos los pacientes según los valores de presión capilar pulmonar (PCP) elevada (>13 mmHg) o normal (≤13mmHg). Los pacientes con una PCP normal mostraron una correlación excelente (r=0.812; p=0.05, y CCI=0.39; p=0.06).

CONCLUSIONES:
En pacientes con ICA y PCP elevada no existe correlación entre la estimación de la RVP mediante RMC y CCD. Sin embargo, en pacientes con ICA y PCP normal la correlación es excelente.

51. Validación del nuevo modelo para la cuantificacion de las resistencias pulmonares por resonancia magnetica respecto a la hemodinámica.

IGUAL B., DOMÉNECH D., ALMENAR L., SÁNCHEZ E., ANDRÉS L., MACEIRA A., ESTORNELL J., TEN F., MARTÍNEZ-DOLZ L., MONTERO A.
Eresa

La cuantificación de las resistencias pulmonares (RP) por resonancia magnética (RM) se ha validado en un pequeño grupo de pacientes con hipertensión pulmonar (HP) pero su rentabilidad diagnóstica en diferentes escenarios clínicos no está completamente establecida. Pretendemos analizar la eficacia diagnóstica del modelo en la práctica clínica habitual.

METODOS:
Incluimos 28 pacientes con diagnóstico o sospecha de HP a los que se realizó una RM y un estudio hemodinámico en un intervalo de tiempo máximo de 3 meses. La evaluación de las RP por RM se realizó mediante la fórmula: RP: 19,38 (4,62x Ln velocidad media tronco pulmonar)- 0,08x fracción de eyección de ventrículo derecho. Utilizamos el coeficiente de correlación intraclase (CCIC) y el test de Bland- Altman para valorar la eficacia diagnóstica y la curva ROC para obtener el mejor punto de corte.

RESULTADOS:
28 pacientes, 65% varones, 12 (43%) valvulopatías 9 de ellos con sobrecarga de volumen de ventrículo derecho, 8 (29%) por patología pulmonar, 5p con shunt izquierda- derecha y 3 miocardiopatías con severa disfunción ventricular derecha. Para el grupo total el CCIC fue de 0.61 p=0,009. Identificamos dos grupos de pacientes con menor consistencia del modelo: pacientes con shunt y pacientes con miocardiopatía. Al excluirlos del análisis, el modelo muestra un CCIC de 0.88 p<0.001. La media de las diferencias entre RP por RM y hemodinámica fue de 1.18 con desviación estándar de 1,7. Se obtiene un área bajo curva ROC: 0,9 siendo el mejor punto de corte 3,03 uw con una S:100% y E:78%.

CONCLUSIONES:
1. El modelo de cuantificación de las resistencias pulmonares por resonancia magnética tiene una elevada correlación con el cálculo hemodinámico pero sobrestima ligeramente la medida. 2. La consistencia diagnóstica del modelo es menor en pacientes con shunt y miocardiopatía. 3. Unas RP de 3,03 uw por RM tienen una S:100 % E:78% para el diagnostico de HP respecto a la hemodinámica.

52. Factores predictivos de dilatación de aorta ascendente en pacientes con estenosis aórtica aislada.

IGUAL B., MACEIRA A., SÁNCHEZ-VÁZQUEZ A., SEPULVEDA P., CERVERÁ A., ESTORNELL J., MIRÓ V., VALERA F.J., MARTÍNEZ-DOLZ L., MONTERO A.
Eresa

Se desconoce el impacto de la valvulopatía aórtica en la etiología de la dilatación de aorta ascendente (DA).

OBJETIVO:
Analizar los factores predictivos de DA en pacientes (p) con estenosis aórtica (EAO).

METODOS:
Se incluyeron de forma prospectiva y consecutiva 86 p con cualquier grado de EAO a los que se realizó una resonancia magnética (CRM) por razones médicas. Se excluyeron p con insuficiencia aórtica significativa. Se analizaron: (Gmed) por ecocardiografía y área indexada (AVAi) por CRM; morfología valvular bicúspide (VAB) o tricúspide (VAT). Los diámetros de la porción sinusal (Si), unión sino-tubular (STi) y porción tubular(Ti) se cuantificaron por CRM en plano sagital oblicuo. Se consideró DA la presencia de diámetros superiores a la media +2 desviaciones estándar para su edad y sexo.

RESULTADOS:
87p con EAO (rango Gmed 16-80mmhg), 57 varones (62%), 19 (22%) con VAB y 19 (22%) con DA. El análisis univariado se muestra en la tabla. En el análisis multivariado la severidad estimada por AVAi fue el único predictor independiente (OR:19 P=0,02).

Variable	P	Odds ratio
Gmed	0,77	0,9
AVAi	0,003*	62
VAB	0,03*	3,5
HTA	0,6	0,40
DM	0,58	1,3
Tabaquismo	0,88	0,88

CONCLUSION:
En pacientes con EAO el AVAi es el predictor más potente de DA.

53. Impacto del tipo de valvulopatía en la etiología de la dilatacion aortica en pacientes con valvulopatia aórtica.

IGUAL B., MACEIRA A., SÁNCHEZ-VÁZQUEZ A., SEPULVEDA P., CERVERÁ A., ESTORNELL J., MIRÓ V., VALERA F.J., BLANCO Ó., MONTERO A.
Eresa

En la etiología de la dilatación de aorta ascendente (DAA) en pacientes con valvulopatía aórtica se han implicado diversos factores pero el impacto de cada uno en este grupo de pacientes no está completamente establecido.

OBJETIVO:
Estudiar el impacto del tipo de valvulopatía (VA) en la etiología de la DA.

MÉTODOS:
Se incluyeron pacientes con VA aórtica pura, estenosis (EAO) o insuficiencia (IAO), de cualquier grado de severidad a los que se les realizó una resonancia magnética por criterio médico. Se excluyeron pacientes con cardiopatía congénita compleja. La morfología valvular se evaluó con CRM. Utilizamos un modelo de regresión logística ajustado por edad y presencia de HTA. Los diámetros de la porción sinusal (Si) y porción tubular (Ti) se cuantificaron por CRM en plano sagital oblicuo. Se consideró DA la presencia de diámetros superiores a la media +2 desviaciones estándar para su edad y sexo.

RESULTADOS:
122 pacientes, 90 varones (75%), 6 (3%) bicúspide tipo II and 21 (17%) bicúspide tipo I, 71 de ellos (58,%) con insuficiencia y 51(42%) con estenosis. El análisis univariado se muestra en la tabla. En el análisis multivariado la IAO fue predictor independiente y la EAO fue protector de dilatación S y T.

	Dilatación tubular			Dilatación sinusal		
	p	wald	Odds	p	wald	Odds
IAO	0.012	6.3	2,58	0.001	14	4.37
EAO	0.012	6.3	0,38	0.001	14	0.2
VAB I	0,55	0.35	1,3	0.67	0.17	1.2
VABII	0.66	0.18	1.2	0.03	4.5	0.19
VAT	0.5	1.6	0.5	0.3	1.03	1.5

CONCLUSIONES:
El tipo de valvulopatía es el predictor más potente en este grupo. La insuficiencia es un predictor independiente y la estenosis es un factor protector.

54. Valor diagnóstico y criterios de severidad de la planimetría del área efectiva aórtica en secuencias de fase con resonancia magnética cardiaca.

IGUAL B., MACEIRA A., SÁNCHEZ-VÁZQUEZ A., SEPULVEDA P., CERVERÁ A., ESTORNELL J., MIRÓ V., VALERA F.J., MARTÍNEZ-DOLZ L., MONTERO A.
Eresa

La planimetría del área efectiva aórtica (AEA) en secuencias de fase obtenidas con resonancia cardiaca (CRM) puede ser un método útil para estimar la severidad de la estenosis. Nuestro objetivo es analizar su utilidad diagnóstica y establecer criterios de severidad de esta técnica frente a las técnicas ecocardiográficas habituales.

MÉTODOS:
Incluimos de forma prospectiva 64 pacientes consecutivos con FEVI>50% y cualquier grado de EAO a los que se les realizó una CRM y ecocardiografía con un intérvalo máximo de tres meses. Se consideró la ecocardiografía como técnica de referencia y como criterios Gmax>65mmhg y Gmed>40mmhg. Se obtuvieron en todos los pacientes 3 cortes de 6mm transversales al plano valvular aórtico utilizando secuencias de contraste de fase con codificación de velocidad (VENC) creciente hasta la desaparición del aliasing. Analizamos: AEA por planimetría en secuencias de fase seleccionando para la planimetría la fase sistólica con mayor área de aliasing con VENC 2m/seg e indexandola (i) por superficie corporal..

RESULTADOS:
Incluimos 64 pacientes, 35 varones(54%), edad media 62,5 años (sd 20,5). 36 pacientes (55%) presentaban EAo severa diagnosticada por ecocardiografía.
El área bajo la curva, el límite de confianza, la significación estadística, puntos de corte, sensibilidad (S) y especificidad (E) se muestran en la tabla.

	Punto corte AEA (cm^2/m^2)	Área bajo la curva ROC	IC (95%)	P	S	E
Gmax>65	0,51	0,88	0,79-0,97	<0,001	91	66
Gmed>40	0,51	0,85	0,71-0,99	<0,001	90	70

CONCLUSIONES:
La planimetría valvular aortica en secuencias de contraste de fase tiene un elevado valor diagnóstico respecto a los métodos ecocardiograficos en los pacientes con FEVI conservada. 2. Un AEA > 0,51 cm^2/m^2 permite excluir la presencia de EAo severa con buena S y E.

55. Insuficiencia tricúspide y mortalidad en relación a la función sistólica ventricular izquierda en pacientes con insuficiencia cardiaca aguda.

CARDELLS I., SANTAS E., VALERO E., ESCRIBANO D., GARCÍA-BLAS S., MIÑANA G., PAYÁ A., BODÍ V., CHORRO F.J., NÚÑEZ J.
Hospital Clinico Universitario de Valencia.

INTRODUCCIÓN:
La insuficiencia tricúspide (IT) funcional es un hallazgo ecocardiográfico relativamente frecuente en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC). Sin embargo, la evidencia que respalda su valor pronóstico en IC es escasa e incluso contradictoria. Nuestro objetivo fue evaluar la asociación entre el grado de IT funcional y la mortalidad al año por todas las causas tras un ingreso por IC aguda.

MÉTODOS:
Incluimos a 1.842 pacientes consecutivos ingresados por IC aguda. La IT se categorizó en ausente, ligera (I), moderada (II), moderada-severa (III) y severa (IV), mediante una integración de parámetros cualitativos y semicuantitativos. La IC con función sistólica preservada (ICFSP) o deprimida (ICFSD) se definió por fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) <50% o ≥50%, respectivamente. La asociación entre la mortalidad a 1 año y el grado de IT se evaluó mediante regresión de Cox.

RESULTADOS:
A 1 año de seguimiento se registraron 370 (20,1%) muertes. La edad media de la muestra fue de 72,8±11,3 años, el 51% eran mujeres y el 45,5% presentaban una FEVI < 50%. La distribución del grado de IT entre la ICFSP y la ICFSD fue similar (p=0,826). En pacientes con ICFSP se observó una asociación positiva y significativa entre el grado de IT y la mortalidad. Así pues, los pacientes con IT grados III y IV presentaron un mayor riesgo de mortalidad que los pacientes sin IT/grado I (HR:1,68, IC 95%: 1,08-2,60, p=0,02; y HR:2,87, IC 95%:1,61-5,09, p<0,001, respectivamente). Por el contrario, no se observó asociación independiente entre el grado de IT y la mortalidad en pacientes con ICFSD (p=0,650). La p para la interacción fue de 0,033.

CONCLUSIONES:
En pacientes con IC aguda la IT muestra un valor pronóstico diferencial en relación a la FEVI. Así pues, sólo en pacientes con ICFSP la asociación entre IT y mortalidad a 1 año fue significativa, con mayor riesgo de mortalidad conforme aumentó el grado de IT. Por el contrario, en la ICFSD no aportó valor pronóstico adicional a los factores de riesgo establecidos en IC.

56. Predicción de eventos cardíacos mayores a largo plazo mediante resonancia magnética cardíaca, tras un IAM con elevación del segmento ST.

PAYÁ A., BONANAD C., ESCRIBANO D., RACUGNO P., MONMENEU J.V., LÓPEZ M.P., GAVARA J., NÚÑEZ J., CHORRO F.J., BODÍ V.
Hospital Clinico Universitario de Valencia.

INTRODUCCIÓN:
La resonancia magnética cardiaca (RMC) es una herramienta útil para evaluar al paciente con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMEST). Sin embargo se desconoce su capacidad predictiva de eventos cardiovasculares mayores (ECM). El objetivo de nuestro estudio fue evaluar el valor pronóstico de la RMC realizada tras un IAMEST para ECM (muerte cardiaca o infarto no fatal).

MÉTODOS Y RESULTADOS:
Se incluyó una cohorte prospectiva de 546 pacientes con IAMEST desde 2004 a 2012. Se realizó una RMC previa al alta y se evaluaron los siguientes parámetros: fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI%), tamaño del infarto, edema, hemorragia, obstrucción microvascular (OMV) y miocardio salvado. Se observaron 57 ECM durante una mediana de seguimiento de 840 días. Los pacientes con eventos mayores presentaban mayor depresión de la FEVI (p<0.001), mayor extensión del tamaño del infarto (p<0.001), mayor área de edema, hemorragia y OMV, así como menor miocardio salvado (p<0,05). Tras realizar un análisis multivariado, la FEVI <40% (2,3 [1,2-4,3], p=0,009) y el tamaño del infarto >30% de la masa del VI (2,4 [1,3-4,4], p=0,007) se asociaron de forma independiente con el riesgo de sufrir ECM. Las tasas de ECM en pacientes con ambos parámetros alterados (FEVI<40% y tamaño del infarto >30% de la masa del VI, n=69), sólo uno de ellos (n=84) y en aquellos con FEVI≥ 40% y tamaño del infarto ≤30% de la masa del VI (n=393) fueron del 30%, 14% y 6% respectivamente (p< 0,001). Se observaron diferencias similares en cuanto a muerte de causa cardíaca (14%, 6% y 2%, p<0,001) y reinfarto (16%, 8% y 4%, p<0,001).

CONCLUSIONES:
La RMC predice eventos mayores a largo plazo tras un IAMEST. El análisis combinado de la FEVI y del tamaño del infarto mediante RMC, nos permite realizar una estratificación del riesgo de sufrir ECM en este contexto.

57. Validación de un modelo de dinamica computacional de fluidos en aorta toracica con resonancia magnetica.

IGUAL B., MACEIRA A., SANTABÁRBARA J.M., CUADRA D., MONTSERRAT A., BARBERO R., SÁNCHEZ-JURADO R., VALERA F.J., SÁNCHEZ-VÁZQUEZ A., MONTERO A.
Eresa.

Los modelos de dinámica computacional de fluidos (CFD) constituyen una nueva tecnología de imagen capaz de evaluar la dinámica de flujos y el estrés de pared con elevada resolución temporal y espacial sin embargo su aplicación al estudio cardiovascular se encuentra todavía en fase de desarrollo.

OBJETIVO:
Desarrollar y validar un CFD en aorta torácica.

MÉTODOS:
Se obtuvo un modelo tridimensional de aorta torácica a partir de 267 cortes transversales de 0,6mm de grosor obtenidos mediante una tomografía axial computerizada con contraste que se realizó por razones médicas. En el mismo paciente se realizó una resonancia magnética sin contraste obteniendo secuencias de contraste de fase en la válvula aórtica y en una sección de aorta torácica descendente. A partir de los datos de flujo en la válvula se derivó con CFD el flujo en la totalidad de la aorta torácica. Comparamos los valores de flujo y velocidad media obtenidos con CFD con los obtenidos por resonancia magnética en la sección de validación obtenida en aorta descendente.

RESULTADOS:
La magnitud y dirección de la velocidad media y flujo obtenidos por resonancia magnética en cada una de las 30 fases del ciclo cardiaco se compararon con los obtenidos por CFD en el mismo momento del ciclo obteniendo para la velocidad un coeficiente de correlación intraclase (CCI) de 0,99 p<0.001 y para el flujo un CCI: 0.98 p<0.00 1. Para el análisis de Bland-Altman se utilizaron los valores de magnitud y se obtuvo una media de las diferencias entre variables de velocidad de 1,3±3cm/seg y para los valores de flujo una media de las diferencias de -15±20ml/seg.

CONCLUSIONES:
1. Los modelos CFD obtenidos a partir de valores de resonancia magnética son válidos para obtener valores de flujo, velocidad y por tanto derivar el estrés de pared en aorta torácica 2. Los valores obtenidos por CFD sobrestiman ligeramente la velocidad e infraestiman levemente el flujo respecto a los obtenidos por resonancia magnética por lo que están en desarrollo modelos de corrección que aumenten la precisión.del modelo.

58. Detección y dinámica del trombo ventricular mediante resonancia magnética cardíaca tras infarto agudo de miocardio con elevación del ST.

PAYÁ A., BONANAD C., MONMENEU J.V., LÓPEZ-LEREU M.P., GAVARA J., ESCRIBANO D., RACUGNO P., SANTAS E., CHORRO F.J,. BODÍ V.
Hospital Clinico Universitario de Valencia.

INTRODUCCIÓN:
La detección de los trombos ventriculares (TR) tras un infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMEST) es un desafío. El objetivo fue caracterizar este hallazgo y su dinámica mediante resonancia magnética cardíaca (RMC).

MÉTODOS:
Reclutamos prospectivamente 574 pacientes con un primer IAMEST estudiados con RMC en la primera semana tras el infarto. Se realizó ecocardiografía (sin contraste) en 411 casos y una segunda RMC en los 6 meses siguientes en 391 pacientes.

RESULTADOS:
En la RMC de la primera semana se detectó TR en 24 pacientes (4%). Los pacientes con TR presentaron una fracción de eyección de ventrículo izquierdo (FEVI) más deprimida y mayores volúmenes, masa del ventrículo izquierdo (VI) y porcentaje de masa del VI con edema, obstrucción microvascular y necrosis (p< 0,001). De los 24 pacientes con TR, 23 (96%) presentaron un infarto anterior y 21 (87%) tenían la FEVI deprimida. Se detectó TR en 1/143 pacientes (0,7%) con infarto no anterior y FEVI preservada, en 2/214 (0,9%) con infarto anterior o FEVI deprimida y en 21/217 (10%) con ambas condiciones (p<0,001). La presencia simultánea de FEVI deprimida e infarto anterior se asoció de manera independiente con TR (15 [2-14], p=0,008). El TR desapareció en 13 de 17 pacientes con TR re-estudiados con RMC (76%). Se detectó un nuevo TR en 9 de los re-estudiados (2%); de ellos, 9 (100%) tenían FEVI deprimida y 8 (89%) infarto anterior. En los pacientes estudiados con ecocardiografía, ésta detectó TR en 11 casos (3%) y la RMC en 22 (5%). La ecocardiografía detectó correctamente TR en 8 de 22 casos (36%) pero estableció inapropiadamente el diagnóstico en 3(1%).

CONCLUSIONES:
La RMC permite una caracterización exhaustiva de los TR tras un IAMEST. En pacientes de alto riesgo (FEVI deprimida e infarto anterior) es recomendable la realización de un estudio sistemático con RMC o ecocardiografía con contraste para detectar TR así como para monitorizar su evolución.

59. Ecocardiograma trasnsesofágico 3D en tiempo real en la valoración de la estenosis mitral. Comparación con el estudio bidimensional.

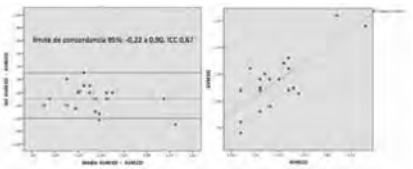
DE LA ESPRIELLA R., PAYÁ R., PÉREZ J.L., FABREGAT Ó., BOCHARD B., ALBIACH C., RIDOCCI F., CUBILLOS A., HIGUERAS L., MORELL S.
Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

INTRODUCCIÓN: La cuantificación de la estenosis mitral (EM) con ecocardiografía 2D presenta limitaciones por la calidad de las imágenes y la restricción espacial del estudio transtorácico (ETT). El estudio transesofágico 3D en tiempo real (ETE3D) podría superar dichas limitaciones.

OBJETIVO: Establecer la factibilidad, concordancia y reproducibilidad de la estimación del área valvular mitral mediante ecocardiografía transesofágica 3D (AVM3D).

MÉTODOS: Se incluyeron 24 pacientes estudiados mediante ETE3D como complemento al ETT. Se recogieron variables clínicas y ecocardiográficas. Se estimó el AVM por planimetría bidimensional (AVM2D), AVM por tiempo de hemipresión (AVMTPH) y AVM3D. Se analizó el grado de concordancia entre las mediciones 2D y 3D y se evaluó la variabilidad intra- e interobservador de la estimación del AVM3D mediante el coeficiente de correlación intraclase (CCI).

RESULTADOS. La edad media fue 64±11,6, el 91,7% eran mujeres y el 50% se encontraban en fibrilación auricular. La AVM3D fue factible en todos los casos mientras que en 3(12,5%) no fue posible la estimación del AVM2D debido a calcificación valvular. El AVM3D fue significativamente menor comparada con AVM2D (-0,29±0,19; n=21, p<0,001) y con el AVMTPH (-0,69±0,35; n=24, p<0,001). 9 pacientes (42,8%) con EM moderada por AVM2D y 18(75%) por AVMTPH fueron reclasificados a EM severa en el estudio 3D (p=0,016 y p<001 respectivamente). El AVM3D mostró mejor grado de concordancia con el AVM2D (límite de concordancia 95%: -0,22 a 0,90, ICC 0,67)(Figura) que con el AVMTPH (límite de concordancia 95%: -0,17 a 0,64, ICC 0,26), siendo baja en ambos casos (ICC <0,71). La variabilidad intra- e interobservador para la estimación del AVM3D fue excelente, con ICC 0,99 y 0,94 respectivamente.



CONCLUSIONES: La estimación del AVM por planimetría 3D es una técnica factible reproducible y segura. Permite superar las limitaciones técnicas de la ecografía 2D y podría convertirse en una herramienta muy útil en la valoración de la severidad de la EM cuando existe discordancia entre ésta y el estado funcional del paciente.

60. Evaluación de las dimensiones volumétricas de la aorta ascendente por resonancia magnética cardiaca: aproximación a la normalidad.

MORILLAS H., IGUAL B., MACEIRA A., ESTORNELL .J, PLAZA D., SANZ J., FERRÉ M., LÓPEZ R., MARTÍNEZ-DOLZ L., MONTERO A.
Hospital Universitario y Politécnico La Fe.

OBJETIVOS:
Mientras que las dimensiones normales de la aorta ascendente (AoAsc) en 2D han sido evaluadas en numerosas series con distintos métodos de imagen, los datos volumétricos son escasos. Pretendemos identificar los valores de la normalidad de los volúmenes de la AoAsc medida por resonancia magnética cardiaca (RMNc,) y analizar la correlación entre las secuencias de cine y el volumen 3D (Vol3D).

MATERIAL Y MÉTODOS:
Se incluyeron un total de 34 pacientes a los que se realizó un estudio con RMNc por antecedentes familiares de muerte súbita o previo a ablación de fibrilación auricular, excluyendo 4 pacientes con antecedentes conocidos de patología aórtica. Utilizando la RMNc de Siemens de 1.5 Teslas se adquirieron imágenes mediante secuencias angiográficas no sincronizadas y secuencias de cine (SSFPS) en planos tranversales a la AoAsc, obteniendo los volúmenes aórticos máximo (VmáxAo) y mínimo (VmínAo). Se calculó la media y desviación estándar de las distintas mediciones, y se empleó el test de correlación intraclase (CIC) para evaluar el grado de correlación de las medidas de VmáxAo y VmínAo con el Vol3D y el test de Bland-Altman para detectar la presencia de error sistemático.

RESULTADOS:
La media de las medidas en 2D de AoAsc fue 30 mm a nivel sinusal, con un intervalo de confianza al 95% (IC95) de 28,5 a 31,5 mm y 26,15 mm con un IC95 de 24,2 a 28,1 mm a nivel tubular. Los VmáxAo y VmínAo presentaron una media de 58,81 mm (IC95 49,71-67,91 mm) y 49,18 mm (IC95 40,92-57,45 mm). El Vol3D alcanzó un valor medio de 61,88 mm, con un IC95 de 52,39-71,38 mm. La correlación de ambos volúmenes de cine con el Vol3D fue buena, mejor para VmáxAo (CIC 0,87 por CIC de 0,78 para VmínAo). No existió error sistemático proporcional.

CONCLUSIONES:
Los VmáxAo y VmínAo presentan un valor normal comprendido entre 49,71-67,91 mm y 40,92-57,45 mm respectivamente, existiendo una buena correlación de ambos con los valores obtenidos por métodos tridimensionales.

61. Comparación de grosores de autopsia con la cardioRMN postmortem.

LÓPEZ-VILELLA R., IGUAL B., DOMINGO D., MOLINA P., SANCHO J., SANZ J., ABELLÁN Y., ARNAU M.A., GINER J., ZORIO E.
Hospital Universitario y Politécnico La Fe.

La resonancia magnética (RMN) es una técnica excepcionalmente útil en el estudio de pacientes cardiológicos. Publicaciones recientes han sondeado su potencial en el estudio autópsico (AU) de la víscera cardiaca aunque no hay estudios que correlacionen las medidas realizadas con una y otra técnica.

OBJETIVO:
Analizar la correlación de los grosores cardiacos medidos en la AU con los medidos por RMN.

MÉTODOS:
Se realizó una RMN a 11 corazones íntegros de víctimas de muerte súbita cardiaca y a continuación se prosiguió con el procedimiento habitual de fijación en formol y tallado de la pieza. Se midió el grosor parietal en los 15 segmentos cardiacos tanto en la RMN como en el estudio macroscópico de la AU. En estudio postmortem (PM), un grosor ≥15mm permite diagnosticar hipertrofia ventricular izquierda (HVI) en la AU. Se utilizó el paquete SPSS 20.0 con T de muestras apareadas.

RESULTADOS:
En 6/15 segmentos se detectaron diferencias estadísticamente significativas con medidas siempre superiores en la RMN entre 2,3 y 4,4mm de media, correspondiendo el 83% de ellos a segmentos localizados a nivel medio y apical. No se obtuvieron correlaciones estadísticamente significativas entre las mediciones en AU o por RMN en ninguno de los segmentos cardiacos analizados. El 100% de los casos presentaban HVI por RMN PM así como el 91% de los casos por AU (1 caso con diagnóstico de HVI por RMN PM ausente en AU).

CONCLUSIONES:
Las medidas de los grosores cardiacos por RMN PM son mayores que los estimados en la AU especialmente en los segmentos medios y apicales. Quizás parte de las diferencias se deba a no haber medido exactamente en el mismo lugar aun siguiendo el mismo esquema de distribución de segmentos, variabilidad probablemente reproducible en futuras series. La magnitud de las diferencias debe ser tenida en cuenta en aras a no supradiagnosticar HVI con la RMN PM en la que, quizás debería establecerse otro punto de corte para HVI, diferente del de la AU (FEDER "Union Europea, Una forma de hacer Europa", RD12/0042/0029, PI14/01477; beca ERESA 2013).

VIERNES DÍA 29 (08:30 - 10:00 h.)
SALA PERELLONET **ELECTROFISIOLOGÍA, ARRITMIAS Y MARCAPASOS**

62. Mejoría hemodinámica aguda obtenida mediante estimulación multipunto desde el ventrículo izquierdo.

ALONSO P., ANDRÉS A., OSCA J., CANO Ó., SANZ J., MELERO J., MIRÓ V., SANCHO-TELLO MJ., OLAGÜE J., SALVADOR A.
Hospital Universitario y Politecnico La Fe, Valencia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO:
La terapia de resincronización cardíaca (TRC) ha mostrado una reducción de la morbi-mortalidad de pacientes con disfunción ventricular y BCRIHH. Sin embargo hasta el 35% de pacientes no responden a esta terapia. Por este motivo se han buscado alternativas a la TRC convencinal entre las que se encuentra la estimulación desde varios puntos del ventrículo izquierdo (VI) o estimulación multipunto (MPP). Nuestro objetivo fue evaluar la respuesta hemodinámica aguda obtenida con la MPP comparándola con la obtenida con la TRC convencional.

MÉTODOS:
Pacientes consecutivos a los que se les implantó un dispositivo con capacidad de realizar MPP fueron incluidos. La evaluación hemodinámica fue realizada 3 meses postimplante mediante ecocardiograma. Se calculó el gasto cardíaco (GC) e índice cardíaco (IC) y la fracción de eyección del VI (FEVI). Se definió respuesta hemodinámica aguda como un incremento en el IC>10%. Los pacientes fueron evaluados en dos configuraciones de estimulación diferentes: convencional (CONV), utilizando la configuración optimizada durante el implante (vector óptimo del electrodo cuadripolar) y MPP, utilizando una aproximación anatómica, con los polos distal (D1) y proximal (P4) como cátodos para los dos vectores de estimulación, con la finalidad de capturar la máxima masa miocárdica posible.

RESULTADOS:
25 pacientes se incluyeron en el estudio, todos ellos con criterio de implante de un dispositivo de TRC según las actuales guías de práctica clínica. El incremento obtenido en la FEVI fue del 33,8±1,6% en el grupo CONV y del 51,4±9% en el MPP (p=0,03). El porcentaje de respondedores agudos fue del 47% en el grupo CONV y del 80% en el MPP (p=0,014).

CONCLUSIONES:
La estimulación multipunto se asoció con un mayor incremento de la FEVI así como con un mayor porcentaje de respondedores agudos en comparación con un grupo de TRC convencional en el que se empleó un electrodo de VI cuadripolar.

63. Corrección de la asincronía ventricular con la estimulación multipunto en la terapia de resincronización cardíaca, correlación con mejoría hemodinámica aguda.

ALONSO P., ANDRÉS A., OSCA J., CANO Ó., SANZ J., FERRÉ M., MIRÓ V., SANCHO-TELLO MJ., OLAGÜE J., MARTÍNEZ L.
Hospital Universitario y Politecnico La Fe, Valencia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO:
Recientemente se han desarrollado alternativas a la TRC convencional como la estimulación multipunto (MPP). Nuestro objetivo fue evaluar la capacidad de la MPP para paliar la asincronía intraventricular medida mediante strain radial, comparándolo con la reducción obtenida con una TRC convencional.

MÉTODOS.
Pacientes consecutivos a los que se les implantó un dispositivo con capacidad de realizar MPP fueron incluidos. La evaluación hemodinámica se realizó con ecocardiograma. El parámetro empleado para describir la asincronía fue la diferencia del tiempo hasta el pico de strain radial entre el septo y la pared posterior del VI (AS-P delay). Se definió asincronía como un AS-P delay >130 ms. Inicialmente se registraron datos hemodinámicos basales; tras ello los pacientes fueron evaluados en dos configuraciones de estimulación: convencional (CONV), utilizando el vector óptimo del electrodo cuadripolar y MPP, utilizando los polos distal (D1) y proximal (P4) como cátodos de dos vectores de estimulación, para capturar la máxima masa miocárdica posible.

RESULTADOS.
Se incluyeron 25 pacientes, todos con criterio de implante de TRC. AS-P delay fue menor en MPP que en CONV (-13,2±11 Vs 69,4±21, p=0,058). Al analizar aquellos pacientes (5, 25%) en los que la TRC convencional no lograba coregir la asincronía (AS-P delay>130 ms) se apreció una corrección de la misma en todos ellos con la estimulación multipunto. Se analizó la correlación entre corrección de la asincronía y mejoría hemodinámica, obteniéndose una correlación positiva entre el porcentaje de reducción de AS-P delay y el incremento del índice cardíaco (r=0,77, p=0,001).

CONCLUSIONES:
La estimulación multipunto se asoció con una mayor reducción de la asincronía intraventricular en comparación con un grupo de TRC convencional en el que se empleó un electrodo de VI cuadripolar. Se evidencia una corrrelación positiva significativa entre reducción de asincronía y respuesta hemodinámica aguda.

64. Comparación de aislamiento de venas pulmonares con radiofrecuencia y láser.

ANDRÉS A., ALONSO P., OSCA J., CANO Ó., MELERO JL., FERRÉ M., JIMÉNEZ. R, SANCHO-TELLO M.J., OLAGÜE J., MARTÍNEZ-DOLZ L.
Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

INTRODUCCIÓN:
El aislamiento de las venas pulmonares (AVP) es la piedra angular para la ablación con catéter de la fibrilación auricular paroxística (FAP). El papel de los catéteres-balón no se encuentra bien definido en pacientes con FA persistente (FAPE). El objetivo del estudio fue comparar la eficacia y seguridad de AVP con láser respecto a la ablación con radiofrecuencia (RF) en una población no seleccionada de pacientes con FA.

MÉTODO:
Estudio prospectivo unicéntrico que compara la ablación con RF versus la ablación con láser en 137 pacientes (p) consecutivos con FAP (63%) y FAPE (37%), en lo que respecta a la seguridad y la eficacia del procedimiento.

RESULTADOS:
83 p fueron tratados con RF (catéter de fuerza de contacto en el 56%) y 54 p con ablación con láser. Las características basales eran diferentes en los dos grupos en cuanto al tipo de AF (FAP: 52,4% en el grupo RF vs 78% en el grupo de láser, p=0,005). El aislamiento de todas las venas pulmonares fue exitoso en 96% de los pacientes de ambos grupos. La media de la duración del procedimiento y de fluoroscopia fueron180±40 min y 34±9 min en el grupo RF vs 156±30 min (p=0,001) y 38±15 min (p=0,1) en el grupo de láser. La tasa de complicaciones fue similar en ambos grupos. 65p en el grupo de RF y 50 en el grupo de láser fueron seguidos durante una media de 11 meses. La tasa de recidiva de primer procedimiento fue de 36% y 19% para los grupos de radiofrecuencia y láser, respectivamente (p = 0,047). Al considerar el tipo de FA, la supervivencia libre de recurrencia de la arritmia fue similar en ambos grupos.

CONCLUSIONES.
Nuestros resultados preliminares sugieren que la ablación con láser tiene, al menos resultados similares en cuanto a seguridad y eficacia a medio plazo que la ablación con RF. La ablación con láser es una opción viable para llevar a cabo un procedimiento de AVP en pacientes con FAP refractario a fármacos y FAPe.

65. Aislamiento de venas pulmonares con catéter-balón y energía láser.

ANDRÉS A., ALONSO P., OSCA J., CANO Ó., MELERO J.L., SANZ J., JIMÉNEZ. R, SANCHO-TELLO M.J., OLAGÜE J., SALVADOR A.
Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

INTRODUCCIÓN:
Recientemente, se ha introducido un catéter-balón láser para el aislamiento de venas pulmonares (VP) que permite la visualización directa del tejido objetivo para la ablación. En nuestro estudio, analizamos la experiencia inicial con este catéter y los resultados a medio plazo en relación con el subtipo la fibrilación auricular (FA).
MÉTODO:
El estudio muestra los resultados del aislamiento de VP en 55 pacientes consecutivos con FA paroxística (FAP: 80%) y persistente (FAPE: 20%) de corta duración. Se recogieron los tiempos, resultados y complicaciones del procedimiento. El seguimiento incluyó visitas periódicas cada 3 meses con Holter de 24 horas.
RESULTADOS:
El aislamiento se logró en 216/218 (99%) de las VP. El tiempo medio de procedimiento y de fluoroscopia fueron respectivamente 156 ± 30 min y 38 ± 15 min. El tiempo de fluoroscopia disminuyó entre los primeros 20 procedimientos y los siguientes casos (47 a 33 min, p = 0,002). La complicación más frecuente fue la parálisis transitoria del nervio frénico (7,7%) que apareció sólo en los primeros 18 casos. 50 p fueron seguidos durante una media de 11 meses, y la tasa de recurrencia tras el primer procedimiento fue del 15% para los pacientes con FAP y del 33% para los pacientes con FAPE (p = 0,2).
CONCLUSIONES:
La ablación con láser es un sistema seguro y eficaz para obtener el aislamiento eléctrico de las VP. Resulta llamativa su capacidad para adaptarse a la anatomía venosa pulmonar con un solo catéter y la eficacia para lograr el aislamiento eléctrico de las venas pulmonares con una evolución clínica favorable a medio plazo, incluyendo los pacientes con FAPE.

66. Ablación de flutter auricular utilizando una estrategia de fluoroscopia cero.

MELERO J., CANO Ó., ANDRÉS A., ALONSO A., LÓPEZ-VILELLA R., RODRÍGUEZ Y., OSCA J., SANCHO-TELLO M.J., OLAGÜE J., MARTÍNEZ-DOLZ L.
Hospital Universitari i Politècnic La Fe, València.

INTRODUCCIÓN:
Minimizar la utilización de fluoroscopia durante los procedimientos de ablación es deseable. El objetivo de la presente comunicación fue evaluar la viabilidad de la utilización de una estrategia de fluoroscopia cero (F0) durante la ablación del flutter auricular típico (FAT) y compararla con la estrategia convencional de ablación guiada por escopia (F+).
MATERIAL Y MÉTODOS:
Ochenta y dos pacientes consecutivos con FAT sometidos a ablación del istmo cavotricuspídeo (ICT). Se utilizó una estrategia de ablación convencional (F+) en los 37 primeros o de fluoroscopia cero (F0) en los siguientes 44 pacientes. Se comparó el tiempo de escopia, el porcentaje de pacientes con escopia cero, tiempo de procedimiento y tiempo de radiofrecuencia (RF).
RESULTADOS:
El tiempo medio de escopia en el grupo F+ fue de 19,2±13 minutos, mientras que el grupo F0 fue de 2,8±7 minutos (p=0,008). No obstante, en un 52% de los pacientes (23) fue posible no utilizar nada de fluroscopia. La duración del procedimiento en el grupo de F+ fue de 74±22 minutos mientras que en el de F0 fue de 75±22 minutos (p=0,74); el tiempo de radiofrecuencia en el grupo F+ fue de 621±370 segundos mientras que en el de F0 fue de 753±629 segundos (p=0,28).
CONCLUSIONES:
La ablación de FAT utilizando una estrategia de escopia cero es factible, con un 52% de pacientes en los que no se utilizó escopia. El tiempo de procedimiento y el tiempo de RF no se alargaron en el grupo de F0 respecto a la ablación convencional.

67. Resultados de la ablación del flutter auricular istmodependiente en pacientes con Tetralogía de Fallot corregida.

MELERO J., CANO O., ANDRÉS A., ALONSO A., LÓPEZ-VILELLA R., OSA A., RUEDA J., OSCA J., SANCHO-TELLO M.J., OLAGÜE J.
Hospital Universitari i Politècnic La Fe, València.

INTRODUCCIÓN:
El flutter auricular istmodependiente (FAID) es la arritmia supraventricular más frecuente en pacientes con Tetralogía de Fallot corregida (TFc). El objetivo del presente estudio ha sido describir las características y los resultados de la ablación del istmocavotricuspídeo (ICT) en este contexto y compararlos con la ablación del ICT en pacientes sin cardiopatía estructural (CE).
MATERIAL Y MÉTODOS:
Once pacientes consecutivos con TFc y FAID (63% mujeres; edad media 38 años) fueron incluidos y comparados con 56 pacientes sin CE (27% mujeres; edad media 62 años) sometidos a una ablación de FAID. Se analizaron las características del flutter auricular, el tiempo de procedimiento, tiempo de ablación, éxito agudo del procedimiento así como la presencia de otro tipo de arritmias macrorreentrantes y la tasa de recurrencias a medio-largo plazo.
RESULTADOS:
Se trató de un FAID antihorario en un 90% de los casos en ambos grupos. El tiempo medio del procedimiento en pacientes con TFc fue de 115±29 minutos mientras que fue de 73±21 minutos en los pacientes sin CE (p<0.001). El tiempo medio de aplicación de RF hasta completar la ablación del ICT fue de 1.719±827 segundos en el caso de los TFC y de 687±519 segundos en pacientes sin CE (p<0.001). La tasa de éxito fue del 100% en TFc y 98% en pacientes sin CE, aunque con un índice de complicaciones mayor en los pacientes con TFc (18% vs 7%). En 3 casos (27%) de TFc se evidenció una segunda arritmia macrorreentrante al ablacionar el ICT que se cortó al prolongar la línea de ablación hacia la escara de la atriotomía previa. La tasa de recurrencia clínica en TFc fue del 27% (3 casos), evidenciando en los 2 casos reevaluados un flúter atípico como arritmia causante.
CONCLUSIONES:
La ablación del FAID en pacientes con TFc tiene una tasa de éxito aguda del 100% comparable a la de los pacientes con FAID sin CE. Sin embargo, el procedimiento es más complejo con unos tiempos de procedimiento y ablación más prolongados, y con una incidencia de segundas arritmias significativamente mayor a la registrada en pacientes sin CE.

68. La resincronizacion reduce el riesgo de insuficiencia cardiaca en la disfunción sistólica isquemica asintomatica, pero no el de taquiarritmias ventriculares.

QUESADA A., QUESADA-OCETE B., JIMÉNEZ J., MARÍN M.C., CARACENA L., LORENZO J., PAYÁ R., RIDOCCI F., KLEIN H., MOSS A.
Hospital General Universitario de Valencia.

OBJETIVOS:
Estudiar si los beneficios de la de la terapia de resincronización cardiaca (TRC), demostrados en clase funcional NYHA igual o mayor II, se pueden obtener también en los pacientes pacientes asintomáticos (clase funcional NYHA I).
MÉTODOS:
Evaluamos el beneficio de la TRC en los pacientes en clase NYHA I con cardiopatía isquémica, QRS >130 ms y disfunción sistólica severa ventrículo izquierdo (VI) en el ensayo MADIT-CRT, en el cual estaban aleatorizados en 2 brazos: TRC + desfibrilador (TRC-DAI) y DAI sólo. De los 999 pacientes isquémicos incluídos, 265 (26,5%) tenían clase funcional NYHA I, y 734 (73,5%) clase NYHA II. Se investigó la reducción del riesgo de hospitalización por insuficiencia cardíaca (IC) o muerte (objetivo primario) y taquiarritmias ventriculares (TV/FV) en los 2 brazos del estudio.
RESULTADOS:
El objetivo primario ocurrió en 55 de 265 pacientes con clase NYHA I (20,7%) y en 232 de 734 pacientes en NYHA II (31%) (p no ajustada 0,047). En el análisis multivariado el beneficio de la TRC-DAI para reducir el riesgo de hospitalización por IC fue más pronunciado entre los pacientes con bloqueo de rama izquierda, tanto en clase funcional I (HR = 0,57 IC del 95%: 0,18-0,77, P = <0,01) y en NYHA clase II (HR = 0,38; IC: 0,29-0,54; p <0,001). La incidencia de TV/FV espontáneas requiriendo terapia por el dispositivo fue del 25,7% en el grupo de DAI y 23,8% en el grupo TRC-DAI en pacientes NYHA I. En pacientes NYHA clase II, las TV/FV se produjeron en el 28,8% de los del grupo DAI y 24,3% en el grupo de TRC-DAI (estos resultados no fueron significativamente diferentes).
CONCLUSIONES:
La TRC es util para reducir el riesgo de insuficiencia cardíaca en pacientes clase NYHA I (asintomáticos) con disfunción ventricular izquierda isquémica de forma similar a aquellos con NYHA clase II. Sin embargo, en estos enfermos la TRC no modifica su elevado riesgo de TV/FV requiriendo que vaya asociada a DAI.

69. La consulta de seguimiento remoto. ¿El fin de las visitas presenciales?.

FERRÉ M., SANZ J., ALONSO P., ANDRÉS A., PIMIENTA P., CERVERÓ A., JIMÉNEZ J.J., CANO Ó., OSCA J., SANCHO-TELLO M.J.
Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

OBJETIVOS:
Análisis descriptivo de la consulta de seguimiento remoto de dispositivos de estimulación cardiaca iniciada en diciembre de 2013 en colaboración con enfermería.
MÉTODOS:
Reclutamos 225 pacientes portadores de marcapasos (MP), desfibriladores automáticos implantables (DAI) o DAI-TRC (resincronización cardiaca) que disponian de telemetría domiciliaria.
RESULTADOS:
El 75% eran varones, con edad media de 65±15 años y con mediana de seguimiento de 365 días. 119 pacientes portaban DAI (53%), 82 DAI-TRC (37%), 21 MP bicameral (9%) y 3 MP-TRC.
En 101 pacientes (45%) la indicación del implante fue cardiopatía isquémica, en 47 (21%) miocardiopatía dilatada idiopática, en 16 (7%) miocardiopatía hipertrófica, en 10 bloqueo auriculo-ventricular, en 10 cardiopatías congénitas, en 10 canalopatías, en 6 valvulopatías y el resto era un grupo heterogéneo (bradi-taquiarritmias, miocardiopatía enólica, ...).
En un 62% hubo eventos: fibrilación auricular paroxística (28.5%), 41 pacientes taquicardia ventricular no sostenida y 15 taquicardida ventricular sostenida. Se registraron 4 fibrilaciones ventriculares, tratadas exitosamente con 1 ATP y 3 choques. Se recibieron 4 alertas por agotamiento de batería.
Estos eventos motivaron 23 llamadas telefónicas y 9 citas presenciales con objeto de optimizar tratamiento médico, programar recambio del generador y hacer una revisión quirúrgica de una sonda.
CONCLUSIONES:
La consulta de seguimiento remoto, en colaboración con enfermería, ha demostrado ser eficaz y segura para una monitorización estrecha de los pacientes. Además, aporta información que nos permite prevenir eventos y/o tratarlos precozmente.

70. Análisis descriptivo de los pacientes pediatricos remitidos a un laboratorio de electrofisiologia.

MELERO J., OSCA J., ALONSO P., ANDRÉS A., CANO Ó., JIMÉNEZ R., FERRÉ M., SANCHO-TELLO M.J., OLAGÜE J., MARTÍNEZ-DOLZ L.
Hospital Universitari i Politècnic La Fe, València.

OBJETIVOS:
La población pediátrica es un grupo creciente dentro de los estudios electrofisiológicos (EEF), debido en parte a un mejor conocimiento de las cardiopatías congénitas (CC) y del mecanismo de las arritmias cardíacas (AC) y a la aparición de nuevos sistemas de navegación y ablación sin fluoroscopia. El objetivo del presente análisis es recoger las características de una serie consecutiva de niños evaluados y tratados mediante estudio electrofisiológico y ablación.
MÉTODOS:
Se incluyeron de forma retrospectiva aquellos pacientes menores de 16 años sometidos a EEF entre los años 2011 y 2014. Se recogieron datos demográficos, clínicos, indicación del procedimiento así como tipo y forma de presentación de las AC. Del estudio EEF se recogió la información relativa a los tiempos de conducción, AC inducidas, características electrofisiológicas de las vías accesorias (VA), tipo y parámetros de la ablación.
RESULTADOS:
Se recogieron 46 pacientes (52% varones, edad 13±2 años); 9(20%) eran portadores de CC, siendo la CIA (44%) la más frecuente, seguido de la anomalía de Ebstein (22%). Un 48% (22) fueron remitidos al laboratorio por preexcitación (WPW) en el ECG; un 41% (19) por haber presentado al menos 1 episodio de palpitaciones con taquicardia de QRS estrecho (TSVP) objetivada en ECG o sospechada; 4 por episodios de flutter (Fl) y 1 por taquicardia ventricular idiopática. De los pacientes con diagnóstico o sospecha de TSVP, un 21% de los estudios fueron normales, un 26% fueron taquicardias intranodales (TIN), un 32% fueron VA ocultas y hubo 3 casos de taquicardia auricular y 1 de Fl atípico. De los pacientes con vías accesorias (28), el 75% presentaban una conducción bidireccional y el 25% con conducción retrógrada exclusiva. La localización más frecuente fue posteroseptal derecha (20%), seguido de lateral izquierda (9%) y derecha (9%). La tasa de éxito inicial de la ablación de VA fue del 93% con una tasas de recurrencia del 21%. En 4 casos se repitió la ablación por recurrencia clínica de la arritmia con una tasa de eficacia del 100% y una recurrencia global del 7 %. El éxito en la ablación de TIN fue del 100% y no hubo recurrencias. En los Fl el éxito inicial fue del 100% y hubo 1 recurrencia. Entre los pacientes con CC hubo 5 casos de Fl (56%) y 4 de WPW (44%).
CONCLUSIONES:
La población pediátrica, con AC, valorada mediante EEF asocia en un porcentaje considerable de casos una CC (20%). En nuestra serie, entre los pacientes con CC las arritmias más frecuentes fueron el flúter auricular y el WPW. De forma global, la arritmia más frecuente por la que se indicó un EEF fue el WPW y en segundo lugar la TSPV secundaria a VA ocultas. La ablación mostró una eficacia elevada y similar a la obtenida en adultos, sin embargo el porcentaje de recurrencias en los pacientes con WPW fue discretamente más elevado que en la población adulta (21%).

71. Diferencias en la reducción de la regurgitación mitral significativa tras la resincronización en insuficiencia cardiaca leve respecto de la avanzada.

QUESADA A., GIMÉNEZ M., COSÍN J., PAYA R., RIDOCCI F., PEREZ BOSCÁ L., JIMÉNEZ J., PALANCA V., MADRAZO I., DALLI E.
Hospital General Universitario de Valencia.

OBJETIVO:
Evaluar la magnitud de los cambios ecocardiográficos en la insuficiencia mitral (IM) significativa (grados 3 y 4 sobre 4) en los pacientes (pts) sometidos a terapia de resincronización cardiaca (TRC) dependiendo de su clase funcional New York Heart Association (NYHA) basal.
MÉTODOS:
Se incluyeron 98 p consecutivos con fracción de eyección (FE) de ventriculo izquierda (VI) <del 35%, QRS >120 ms y bajo tratamiento fármacológico óptimo con implante de desfibrilador (DAI)-TRC. Se registraron variables demográficas, clínicas y de ecocardiografia basales y fueron seguidos prospectivamente (media 24±5,1 meses). Un 78,6 % eran hombres, edad media 73±15 años. El 51% presentaban miocardiopatía isquémica y el 82.7% bloqueo de rama izquierda. Investigamos las diferencias entre los p en clase II de la NYHA (49 pts Grupo 1, G1) comparados con aquellos en clase III (49 pts, Grupo 2, G2).
RESULTADOS:
El G2 presentaba unos diámetros telediastólico y telesistólico VI mayores que el G1 (67±7,5 mm vs 62,6±7,2 mm, p <0.01; 55,5±8,1 mm vs 51,4±8,2 mm, p <0.01 respectivamente) y mayor uso de diuréticos (98% vs 87,8%, p =0.05). La FE basal fue 23,4±6,5 % en el G2 y 25,9±6,3 % en el G1 (p = 0.1). 34 pts (34.7%) presentaban IM significativa antes del implante del dispositivo: 16(32,7%) en el G1 y 18(36,7%) en el G2 (p=.0671). Tras la TRC el G1 presentó una disminución significativa de pts con IM (32,7% pre-implante vs 8,2 % post-implante, p=0.022) mientras que no hubieron cambios en el G2 (36,7 % vs 40,8% (p = 0,267). Por otro lado, el porcentaje de pacientes con IM severa post CRT-ICD fue significativamente menor en el G1 respecto al G2: 4 pacientes (8,2%) vs 20 pacientes (40,8%), p <0.001.
CONCLUSIONES:
La IM de grado 3 y 4 mejora tras la TRC en un porcentaje significativamente mayor en el grupo de pacientes con clase NYHA II respecto de los pts en clase NYHA III. Estos hallazgos apoyan el empleo precoz de la TRC.

72. Análisis descriptivo de los pacientes portadores de cardiopatias congenitas remitidos a un laboratorio de electrofisiología.

MELERO J., CANO Ó., ANDRÉS A., ALONSO P., PLAZA D., MORILLAS H., RUEDA J., OSCA J., SANCHO-TELLO M., OLAGÜE J.
Hospital Universitari i Politècnic La Fe, València.

OBJETIVOS:
Las cardiopatías congénitas (CC) son cada vez más prevalentes en la población adulta de nuestro medio. El mejor conocimiento de su fisiopatología y la aparición de nuevos sistemas de navegación y ablación han permitido una mejor aproximación a las arritmias cardiacas (AC) de estos pacientes. Se recogió una serie consecutiva de pacientes con CC evaluados y tratados mediante estudio electrofisiológico (EEF) y ablación.
MÉTODOS:
Se incluyeron pacientes adultos portadores de CC sometidos a EEF entre 2010 y 2014. Se recogieron datos demográficos, clínicos, indicación del procedimiento presentación de las taquicardias (Tq). Además del EEF se recogió tiempos de conducción, AC inducidas y parámetros de la ablación.
RESULTADOS:
Se recogieron 30 pacientes (53% mujeres, edad 37±13 años). La CC más frecuente fue la tetralogía de Fallot (TdF) con 15 casos (50%), seguido de la CIA y la transposición de grandes vasos con 5 cada uno (16%), el Fontan con 3 (10%) y la anomalía de Ebstein con 2 casos (7%). Un 83% fueron por AC objetivadas en trazado ECG. Un 10% fue remitido para estudio de episodios sincopales. La AC más frecuente fue el flutter (Fl) (70%), seguido de las Tq ventriculares (TV) (18%). En 3 casos (10%) no se indujeron AC. En 25 casos (83%) se decidió ablación de la AC, con un éxito inicial del 100%. En 3 casos de TdF y Fl se evidenció una segunda arritmia macrorreentrante al ablacionar el ICT. La tasa de recurrencia global fue del 30% (9 casos). En 5 casos se repitió la ablación, objetivando en 3 casos AC diferentes a la que motivó el primer EEF. Sólo uno de los casos (TV) recurrió posteriormente.
CONCLUSIONES:
La TdF es la CC más frecuentemente valorada mediante EEF (50%) siendo el Fl auricular la arritmia más frecuente (70%). Aunque la tasa de éxito agudo es similar a la de la población general, la tasa de recurrencia de AC es elevada (30%). La presencia de segundas arritmias, tanto durante el primer procedimiento de ablación, como durante el seguimiento de estos pacientes, es frecuente.

73. 6 años de experiencia en cirugía de la fibrilacion auricular concomitante a otros procedimientos quirúrgicos en nuestro centro.

BERBEL A., HERNÁNDEZ C., SCHULER M., BLANCO O., PÉREZ M., BEL A., HEREDIA T., VÁZQUEZ A., DOÑATE L., MONTERO J.A.
Hospital Universitari i Politècnic La Fe, València.

OBJETIVO:
Los pacientes sometidos a cirugía cardiaca presentan una notable incidencia de fibrilación auricular. La cirugía de la fibrilación auricular como proceso concomitante es utilizada desde hace años en nuestro centro. El objetivo de nuestra comunicación es exponer los resultados de nuestro grupo en este tipo de pacientes.
MÉTODOS:
Desde Febrero del 2008 hemos realizado en nuestro centro cirugía de la fibrilación auricular como proceso concomitante en aquellos pacientes con fibrilación auricular crónica con tamaños auriculares no excesivamente grandes y en todos aquellos con fibrilación auricular paroxística.
RESULTADOS:
Desde febrero de 2008 a enero de 2014 se realizó cirugía de la fibrilación auricular en un total de 164 pacientes con una edad media de 66,2 años (22-85) siendo 93 (65,7%) de ellos mujeres. El 57,8% de los pacientes se encontraban en fibrilación auricular crónica, el 35,9 % en fibrilación auricular paroxística y el 6,3% en flutter auricular. En el 41.7% se realizó cirugía valvular mitral aislada. En el 55,6 % de los pacientes se utilizo como fuente de energía la crioablacion. Al alta el 70,6 % de los pacientes se encontraban en ritmo sinusal alcanzando el 84,6% si se trataba de una fibrilación auricular paroxística. El porcentaje de éxito (ritmo sinusal) a los 6, 12 y 24 meses ha sido de 73,1%, 65,5% y 71,3% respectivamente. En ninguno de los pacientes se evidenciaron complicaciones derivadas directamente de la técnica de ablación.
CONCLUSIONES:
La cirugía de la fibrilación auricular, como procedimiento concomitante, es una técnica con unos resultados satisfactorios en nuestro centro, sobre todo en aquellos pacientes con fibrilación auricular paroxística, y sin un aumento de la morbimortalidad asociada, hechos que nos animan a continuar realizando el procedimiento.

75. Factores predictivos del desarrollo de obstrucción microvascular en pacientes con infarto agudo de miocardio tras angioplastia primaria.

PLAZA D., IGUAL B., SÁNCHEZ M.E., LÓPEZ R., DOMÉNECH M.D., SEPÚLVEDA P., TEN F., CALVILLO P., MONTERO J.A., MARTÍNEZ L.V.
Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valéncia.

OBJETIVOS: La presencia y desarrollo de obstrucción microvascular (OMV) ensombrece el pronóstico de los pacientes que sufren un infarto agudo de miocardio (IAM). Nuestro objetivo fue identificar posibles factores asociados a su desarrollo en pacientes con IAM que son revascularizados mediante angioplastia primaria (AP).
MÉTODOS: Se incluyeron 32 pacientes consecutivos sometidos a AP tras IAM, y se realizó una cardiorresonancia (CRM) en la primera semana post infarto. Se analizaron datos clínicos y hemodinámicos, se definió el tiempo total de isquemia (TTI) como el transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta la apertura de la arteria responsable, y se cuantificó la masa total de necrosis y de OMV en secuencias de viabilidad. Se utilizaron los test estadísticos χ^2, t de Student, correlación de Pearson y regresión lineal.
RESULTADOS: Se identificó OMV en 19 pacientes (59.4%). Se cuantificó una masa de OMV de 3.7±5.4 gramos (media±DE). Los resultados del análisis univariado se resumen en la Tabla 1. Los coeficientes de correlación (r) fueron: FEVI (-0.48, p<0.01), TTI (-0.80, p<0.01) y masa de necrosis (-0.71 p<0.01). Las variables que alcanzaron significación estadística en el análisis multivariado fueron: la masa total de necrosis (B=0.164, p<0.01) y el TTI (B=0.022, <0.01), siendo el coeficiente R^2=0.785.

Factor	OMV -	OMV+	p	Factor	OMV-	OMV+	p
Hombres (%)	10(77)	17(89)	0,37	Necrosis (g)	14±9	31±12	<0,01
Edad (años)	63±11	59±12	0,35	TIMI 0-I (%)	12(92)	16(84)	0,62
FEVI (%)	61±13	50±9	0,01	TIMI III final	12(92)	17(89)	0,99
VTDVI(mL/m2)	76±22	82±17	0,37	TTI (min)	137±29	290±160	<0,01

CONCLUSIONES: Los pacientes con OMV presentan menor FEVI. Se identificaron como únicos predictores independientes del desarrollo de OMV la masa de necrosis y el TTI.

VIERNES DÍA 16 (08:30 - 10:00 h.)
SALA ARENAS **CARDIOPATÍA ISQUÉMICA HEMODINÁMICA**

74. Pronóstico a largo plazo de lesiones angiográficamente moderadas en pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST.

HIGUERAS L., RUMIZ E., BERENGUER A., VILAR J.V., SANMIGUEL D., VALLS A., FONTANE C., CHACÓN N., ROSELLÓ M., MORELL S.
Hospital General Universitario de Valencia.

OBJETIVOS: La revascularización preventiva de lesiones no responsables en pacientes sometidos a una angioplastia primaria sigue siendo motivo de controversia. Se ha postulado incluso, la revascularización de lesiones no responsables con un diámetro de estenosis por encima del 50% en la misma angioplastia primaria. El objetivo de este trabajo es conocer el pronóstico a largo plazo de lesiones angiográficamente moderadas (>50% y <70%) en pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) sometidos a angioplastia primaria.
MÉTODOS: Analizamos desde Enero 2009 a Enero 2014, todos los pacientes sometidos a angioplastia primaria/rescate en nuestro centro y que mostraran lesiones valoradas cuantitativamente (QCA) mayores del 50% y menores del 70% del diámetro del vaso, excluimos a aquellas lesiones en vasos no angioplastiables, menores de 2 mm.
RESULTADOS: Desde Enero 2009 a Enero 214 se realizaron 412 angioplastias primaria/rescate, 72 pacientes mostraron lesiones mayores del 50% y menores del 70% en vasos de más de 2mm. Ninguna de estas lesiones fueron revascularizadas durante la angioplastia primaria. 6 de ellos se sometieron a un nuevo intervencionismo coronario de forma electiva para tratar alguna lesión mayor del 70% en otro vaso no culpable.
Durante una mediana de seguimiento de 666 (803-347) días, ningún paciente desarrolló un evento coronario sobre ninguna lesión moderada. 1 paciente sufrió una trombosis tardía sobre el vaso responsable del IAMCEST y un paciente desarrolló una reestenosis de borde proximal en el vaso responsable del IAMCEST.
CONCLUSIONES: El pronóstico a largo plazo de lesiones angiográficamente moderadas en vasos no culpables de pacientes con IAMCEST sometidos a angioplastia primaria es excelente, por lo que su revascularización preventiva debería basarse en otros métodos diagnósticos como su análisis funcional.

76. Impacto de la anemia en el manejo y el pronóstico a largo plazo de los pacientes ingresados por síndrome coronario agudo.

FERNÁNDEZ R., ROLDÁN I., SAURÍ A., FERRANDO J., SALVADOR I., SELLER J., PÉREZ J., PÉREZ-OLIVARES C., ROMERO E., MORA V.
Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia.

OBJETIVO:
Analizar el impacto de la anemia en el manejo y el pronóstico de los pacientes (p) ingresados por síndrome coronario agudo (SCA) y los factores relacionados con la misma.
MÉTODOS:
Estudio prospectivo de cohortes en condiciones de práctica clínica habitual de p consecutivos ingresados por SCA, con y sin elevación del segmento ST. Definimos anemia como un valor de hemoglobina <12mg/dl. Se completó un seguimiento a 18 meses, siendo la variable de valoración final el evento combinado de muerte cardíaca, nuevo infarto no fatal o reingreso por insuficiencia cardíaca (MACE) en los p con y sin anemia. Analizamos, mediante el modelo de regresión de riesgos proporcionales de Cox la tasa de incidencia (HR) de MACE en el seguimiento, ajustando por la estrategia de manejo y los factores de riesgo (FRCV) y comorbilidad.
RESULTADOS:
Se reclutaron 470 p con una edad mediana de 70,09 años (RIQ 59-80). La prevalencia de anemia fue del 32,1% (151p). Los factores que se relacionaron de forma significativa con la presencia de anemia fueron el sexo masculino (48,1% vs 26,2%; p<0,001), la estenosis coronaria previa (34,2% vs 22,5%; p=0,008), hipertensión arterial (87,4% vs 66,7%; p<0,001), diabetes mellitus (53,3% vs 31%; p<0,001), enfermedad renal crónica (25,3% vs 6%; p<0,001), arteriopatía periférica (16,7% vs 7,5%; p=0,003) y el tabaquismo (44,6% vs 62,2%; p<0,001). En el grupo de p con anemia se realizó un menor manejo invasivo (52,8% vs 71,2%; p<0,001). La tasa de incidencia de MACE en el seguimiento fue mayor en los p con anemia tras ajustar por FRCV y manejo terapéutico, HR 2,580; [IC (95%) 1,347-4,943].
CONCLUSIONES:
La prevalencia de anemia en p ingresados por SCA es frecuente (32,1%) y se asocia a otros factores de riesgo cardiovascular y a un manejo más conservador. Además, tiene un impacto sobre el pronóstico de estos p, siendo un factor independiente de MACE en el seguimiento.

77. Asociación del síndrome de apnea obstructiva del sueño con estenosis coronarias en pacientes con síndrome coronario agudo.

PÉREZ J., ROLDÁN I., PÉREZ-OLIVARES C., DUBOIS D., FERNÁNDEZ R., CABADÉS C., MONTAEAGUDO M., NÚÑEZ C., FERRANDO J., SALIM M.
Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia.

OBJETIVO:
La relación entre apnea del sueño (SAS) y estenosis coronarias (EC) puede estar confundida por la presencia de obesidad. Nuestro objetivo ha sido analizar esta asociación en pacientes (p) ingresados por síndrome coronario agudo (SCA).
MÉTODOS:
Estudio prospectivo de cohortes en condiciones de práctica clínica habitual de p consecutivos ingresados por SCA. Consideramos SAS un índice de apnea/hipopnea >10 eventos/hora y EC como la presencia de estenosis significativas (>70%) en el cateterismo. Analizamos las diferencias en las características demográficas y clínicas. Estratificamos por índice de masa corporal (<30 vs ≥30 kg/m^2). Determinamos mediante regresión logística ajustada las OR de la severidad de EC en p con y sin SAS.
RESULTADOS:
355 p, con edad media de 66,3 años (12,7). La prevalencia de SAS fue de 13,5%. En estos p fue mayor la proporción de hombres (91,7% vs 73%; p= 0,005), obesidad (66,7% vs 36,8%; p<0,001)), ictus (21,3% vs 6,2%; p<0,001), EPOC (27,7% vs 8,6%; p<0,001), enfermedad renal (20,8% vs 9,8%; p=0,024), dislipemia (79,2% vs 61,2%; p=0,016) y tabaquismo (74,5% vs 57,1%; p=0,024). La PCRus fue también superior: 34,95 (47,8) vs 22,82 (30,4); p= 0,031.
EC en relación con SAS en la muestra total y estratificada por IMC.

Muestra	OR*	IC 95%	p
Total (n=355)	2,335	0,652-8,362	0,193
IMC <30 Kg/m2 (n= 210)	2,519	0,287-22,098	0,404
IMC > 30 Kg/m2 (n=145)	1,850	0,355-9,639	0,465
*Sexo, EPOC, ictus, enfermedad renal, tabaquismo, dislipemia.			

CONCLUSIONES:
En nuestro medio, el SAS es infradiagnosticado tras un SCA. Se relaciona más frecuentemente con varios factores de riesgo cardiovascular. No observamos asociación entre SAS y severidad de EC tras estratificar por IMC.

78. Ictus isquémico en pacientes con IAM anterior y disfunción ventricular severa. ¿Es una entidad frecuente?.

TREJO B., FÁCILA L., MONTAGUD V., FABREGAT O., HIGUERAS L., CHACÓN N., FONTANÉ C., SÁNCHEZ S., CÁRDENAS JP., MORELL S.
Hospital General Universitario de Valencia.

INTRODUCCIÓN:
El infarto agudo de miocardio (IAM) sobretodo anterior y lateral se asocia con la formación de aneurismas apicales (AA), con el riesgo de desarrollo de trombos intracavitario y episodios tromboembólicos (TE) subsiguientes. En ausencia de trombo intracavitario no existe evidencia que apoye la necesidad de anticoagulación oral. En la era de la angioplastia primaria no está definido el riesgo de estos pacientes de presentar episodios TE. El objetivo de este estudio es analizar la incidencia de episodios TE en pacientes IAM anterior y anterolateral con disfunción ventricular severa (DVS).
MÉTODOS:
Se incluyeron 107 pacientes consecutivos, dados de alta de nuestro centro entre Noviembre de 2011 y Enero de 2015 con IAMCEST anterior o anterolateral, con DVS definida como una fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) < 40%, en la ecocardiografía inmediatamente previa al alta. Se analizó retrospectivamente el seguimiento de dichos pacientes hasta la aparición del evento definido como ictus isquémico o, en ausencia del mismo, hasta la fecha del éxitus o del último contacto médico.
RESULTADOS:
La población presentaba una edad media de 67.99 +/-14.88 años con un 65.4% de varones y una FEVI media del 33.2%+/- 6.8. Se observó la presencia de AA en el 20.6% (n=21) de los pacientes, detectándose la presencia de trombo intracavitario al alta en 4 de ellos (19%), por lo que se inició anticoagulación. Durante un seguimiento de 428 días de mediana se produjeron tres ictus isquémicos, uno de ellos en un paciente con trombo apical. No se objetivó ningún evento isquémico en los pacientes con AA sin trombo intracavitario no anticoagulados al alta hospitalaria (n=16).
CONCLUSIONES:
En nuestro centro, el desarrollo de episodios TE en pacientes con IAM anterior y anterolateral con DVS durante un seguimiento medio de aproximadamente un año fue muy infrecuente, no objetivándose ningún episodio en aquellos pacientes considerados de mayor riesgo (AA no anticoagulados).

79. Revascularización preventiva intrahospitalaria vs diferida de lesiones no culpables en pacientes con infarto de miocardio con elevación del ST.

HIGUERAS L., RUMIZ E., VILAR J.V., BERENGUER A., VALLS A., SANMIGUEL D., FONTANÉ C., CHACÓN N., JIMENEZ V., MORELL S.
Hospital General Universitario de Valencia.

OBJETIVOS:
La revascularización preventiva de lesiones angiográficamente significativas en pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST), así como el momento idóneo para su realización son objeto de controversia. El objetivo primario de este trabajo es analizar el pronóstico a largo plazo de dos estrategias de revascularización preventiva, durante la estancia hospitalaria o de forma diferida ambulatoria.
MÉTODOS:
Analizamos de forma retrospectiva todos los pacientes sometidos en nuestro centro a angioplastia primaria/rescate y que mostraron en la coronariografía enfermedad multivaso, se excluyeron aquellos en situación de shock cardiogénico, con oclusiones crónicas totales, enfermedad severa de tronco coronario izquierdo o estenosis no angioplastiables (vasos menores de 2 mm).
RESULTADOS:
Desde Enero 2009 a Enero 2014 se realizaron 412 angioplastias primarias/rescate, 116 mostraron enfermedad multivaso susceptible de revascularización. 57 pacientes fueron revascularizados (26 durante el ingreso hospitalario y 31 de forma diferida ambulatoria) y 59 no se sometieron a ningún tipo de revascularización. Durante una mediana de seguimiento de 640 días (211-877), se produjo un aumento significativo de la mortalidad por causa cardiaca en el grupo de pacientes no revascularizados, 16 vs 4, (p=0,028). Dentro del grupo de pacientes revascularizados, no hubo diferencias significativas en cuanto a muerte, reinfarto o ingreso por insuficienciencia cardiaca en ambas estrategias de revascularización (p>0,05), con una tendencia a menos estancia hospitalaria en el grupo de revascularización diferida ambulatoria.
CONCLUSIONES:
La revascularización preventiva en pacientes con IAMCEST disminuye la mortalidad. La realización de una revascularización diferida, tras la fase aguda del infarto es segura ocasionando una disminución de la estancia hospitalaria.

80. Utilidad del catéter guía Sheathless en el intervencionismo coronario percutáneo de tronco coronario izquierdo vía radial.

GARCÍA-BLAS S., MIÑANA G., ESCRIBANO D., VALERO E., MAINAR L., RODRÍGUEZ J.C., MOYANO P., CHORRO F.J., SANCHIS .J, NÚÑEZ-VILLOTA J.
Hospital Clinico Universitario de Valencia.

INTRODUCCIÓN:
El intervencionismo coronario percutáneo (ICP) de lesiones de tronco coronario izquierdo (TCI) requiere habitualmente acceso femoral para un calibre y soporte adecuados. Los catéteres para uso radial sin introductor Sheathless permiten un mayor calibre interno con un menor calibre exterior. La evidencia que respalda su eficacia y seguridad en ICP sobre el TCI es escasa.
MÉTODOS:
Se incluyeron 25 pacientes consecutivos en los que se llevó a cabo ICP vía radial sobre TCI usando catéter Sheathless. Se recogieron datos clínicos, características y resultados de ICP, complicaciones y eventos mayores durante el seguimiento.
RESULTADOS:
La edad media fue de 71,2±11 años, 84% varones, 40% diabéticos, 68% tenían antecedentes de cardiopatía isquémica (36% ICP previo y 16% con bypass coronario). La mayoría de los pacientes tenían un síndrome coronario agudo (SCA): 64%. Respecto a la anatomía: 21 de los casos presentaban afectación del TCI distal, aislada (9) o con afectación de ostium de DA (9) y/o Cx (8) y 4 casos eran bifurcaciones complejas (1:1:1). El score de Syntax medio fue de 29,36. En 15 pacientes el calibre del catéter usado fue de 6.5F, en el resto 7.5F. La técnica usada en todos los casos afectando a bifurcación fue stent provisional de TCI-DA o TCI-Cx. Se consiguió implantar un stent con éxito en 21 (84%) pacientes, 2 reestenosis tratadas con balón con fármaco y 1 balón convencional. No se evidenciaron complicaciones vasculares, y en ningún caso se cambió a vía femoral. Las complicaciones fueron en su mayoría periprocedimiento: 2 muertes y 1 accidentes isquémico transitorio. Con una mediana de seguimiento de 322±413 días, la supervivencia fue del 88%. En el seguimiento hubo un fallecimiento precoz (previo al alta) y dos SCA que requirieron revascularización del vaso tratado.
CONCLUSIONES:
En nuestra experiencia inicial, el catéter guía Sheathless es una alternativa útil para el tratamiento percutáneo de la enfermedad coronaria de TCI, con una alta tasa de éxito y número asumible de complicaciones.

81. Intervencionismo coronario en octogenarios, estudio descriptivo de un escenario cada vez más frecuente.

MACÍAS M.J., GUZMÁN M.E., RUIZ J.M., VICEDO A., GALCERÁ E., GÓMEZ J.M., MOSCICKI R., PASCUAL A., MAINAR V., SOGORB F.
Hospital General Universitario de Alicante.

OBJETIVOS:
Cada vez es mas habitual el intervencionismo coronario en pacientes de avanzada edad cuyo manejo es más complejo. El objetivo de este estudio es analizar las características clínicas, enfermedad coronaria y las estrategias de revascularización en los pacientes mayores de 80 años en la sala de hemodinámica en la actualidad.
MÉTODOS:
Estudio descriptivo transversal de todos los pacientes mayores de 80 años a los que se les realizó intervencionismo coronario durante 2014 en la sala de hemodinámica de nuestro hospital. Recogimos variables clínicas, tratamiento médico y datos del procedimiento. Analizamos la frecuencia de estas variables para caracterizar nuestra población.
RESULTADOS:
163 pacientes, edad media 83,3 años (80-96 años); 62,6% de hombres. 76,06% HTA, 37,26% DM, 55,74% DLPM y 25,46% fumadores. El síndrome coronario agudo supuso el 81% del intervencionismo: SCACEST (39,3%), SCASEST (41,7%). Hubo además un 9,2% de angina estable y un 9,8% de otras causas. Un 73,5% de los procedimientos se realizó por acceso radial, en un 92 % se implantó al menos un stent (1,6 stent por angioplastia). En un 53,4% se implantó algún stent farmacoactivo. Se llevo a cabo revascularización completa en un 51,5% de los pacientes. La mortalidad del procedimiento fue 1,2% (2 síndromes coronarios agudos Killip IV). Al alta el 98,7% recibió tratamiento con AAS, añadido a un segundo antiagregante en el 95,5% (Clopidogrel 84,5%, Ticagrelor 10,3% y Prasugrel 0,6%), un 16,8% además tomaba tratamiento anticoagulante.
CONCLUSIONES:
El intervencionismo actual en el octogenario se dirige fundamentalmente al tratamiento del síndrome coronario agudo. La angioplastia primaria constituye el 47%. La utilización de stents farmacoactivos, así como la revascularización completa es más baja que en la población general.

82. Papel de la lipocalina asociada a la gelatinasa neutrófila en la detección precoz de la nefropatía inducida por contraste tras una coronariografía.

ESCRIBANO D., VALERO E., NÚÑEZ J., RODRÍGUEZ J.C., MOYANO P., GARCÍA S., MAINAR L., CHORRO F.J., SANCHÍS J.
Hospital Clinico Universitario de Valencia.

OBJETIVOS:
El empeoramiento de la función renal como consecuencia del uso de agentes de contraste, contribuye a un aumento de la morbi-mortalidad, especialmente en el paciente crítico. El Iodixanol, un agente de contraste iso-osmolar no iónico, ha demostrado ser más seguro y producir menos nefropatía inducida por contraste (NIC) en pacientes con alto riesgo de desarrollar deterioro renal; sin embargo, poco se conoce en pacientes con síndrome coronario agudo (SCA). La lipocalina asociada a la gelatinasa neutrófila humana (NGAL), puede ser un biomarcador precoz, sensible y no invasivo para el detección temprana de la NIC; sin embargo, su papel pronóstico asociado con el uso de iodixanol, aún no se ha descrito. El objetivo de este estudio es evaluar la trayectoria de 24 horas de NGAL en plasma y sus implicaciones clínicas y pronósticas para predecir el deterioro en la función renal en una población no seleccionada de pacientes con SCA sometidos a una coronariografía y que recibieron iodixanol.
MÉTODOS:
Se analizaron consecutivamente 105 pacientes ingresados por SCA en nuestro centro. Se midieron los valores de creatinina en plasma (Cr) antes del procedimiento, 24, 48 y 72 horas tras su realización. Los valores de NGAL plasmático se midieron antes del procedimiento y a las, 4, 8 y 24 horas tras la coronariografía.
RESULTADOS:
Observamos una asociación lineal positiva entre NGAL y ΔCr en toda la muestra, independientemente del punto de tiempo de medida ($p<0,05$ para todas las comparaciones). En el análisis multivariado, esta asociación positiva entre NGAL8-h y ΔCr48-h persistió en un análisis ajustado y sólo fue significativa para los pacientes con filtrado glomerular <60 ml/min/m^2 al ingreso (valor de p para la interacción =0,037). El volumen de contraste no se asoció con ΔCr durante el ingreso.
CONCLUSIONES:
En pacientes con SCA sometidos a una coronariografía con Iodixanol como agente de contraste, la elevación de NGAL 8 horas post-procedimiento predice cambios absolutos en la CR a las 48-72 horas.

83. Utilidad pronóstica de la guía de presión con dosis alta de adenosina en la valoración funcional de lesiones moderadas en diferentes contextos clínicos.

FONTANÉ C., RUMIZ E., CUBILLOS A., HIGUERAS L., ALBIACH C., FÁCILA L., SANMIGUEL D., BERENGUER A., VILAR J., MORELL S.
Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

INTRODUCCIÓN:
La valoración funcional de lesiones angiográficamente moderadas mediante guía de presión y determinación de la reserva fraccional de flujo (FFR) es útil para decidir el abordaje intervencionista de las mismas.
OBJETIVO:
Valorar el pronóstico a largo plazo de pacientes con lesiones moderadas y estudio con guía de presión negativo estimado con dosis altas de adenosina, independientemente del cuadro clínico.
MÉTODO:
Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron pacientes con lesiones angiográficamente moderadas y FFR mínimo >0.8 tras dosis altas de adenosina. Se registraron eventos cardiacos adversos mayores orientados al Paciente (ECAM: muerte total, nuevo SCA de cualquier localización y nueva revascularización) y relacionados con el vaso diana (muerte cardíaca, IAM, angina inestable y revascularización de dicho vaso). El análisis de supervivencia se realizó con el método de Kaplan-Meier.
RESULTADOS:
Se incluyeron 117 pacientes (varones 74,4%) con una edad media de 69±10,6 años. El 75% eran hipertensos, el 37% diabéticos, el 67% dislipémicos, el 26% fumadores y un 51% tenían antecedentes de cardiopatía isquémica. Los motivos de realización del cateterismo fueron: IAMCEST 6,8%, IAMSEST 14,5%, angina inestable 29,1%, angina estable 28,2%, miocardiopatía dilatada 4,3% y otros 17,1%. La dosis media administrada de adenosina fue de 387±154, obteniendo un FFR mínimo medio de 88±5. Tras una mediana de seguimiento de 16 [6-26] meses, la supervivencia libre de ECAM-paciente fue del 89,8% y la de ECAM–vaso diana del 96,6%.
CONCLUSIONES:
El resultado negativo de la guía de presión tiene gran utilidad para guiar el tratamiento no intervencionista de las lesiones angiográficamente moderadas.

84. Asociación entre el índice de masa corporal y estenosis coronarias significativas: comparación según el género.

SAURÍ A., ROLDÁN I., FERRANDO J., MONTEAGUDO M., SALVADOR I., SELLER J., DUBOIS D., FERNÁNDEZ R., GIRBÉS V., MORA V.
Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

OBJETIVO:
La asociación entre la obesidad definida por el índice de masa corporal (IMC) y enfermedad angiográfica coronaria (EAC) no está del todo definida y puede ser distinta según el sexo. Nuestro propósito ha sido examinar la relación entre el IMC y EAC en mujeres y hombres y si la obesidad contribuye a la diferencia en su severidad.
MATERIAL Y MÉTODOS:
Estudio prospectivo de cohortes en condiciones de práctica clínica habitual de pacientes (p) ingresados por síndrome coronario agudo. Definimos estenosis significativa (ES) como la presencia de una ≥50% en el tronco principal izquierdo o ≥70% en cualquier otro segmento coronario. Examinamos con regresión logística la asociación de la obesidad con la probabilidad de ES controlando por edad y la presencia de factores de riesgo y estratificando para cada sexo.
RESULTADOS:
Incluimos 355 p, de edad media 66,3 (12,8) años. Las mujeres eran de mayor edad, 70,7 vs 64,9; $p<0,001$, con mayor proporción de hipertensión arterial (83,9% vs 69,3%; $p=0,008$) y menor de tabaquismo (30,2% vs 68,9%; $p<0,001$).

Severidad de EAC según IMC y grado de obesidad estratificada por sexo OR ajustadas de ES (IC95%)

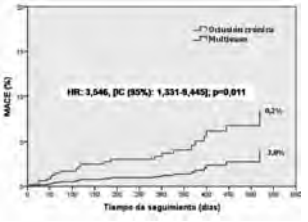
IMC (Kg/m2)	Mujeres	Hombres
25-34,9 (referencia)	1	1
30-34,9	7,34 (1,38-39,11)	0,89 (0,31-2,54)
≥ 35	4,89 (0,49-48,8)	0,46 (0,12-1,73)
Obesidad (> 30)	5,89 (1,40-24,73)	1,24 (0,56-2,76)

CONCLUSIONES: Existen diferencias en la detección de ES según el género. El IMC y la obesidad contribuyen a una mayor probabilidad de asociación con ES en las mujeres pero no así en hombres. Observamos una paradójica asociación de mayor grado de obesidad con una menor carga de aterosclerosis.

85. Impacto de la obstrucción coronaria crónica en pacientes con infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST y enfermedad multivaso.

DUBOIS D., ROLDÁN I., MONTEAGUDO M., SELLER J., SALVADOR I., SAURÍ A., PÉREZ-OLIVARES C., PÉREZ J., NÚÑEZ C., DÍEZ J.L.
Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia.

OBJETIVO:
Analizar el impacto de las obstrucciones crónicas totales en coronarias no relacionadas con el infarto en pacientes (p) con síndrome coronario agudo sin elevación del ST (IAMSEST).
MÉTODOS:
Estudio prospectivo de cohortes en condiciones de práctica clínica habitual de p ingresados por IAMSEST. Excluimos p con BPAC previo o estenosis significativa de tronco común. Categorizamos según coronariografía en enfermedad multivaso sin (MV) y con oclusión crónica (OC). Analizamos la incidencia en el seguimiento a 1,5 años de: muerte cardiaca y reingreso cardiovascular (CV), (MACE). Calculamos hazard ratios (HR) con el modelo de regresión de Cox ajustado.
RESULTADOS:
140 p, con edad media de 66,9 (12,3), 21% mujeres. En el grupo de OC (59 p), fue mayor la proporción de tabaquismo (67,2% vs 45%; p=0,010) y antecedentes de arteriopatía periférica (22% vs 6,2%; p=0,006) y cardiopatía isquémica (55,9% vs 35,4%; p=0,016). Tasa de incidencia de MACE en el seguimiento tras ajustar:



CONCLUSIONES:
La presencia de OC en coronaria no responsable de infarto, predice un aumento de la incidencia de MACE en el seguimiento a 1,5 años.

86. Influencia de la anticoagulación en la incidencia de oclusión de arteria radial de pacientes sometidos a cateterismo cardíaco.

MONTEAGUDO M., AGUAR P., FERRANDO J., SALVADOR I., SELLER J., DUBOIS D., FERNÁNDEZ R., SAURÍ A., DÍEZ J.L., MARTÍNEZ J.V.
Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

Se recomienda la utilización de anticoagulación (AC) en los cateterismos por vía transradial con el objetivo de reducir la incidencia de oclusión de arteria radial (OAR).
OBJETIVO:
Evaluar el efecto de la AC en la incidencia a las 24 h y al mes de OAR de pacientes sometidos a angiografía coronaria.
MÉTODOS:
Estudio prospectivo de pacientes consecutivos remitidos a cateterismo cardíaco diagnóstico y/o terapéutico. Todos los pacientes recibieron una solución espasmolítica con 2,5 mg verapamilo a través del introductor arterial. Solamente se administró anticoagulación en los procedimientos terapéuticos. La hemostasia se realizó mediante compresión manual. La incidencia de OAR se evaluó mediante curva de pletismografía con test de flujo inverso (Barbeau), considerando la misma cuando la respuesta al test era de tipo C o D.
RESULTADOS:
Se incluyeron 80 pacientes (p), 40 hombres (H) y 40 mujeres (M) de forma consecutiva. El acceso primario por vía radial izquierda fue el mayoritario (97,5%) precisándose cambiar a arteria radial derecha en 5 p (6,3%). Un 28,75% de los procedimientos fueron terapéuticos. No hubo diferencias en la prevalencia de los principales factores de riesgo cardiovascular. La incidencia de equimosis (43,5 % vs 19,3% p=0,04) y de hematoma (30,4% vs 8,8% p=0,02) fue superior en el grupo tratado con anticoagulantes. No se detectó ninguna OAR en las primeras 24 h. En el primer mes, la OAR se produjo en 3 p (3,75%) siendo todas ellas mujeres. El tratamiento anticoagulante no se asoció con una reducción en la tasa de OAR (OR 1,324 IC 95% (0,113-15,56).
CONCLUSIONES:
La incidencia de OAR fue del 3,75%, similar a la referida en la literatura, siendo mayor en mujeres. La anticoagulación no se asoció de forma independiente con la incidencia de OAR. Estos resultados cuestionarían la utilización sistemática de anticoagulación en procedimientos diagnósticos para prevenir la OAR.

VIERNES DÍA 29 (12:00 - 13:30 h.)
SALA GRAN PINEDO **COM. LIBRES ENFERMERÍA**

1E. Consulta de enfermería de insuficiencia cardiaca: beneficio sobre la calidad de vida. Estudio prospectivo aleatorizado.

PASTOR A., JORDÁ E., GRAU G., RASO R., FERRERO M.J., SÁNCHEZ R.M., CHAMORRO C.I., MARCO E., ALBERO J.V., JULIA R.
Departamento de Salud de Alcoi.

INTRODUCCIÓN: Diversos estudios demuestran que la educación sanitaria de los pacientes con IC reduce la morbimortalidad, el número de ingresos y mejora la calidad de vida.
OBJETIVO: Evaluar la eficacia de una Consulta de Enfermería de Insuficiencia Cardiaca (CEIC) en la mejora de la calidad de vida del paciente en comparación con los pacientes seguidos de forma habitual (SH).
METODOLOGÍA: Estudio prospectivo y aleatorio comparando la calidad de vida, medida por el cuestionario Minnesota (M), de los pacientes seguidos en la CEIC y los seguidos (SH). Entre septiembre de 2012 y Septiembre de 2013 se incluyen 23 p sobre los que se realiza educación sanitaria y son aleatorizados a SH o en la CEIC. Todos rellenan el cuestionario de M tras la aleatorización. Los p seguidos en la CEIC lo repiten a los 6 meses y al año y los p en SH lo repiten al año. Se analizan los resultados del cuestionario completo (cada uno de los ítems) y de ítems asociados en dimensiones (aspectos físicos, sociales, emocionales y el resto, siguiendo una propuesta de la literatura) comparando los cambios producidos entre la inclusión y el año de seguimiento en cada grupo y entre ellos. Para el último análisis cada pregunta se valoró como positiva o negativa según la puntuara el paciente (1 a 3 negativo y 4 a 6 positivo).
RESULTADOS: El grupo seguido en la CEIC experimenta un incremento en la puntuación media del 31% y el de SH del 24%, lo que representa un aumento del 29% en el grupo CEIC respecto del SH, (p<0,05). Por dimensiones se observan diferencias importantes en los aspectos sociales (+77% en CEIC frente a +20% en SH, p<0,05) y emocionales (+50% en CEIC, +17% en SH, , p<0,05). Los aspectos físicos y el grupo de otros no muestran diferencias significativas.
CONCLUSIÓN: El seguimiento de los p en la CEIC ha mostrado, en nuestra serie, que mejora la calidad de vida de los pacientes, medida por el cuestionario de Minnesota, sobre todo en los aspectos sociales y emocionales.

2E. Identificación de riesgos relacionados con la ecocardiografía transesofágica. Brainwriting y análisis de barreras.

JULIÁ R., FERRERO M.J,. GRAU G., REYES M.J., GALLEGO C., SÁNCHEZ R.M., CHAMORRO C.I., RASO R., ALBERO J.V., MARCO E.
Departamento de Salud de Alcoi.

INTRODUCCIÓN:
La ecografía transesofágica (ETE) es una técnica invasiva con riesgos directos para el paciente. El "Brain Writing" (BW) es una técnica grupal que permite la obtención de ideas sobre un determinado tema, favoreciendo la intervención múltiple de los participantes, de forma estructurada y sistemática. Puede realizarse de forma telemática, lo que garantiza una mayor sinceridad en las respuestas. A las principales ideas obtenidas puede aplicarse la técnica de análisis de barreras (AB) cuando se trata de prevenir o dar respuesta a cualquier tipo de riesgo.
OBJETIVO:
Aplicar las herramientas BW y AB para identificar de forma proactiva los riesgos de la ETE con el fin de diseñar medidas para prevenirlos.
METODOLOGÍA:
Entre el mes de Diciembre 2014 y Enero 2015 se seleccionó un equipo de 10 profesionales de cardiología coordinados por enfermería. Se realizó un BW telemático sobre la ETE para identificar sus principales riesgos, permitiendo, posteriormente, un AB proactivo.
RESULTADOS:
Los principales riesgos detectados en el BW se derivan de una anamnesis incompleta y de la posibilidad de broncoaspiración. Otros riesgos detectados son: efectos indeseables de la medicación, insuficiencia respiratoria, alta inadecuada y caída del paciente. Las instrucciones de trabajo y el listado de verificación las hemos considerado como barreras efectivas para la prevención de daños al paciente ya que controlan los puntos críticos detectados. La formación del personal experto se define cómo la barrera adicional a implementar en la mayoría de las dimensiones analizadas.
CONCLUSIÓN:
La aplicación del BW y el AB es útil para la identificación de los riesgos de la ETE y para implementar medidas encaminadas a su prevención. Pueden constituirse, así mismo, como un paso previo al Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE) que identificará otros posibles fallos, y sus efectos, que pueden aparecer en el proceso y planteará medidas complementarias para su solución.

3E. Impacto de una consulta de enfermería de insuficiencia cardiaca en la cumplimentación y autocuidado: seguimiento a un año.

PASTOR A., JORDÁ E., GRAU G., MARCO E., FERRERO M.J., CHAMORRO C.I., RASO R., SÁNCHEZ R.M., REYES M.J., GÓMEZ M.A.
Departamento de Salud de Alcoi.

INTRODUCCIÓN:
Múltiples evidencias demuestran que el autocuidado y la cumplimentación terapéutica tienen un impacto positivo en la morbimortalidad y reingresos del paciente (p) con insuficiencia cardiaca (IC). La Escala Europea de Autocuidado en Insuficiencia Cardiaca (EEAIC) ha sido validada en amplios estudios.
OBJETIVO:
Evaluar el efecto que tiene el seguimiento del p en una consulta de enfermería de IC (CEIC) sobre el autocuidado medido por la EEAIC modificada.
METODOLOGÍA:
Estudio prospectivo y aleatorio que compara el grado de cumplimentación y autocuidado de los pacientes seguidos en la CEIC y los seguidos de forma habitual (SH). Entre septiembre de 2012 y Septiembre de 2013 se incluyen 23 p en la CEIC. Todos ellos rellenan el cuestionario de la EEAIC modificado para conseguir un mejor entendimiento por parte del p. Los p aleatorizados a seguimiento en la CEIC repiten el cuestionario a los 6 meses y posteriormente al año y los p en seguimiento habitual lo repiten al año. Se analizan los resultados obtenidos en cada uno de los ítems y las diferencias entre la encuesta inicial y al año. Cada ítem se puntuó entre 1 (nunca) y 4 (siempre). La puntuación global puede variar entre 12 (peor autocuidado) y 48 (mejor autocuidado). Se excluyen del análisis los éxitus y aquellos cuestionarios considerados como no válidos al no haber contestado, al menos, al 50% de las cuestiones.
RESULTADOS:
El grupo seguido en la CEIC experimenta un incremento en la puntuación media del 31,78% (pasa de 28,67 puntos a la inclusión a 36,89 al año de seguimiento), mientras que el control lo hace en un 0,43% (pasa de 32,46 en la inclusión a 32,60 al año). El grupo de intervención mejora en todos los ítems salvo en 2 (el 2: Si me ahogo paro y descanso y el 6: limito la cantidad de agua que bebo).
CONCLUSIÓN:
El seguimiento de los p en la CEIC ha mostrado, en nuestra serie, que mejora el autocuidado, medido por la EEAIC, al año en relación con los pacientes bajo seguimiento habitual.

4E. Test de Flecainida: Análisis Modal de Fallos y Efectos.

JULIÁ R., FERRERO M.J., GRAU G., REYES M.J., GALLEGO C., RASO R., SÁNCHEZ R.M., CHAMORRO C.I., ALBERO J.V., JIMÉNEZ R.
Departamento de Salud de Alcoi.

INTRODUCCIÓN:
El Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE) es una herramienta para la identificación, evaluación y prevención de posibles fallos y efectos que pueden aparecer en un servicio o en un proceso. El Test de Flecainida (TF) es un procedimiento para la detección del Síndrome de Brugada en pacientes con alto índice de sospecha y no está exento de riesgos. Por ello debe realizarse con todas las medidas de seguridad posible.
OBJETIVO:
Aplicar la herramienta AMFE para identificar de forma proactiva los riesgos del TF con el fin de diseñar medidas que los prevengan.
METODOLOGÍA:
En el mes de abril de 2014 el equipo de enfermería de Técnicas Cardiológicas elaboró un AMFE sobre el TF para identificar todos los modos de fallo posibles y sus efectos, calculando para cada uno su número de prioridad de riesgo (NPR) y adoptando medidas preventivas para NPR superior a 100 y para riesgos de Gravedad (G) alta (10).
RESULTADOS:
NPR superiores a 100: fallos en la vigilancia del ECG. Índice de G de 10: todos los fallos que pueden conducir a parada cardiaca. Se adoptan las siguientes medidas: 1. Establecer un protocolo del proceso con instrucciones de trabajo, concretas y muy claras, que inciden especialmente en los puntos en que se pueden producir eventos graves (control de medicación, desfibrilador y carro de paradas, forma de preparar la perfusión de flecainida y de su antídoto y ritmo de administración, instrucciones claras de dónde colocar los electrodos del ECG, criterios de positividad y de alarma, instrucciones de seguimiento del post-proceso inmediato). 2. Establecer un listado de verificación que interroga todos los aspectos que han mostrado NPR elevados. 3. La técnica la realizarán siempre profesionales adiestrados y preparados para afrontar los riesgos (sobre todo la taquicardia ventricular en torsión de puntas).
CONCLUSIÓN:
La aplicación del AMFE se ha mostrado útil para identificar los riesgos del TF e implementar medidas encaminadas a su prevención.

5E. Factores que alteran el descanso nocturno en pacientes ingresados en una unidad coronaria.

PEIRÓ A., SÁEZ M.R., CUENCA C., GARCÍA M., SANZ M.J.
Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:
El descanso nocturno es necesario para el bienestar físico y psíquico de las personas ingresadas en unidad coronaria. Su déficit tanto en calidad como en cantidad puede influir negativamente en la evolución de la enfermedad. Nuestro objetivo es conocer si nuestros pacientes alteraron su patrón de sueño, y que factores influyeron negativamente.
MÉTODO:
Estudio descriptivo transversal realizado en una Unidad Coronaria de seis camas, en pacientes ingresados por Síndrome coronario agudo, realizado entre Octubre 2014 y Enero 2015. Muestra 73 pacientes (33 mujeres y 67 hombres), fueron excluidos aquellos cuya conciencia estaba alterada. Se pasó el cuestionario a una muestra de 10 pacientes para valorar comprensión y fiabilidad. El análisis de los datos se realizó con el programa SPSS.
RESULTADOS:
En su domicilio, duermen de 6 a 8 horas el 69'9% y en el hospital el 32'9 %. Se despiertan durante la noche 67'1 % en el domicilio y el 80'8% en el hospital. Factores que influyen negativamente: ambientales (actividad de enfermería 37%, ruidos ambientales 37%, iluminación 21'9%, molestias de otros pacientes 35´6%) externos (oxigenoterapia el 37%) fisiológicos (dolor 24'7%), destacando los psicológicos (preocupación por la enfermedad 61'6%, preocupación por la familia 58'9% y desglosado este factor por sexo: preocupación por la enfermedad 16'4% las mujeres, 43'8% en hombres; preocupación por la familia 16'4% en mujeres 42'5% en hombres).
CONCLUSIONES:
Los resultados de este trabajo muestran que enfermería debe propiciar el descanso de los pacientes, estableciendo la reorganización del trabajo nocturno y evitando molestias de ruidos e iluminación. Destaca que impiden el sueño la preocupación por la enfermedad y la familia, por lo que debemos ocuparnos de estos aspectos, favoreciendo la comunicación y la información.

6E. Manejo de la arteria radial y la comodidad del paciente durante el cateterismo cardiaco.

PARIENTE G., MONTEAGUDO M., MARTÍNEZ G., ASUNCIÓN M.D., AGUAR P., DUBOIS D., SAURÍ A., FERNÁNDEZ R., DÍEZ J.L., MARTÍNEZ J.V.
Hospital Dr. Peset Valencia.

OBJETIVO:
Determinar la incidencia de oclusión de la arteria radial (OAR) en pacientes sometidos a cateterismo cardíaco diagnóstico y/o terapéutico, si existen diferencias en cuanto al género y valorar si el grado de información previa al cateterismo y la comodidad del paciente durante el procedimiento influyen en la aparición del dicha complicación.
MÉTODO:
Estudio prospectivo de pacientes consecutivos remitidos a cateterismo cardíaco diagnóstico y/o terapéutico.
Se realizó el test de Allen previo al procedimiento. La incidencia de OAR se evaluó mediante curva de pletismografía con test de flujo inverso (Barbeau) a las 24 h y al mes. La hemostasia se realizó mediante compresión manual. El tiempo medio de compresión fue de 3 h en el caso de estudios diagnósticos y 4 h si era terapéutico. Los pacientes realizaron un cuestionario de satisfacción.
RESULTADOS:
Se incluyeron 80 pacientes, 40 hombres (H) y 40 mujeres (M) de forma consecutiva. Las mujeres eran de mayor edad (71,7 (8,8) vs 65,9 (12,8) p= 0,02) y tenían una mayor frecuencia cardíaca (FC) (71,5 (13,5) vs 65,8 (12,2) p= 0,05). No hubo diferencias en la prevalencia de los principales factores de riesgo cardiovascular, excepto en el caso del tabaquismo, ni en la puntuación media de las preguntas recogidas en el cuestionario de satisfacción. No se detectó ninguna OAR en las primeras 24 horas. En el primer mes, la OAR se produjo en 3 pacientes (3,75 %) siendo todas ellas mujeres. La información previa y la comodidad durante el procedimiento no se asociaron con la tasa de OAR. (OR= 1,324 IC 95% (0,113 – 15,56)
CONCLUSIONES:
La incidencia de OAR en nuestra muestra fue del 3,75%, similar a la recogida en la literatura. Dicha incidencia fue mayor en mujeres, siendo estas de mayor edad. Ninguna variable recogida se asoció de forma independiente con la OAR.

7E. ¿Es beneficioso el tratamiento coronario percutáneo en pacientes octogenarios?.

AROCA L., CALVO R., GURREA F.M., JORNET D., VALDES S. ,MARTÍNEZ L.M., POMAR F.M.
Hospital de la Ribera.

INTRODUCCIÓN:
La angioplastia coronaria es una de las piedras angulares en el tratamiento de la cardiopatía isquémica, con especial beneficio en los pacientes que presentan un evento agudo (SCASEST y SCACEST), pero con potenciales diferencias en diferentes grupos de población. En este sentido los ancianos suponen un subgrupo de mayor riesgo de complicaciones y mortalidad.
OBJETIVO:
Valorar el pronóstico de pacientes ancianos sometidos a intervencionismo coronario percutáneo.
MÉTODO:
Analizamos retrospectivamente la supervivencia de todos los pacientes con edad ≥80 años sometidos a intervencionismo coronario percutáneo en nuestro centro desde 2008 y 2014.
RESULTADOS:
Fueron incluidos 138 pacientes consecutivos con una edad media de 84 años (rango 80-93 años), de los cuales el 54% eran hombres. Entre sus antecedentes destacaban: hipertensión arterial 70%, diabetes mellitus 35%, dislipemia 36%, tabaquismo 16%. Un 7% habían tenido un IAM previo y 16% una revascularización previa. El motivo de la coronariografía y posterior intervencionismo había sido en el 50% de los casos por un SCASEST y un 20% por SCACEST. La mortalidad a los 30 días fue de un 7%.
Se realizó un seguimiento medio de 2,98+2 años (rango 0-7 años) con una supervivencia al año del 84% y a los 3 años del 73%. La mortalidad fue de causa cardiaca en el 60% de los casos.
CONCLUSIÓN:
El intervencionismo coronario percutáneo en pacientes ancianos, a pesar de ser un grupo de población de elevado riesgo, supone un procedimiento con un adecuado perfil riesgo/beneficio, dado la baja mortalidad precoz y la tasa de supervivencia a medio y largo plazo.

8E. Utilidad del acceso antecubital por enfermeria en la realización del cateterismo derecho.

JIMÉNEZ V., ROSELLÓ M., ALMELA P., FERRERO A.J., RUMIZ E.
Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

INTRODUCCIÓN:
El cateterismo derecho sigue siendo la técnica de referencia para el estudio de la hipertensión pulmonar. En nuestro centro, hasta el año 2014, la vía de elección para la realización de esta técnica ha sido la vena femoral. A partir de marzo de 2014, en los pacientes con condiciones favorables, se intenta realizar el cateterismo derecho por una vena antecubital (basílica o cefálica) canalizada por el personal de Enfermería.
OBJETIVO:
Valorar la tasa de éxito de realización de cateterismos derechos por vía antecubital como medida para promover el bienestar del paciente favoreciendo su movilización precoz y evitando su ingreso hospitalario.
MÉTODO:
Estudio retrospectivo observacional en el que se analizan los cateterismos cardíacos derechos iniciados y concluidos con éxito por una vena antecubital, y las posibles complicaciones.
RESULTADOS:
Desde Enero de 2014 hasta diciembre de 2014 los cateterismos derechos realizados han sido 56. De estos, 38 se han realizado por vía femoral y 18 por vía antecubital. La tasa de éxito ha sido del 77.7%. Ningún paciente con cateterismo derecho completado por vía antecubital requirió ingreso hospitalario ni tuvo complicaciones vasculares.
CONCLUSIONES:
Con la participación activa de Enfermería en la vía de acceso antecubital se ha conseguido aumentar el número de casos por esta vía de acceso con un éxito del 77.7%, favoreciendo así la deambulación precoz del paciente y evitando su ingreso hospitalario.

9E. Consulta de enfermería de insuficiencia cardiaca: evolución clínica de los pacientes tras un año de seguimiento.

PASTOR A., JORDÁ E., GRAU G., RASO R., FERRERO M.J., SÁNCHEZ R.M., CHAMORRO C.I., MARCO E., ALBERO J.V., JULIA R.
Departamento de Salud de Alcoi.

INTRODUCCIÓN:
Diversos estudios demuestran que la educación sanitaria de los pacientes con IC es capaz de reducir la morbimortalidad, el número de ingresos y mejorar la calidad de vida.
OBJETIVO:
Evaluar la evolución clínica de los pacientes seguidos en una Consulta de Enfermería de Insuficiencia Cardiaca (CEIC) en relación al seguimiento habitual (SH).
METODOLOGÍA:
Estudio prospectivo y aleatorio que compara la evolución clínica de los pacientes seguidos en la CEIC y los SH. Entre septiembre de 2012 y Septiembre de 2013 se incluyen 25 p (18 varones -72%- y 7 mujeres -18%-) con una edad media de 69,46 años, sobre los que se realiza educación sanitaria y se aleatorizan a SH (15 p) o a seguimiento en la CEIC (10). El seguimiento en la CEIC comporta revisiones periódicas por la enfermera responsable y asistencia telefónica bidireccional. El SH lo realiza el Cardiólogo según su criterio. Se analizan y comparan los ingresos, la utilización de urgencias hospitalarias y la mortalidad y sus causas durante un año de seguimiento.
RESULTADOS:
La mortalidad global al año de seguimiento ha sido del 12% , un 4% de causa cardiovascular (CV). No se ha producido ningún éxitus en el grupo seguido en la CEIC contra 3 (24%) en el grupo bajo SH, 1 de ellos de causa CV. Durante el periodo de seguimiento ha habido 6 ingresos (43%) en el grupo de SH, 2 de ellos de causa CV, frente a 5 (50%) en el grupo CEIC, 3 de ellos de causa CV. De los ingresos, 3 se debieron a descompensación de su insuficiencia cardiaca (2 en el grupo SH y 1 en el CEIC). 8 pacientes fueron atendidos en urgencias sin precisar ingreso (2, de causa no cardiológica -13%- en SH y 6 -60%- en el grupo CEIC, 3 de causa CV).
CONCLUSIÓN:
La mortalidad global experimentada en nuestro grupo es similar a la descrita en la literatura durante el primer año, con una mortalidad de causa CV especialmente baja.

10E. Implantación y evaluación de una herramienta proactiva para la mejora de la seguridad del paciente en el área de técnicas cardiológicas.

FERRERO M.J., JULIÁ R., GÓMEZ M.A., GRAU G., MARCO E., GALLEGO C., CHAMORRO C.I., RASO R., SÁNCHEZ R.M., REYES M.J.
Departamento de Salud de Alco

INTRODUCCIÓN:
En Octubre de 2004 la OMS pone en marcha la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (SP) con el propósito de mejorar su seguridad y la colaboración internacional en esta materia. En 2008 se plantea aumentar la SP quirúrgico y, bajo el lema “La cirugía segura salva vidas”, recomienda la utilización de los listados de verificación (LV). Las Unidades de Cardiología desarrollan procedimientos que conllevan riesgo para los pacientes y parte de ellos pueden prevenirse mediante la utilización de LV.
OBJETIVO:
Presentar el LV diseñado con el fin de reducir la incidencia de eventos adversos derivados de los procedimientos cardiológicos de riesgo en los pacientes atendidos en nuestra Unidad. Se analiza la adherencia del personal de enfermería.
METODOLOGÍA:
El LV se aplica a todos los pacientes que van a ser sometidos a procedimientos cardiológicos, en cualquiera de las Áreas de la Unidad (Técnicas, Hospitalización, Consultas u otras Áreas), en los que se requiere el consentimiento informado (CI) escrito. El LV consta de tres fases, cada una de las cuales se corresponde con un tiempo específico del procedimiento: 1. Antes de empezar: paciente; 2. Antes de empezar: material y equipos; 3. Antes de dar por finalizado el procedimiento. Se establece un registro de cumplimentación de listados de verificación para confirmar la adherencia, estableciendo como valor de adecuación el 95%.
RESULTADOS:
Desde mayo 2014 hasta diciembre 2014 se han realizado 352 procedimientos que han precisado de CI y han sido registrados 343 LV lo que representa el 97,4% del total.
CONCLUSIÓN:
El listado de verificación propuesto se ha mostrado como una herramienta viable, útil y sencilla para intentar prevenir/mitigar determinados riesgos. Su aceptación por todo el personal incriminado ha sido notable como lo demuestra el alto grado de cumplimentación.

11E. Requisitos de los pacientes hospitalizados en una unidad de cardiología. Metodología QFD.

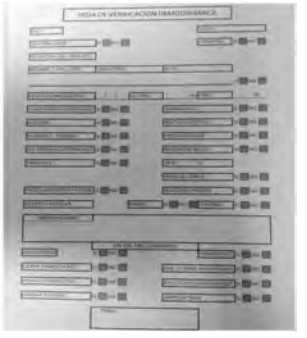
REYES M.J., FERRERO M.J., JULIÁ R., GRAU G., GALLEGO C., SÁNCHEZ R.M., CHAMORRO C.I., RASO R., GÓMEZ M.A., JIMÉNEZ R.
Departamento de Salud de Alcoi.

INTRODUCCIÓN:
La principal misión de cualquier empresa es la de satisfacer las necesidades (requisitos) de sus clientes. Una herramienta que sirve para conocer y dar respuesta a este aspecto es el QFD (Quality Function Deployment) que permite a una organización entender la prioridad de las necesidades de sus clientes y encontrar respuestas innovadoras, a través de la mejora contínua.
OBJETIVO:
Aplicar la metodología QFD para identificar los requerimientos y necesidades de los pacientes ingresados en una Unidad de Cardiología, para desarrollar servicios que los cumplimenten.
METODOLOGÍA:
Estudio prospectivo para conocer las necesidades de nuestros pacientes a través de una entrevista planificada que interroga sobre 19 requisitos agrupados en 4 dimensiones (estructura, asistencia, profesionales y recursos), sobre los que se pedía una valoración entre 1 (menor importancia concedida) y 5 (máxima importancia). Al finalizar se interrogaba sobre los aspectos que consideraran más importantes respecto de sus requerimientos. La entrevista se realizó en Diciembre de 2014 a 50 pacientes consecutivos, previo al alta, ingresados en la unidad de cardiología, realizándose posteriormente, con los datos obtenidos, un análisis matricial basado en el modelo QFD.
RESULTADOS:
De los 19 requisitos interrogados, cinco obtuvieron una consideración máxima de forma unánime (media de 4,9 o más): respuesta a las necesidades vitales rápida, calidad profesional de los facultativos, trato personal de los facultativos, trato personal de enfermería y de los auxiliares y calidad profesional del personal de enfermería y auxiliares. La aplicación de la matriz QFD identifica como prioritario para satisfacer estas demandas la actuación sobre el personal de enfermería y sobre los facultativos.
CONCLUSIÓN:
La aplicación de la matriz QFD permite conocer las prioridades de nuestros pacientes y aquellos aspectos sobre los que nuestra actuación puede ser más eficaz.

12E. Experiencia con la lista de verificación en el laboratorio de hemodinámica.

CALVO R., GURREA F.M., JORNET D., AROCA L., VALDÉS S., POMAR F.M.
Hospital de la Ribera.

INTRODUCCIÓN:
La actividad de las unidades de hemodinámica se ha incrementado tanto en el número de procedimientos como en la complejidad de los mismos, por lo que es necesario verificar todas aquellas variables que conlleven a una mayor seguridad en los procedimientos.
OBJETIVO:
La elaboración de un listado de verificación o Checklist, nos puede ofrecer y permitir la realización de nuestra actividad con una mayor seguridad y eficacia para nosotros y para el paciente.
MÉTODOS:
Se realiza búsqueda bibliográfica de distintas listas de verificación y tras su análisis se elabora una Checklist adaptado a nuestra unidad.
RESULTADOS:
En hoja de verificación se incluyen las siguientes variables del paciente y de la unidad: comprobación del buen funcionamiento del aparataje de la sala (aparato de RX, polígrafo y desfibrilador) medicación habitual (carro de paradas) demográficas (nombre, sexo, ubicación, peso y talla), legales (consentimiento informado firmado),antecedentes (Alergias, pre-medicación, procedimientos previos), analíticas (Quick, INR, Creatinina, serología), estado de los accesos vasculares (femoral, radial, humeral), y variables de finalización del procedimiento (administración de antiagregantes, hoja de cuidados post-cateterismo, limpieza de la sala e informar a los familiares)



CONCLUSIONES:
Con la lista de verificación esperamos realizar nuestra actividad con seguridad y un mayor acercamiento humano hacia el paciente.

13E. Papel de enfermería en las principales complicaciones en el implante de dispositivos electrónicos.

AROCA L., CALVO R. ,GURREA F.M., JORNET D., VALDÉS S.
Hospital de la Ribera.

INTRODUCCIÓN:
El implante de marcapasos o DAIS suele considerarse una intervención menor. Sin embargo las complicaciones son múltiples y por ello es importante llevar a cabo una serie de medidas para evitarlas.
OBJETIVO:
Dar a conocer las complicaciones más frecuentes que ocurren hoy en día en los implantes y como evitarlas.
MÉTODO:
Se lleva a cabo una revisión bibliográfica de diversas fuentes (libros, artículos científicos…) y bases de datos (CSIC, ISOC, Pubmed y Cochrane Plus) de las que se han recopilado las complicaciones más frecuentes.
RESULTADOS:
Dividimos las complicaciones recopiladas en 3 grandes grupos: complicaciones inmediatas, siendo las más frecuentes las arritmias, el neumotórax, la perforación cardíaca y las hemorragias; complicaciones mediatas, donde destacaríamos las infecciones, inflamación y dehiscencia de la herida; y complicaciones tardías que serían las úlceras por decúbito, los hematomas, exteriorización de los electrodos y las interferencias electromagnéticas.
CONCLUSIONES:
Dado la cantidad de complicaciones que pueden darse en un implante, es importante que enfermería las conozca y aplique los cuidados necesarios para evitarlas o minimizarlas.

Comunicaciones al XXXII Congreso de la S.V.C.

Índice de Autores, Ponentes y Moderadores*

A
Abellán Pinar Y. 61
Abrisqueta Salas T. 35
Aguar Carrascosa P., CO, 86 6E
Albero Martinez J.V. 2, 3, 5, 9, 1E, 2E, 4E, 9E
Albiach Montañana C. 12, 30, 48, 59, 83
Albors Martín J. 6, 43
Alcocer Diéguez J. 6, 43
Alcover V. 28
Almela Alcaide P. 8E
Almenar Bonet L. 10, 14, 16, 23, 44, 51
Alonso Fernández P. 62, 63, 64, 65, 66, 67, 69, 70, 72
Andrés A. 62, 63, 64, 65, 66, 67, 69, 70, 72
Andrés Lalaguna L. CO, 51
Anguita Sánchez M. 19
Aquiles García N. 22
Arnau Vives MA. 1, 11, 24, 39, 49, 61
Arrarte V. SS
Aroca Fernández L. 7E, 12E, 13E
Asunción Tarín MD. 6E

B
Barbero Fresno R. 57
Barceló Molina M. 24, 25
Barrabés Riu JA. 5
Basagoiti MJ. 28
Bataller E. 35
Bayés Genís A. MR
Bel Minguez AM. 45, 73
Belchí Navarro J. 12, 35, 38
Benlloch Pérez S. 44
Belloch Ugarte V. 31
Berbel Bonillo A. 8, 10, 45, 46, 73
Berenguer Jofresa A. 50. 74, 79, 83
Bertomeu González V. SS, 19
Blanco Herrera O. 9, 10, 45, 46, 53, 73
Bochard Villanueva B. 12, 26, 38, 47, 48, 59
Bodí Peris V. 40, 55, 56, 57
Bonanad Lozano C., CO, 7, 56, 58
Bondanza Saavedra L. MR
Braza Boils A. 24, 25
Buendía Fuentes F. 1, 34, 39

C
Cabades Rumbeu C. TAP, 77
Cabrera A. 34
Calvente Monmeneu A. 30
Calvillo Batllés P. 75
Calvo Vidal R., MRE, 7E,12E, 13E
Canales Esteve GM. 14, 16
Candela Sánchez E. 4, 41
Cano Sánchez A. 49
Cano MJ. 28
Cano Pérez Ó., MR, 39, 49, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 69, 70, 72
Caracena L. 68
Cardells Beltrán I. 7, 55
Cárdenas Tealdo JP. 17, 18, 36, 37, 78
Carrillo Alemán L. 4, 41
Castel Sánchez L. 22
Castilla Cabanes E. 33
Castillo Castillo J. 19
Castillo R. 28
Cequier Fillat A. 19
Cervera Zamora A. 22, 52, 53, 54
Cerveró Rubio A. 14, 16, 23, 69
Chacón Hernández N. 38, 48, 74, 78, 79
Chamorro Fernández C. 2, 3, 5, 9, 1E, 2E, 3E, 4E, 9E, 10E, 11E
Chorro Gascó FJ. 40, 42, 55, 56, 58, 80, 82
Cortell Fuster A., CO
Cosín Sales J., SS, CO, 28, 31, 34, 71
Cuadra Delgado D. 57
Cubillos Arango A., MR, 12, 17, 18, 26, 36, 38, 59, 83
Cuenca Magaña C. 5E

D
Dallí Peydro E. 34, 71
De la Espriella Juan R. 17, 59
De Lara Delgado G. 32, 33
De Paula F. 35
Díaz Cambronero I., MRE
Diez Gil JL., CT, 85, 86, 6E
Dolz Gimeno S. 23
Doménech Tort D. 51, 75
Domingo Valero D. 24, 25, 49, 61
Doñate Bertolin L. 10, 73
Dubois Marqués D. 13, 77, 84, 85, 86, 6E

E
Elamrani Rami A. 19
Escribano Alarcón D. 7, 21, 40, 42, 55, 56, 58, 80, 82
Esteban Esteban E. 34
Estornell Erill J. 50, 51, 52, 53, 54, 60

F
Fabregat Andrés O. 12, 17, 18, 20, 26, 30, 35, 36, 38, 47, 48, 59, 78
Fácila Rubio L., MR, CO, 12, 17, 18, 26, 32, 35, 36, 37, 38, 50, 78, 83
Fernández Galera R. 13, 76, 77, 84, 86, 6E
Ferrando E. 28
Ferrando Cervelló J. 76, 77, 84, 86
Ferrando Beltrán M. 30
Ferré Valverdú M. 11, 60, 63, 64, 69, 70
Ferrero de Loma Osorio Á. CT
Ferrero Marco A. 8E
Ferrero Silvestre MJ. 1E, 2E, 3E, 4E, 9E, 10E, 11E
Fonfría Vivas R. 17, 18, 35, 36
Fontané Martínez C. 74, 78, 79, 83

G
Galcerá Jornet E. 27, 29, 41, 81
Gallego Escohotado C. 2E, 10E, 11E
García Blas S., CO, 7, 21, 40, 42, 55, 80, 82
García de Burgos F. 32
García Fernández A. 4, 27, 29, 41
García Fuster R. 20
García González P. 30, 50
García Valentín A. 6, 43
García Valls M. 5E
Gavara J. 56, 58
Gil Albarova O. 20
Giménez Edo M. 37, 71
Giner Crespo J. 24, 25, 61
Girbes Ruiz VJ. 15, 84
Gómez Aldaraví R.
Gómez Martínez M. 33
Gómez Pérez MA. 3E, 10E, 11E
Gómez Sansano JM. 27, 29, 41, 81
Grau Jornet G. 2, 3, 5, 9, 1E, 2E, 3E, 4E, 9E, 10E, 11E
Gudín Uriel M. MSS
Gurrea Ramón FM. 7E, 12E, 13E
Guzmán Román ME. 4, 81

H
Henao Vásquez JA 17, 18, 36, 37
Heras S. 27, 29
Heredia Cambra T. 73
Hernández JM. CT
Hernández Acuña CE. 10, 45, 46, 73
Hernándiz Martínez A. CO, 22
Hervás Botella MA. 34
Higueras Ortega L. 12, 36, 38, 47, 48, 50, 59, 74, 78, 79
Hornero Sos F. 20

I
Ibáñez Criado A. 27, 29
Ibáñez Criado JL., SS, 27, 29
Igual Muñoz B. 22, 31, 45, 51, 52, 53, 54, 57, 60, 61, 75

J
Jareño Roglán MT. 35
Jiménez J. 68, 71
Jiménez Aguilella JJ. 14, 16, 69
Jiménez Carreño R. 2, 3, 9, 39, 64, 65, 70, 4E, 11E
Jiménez Cruz V. 79, 8E
Jordá Moll E. 1E, 3E, 9E
Jornet Ibiza D. 7E, 12E, 13E
Juez López M. 20
Juliá Sanchís R. 1E, 2E, 4E, 9E, 10E, 11E

K
Klein H. 68

L
Laiz Marro B. 23
Lazarte Semperti C. 37
Lillo Rodenas I. 41
Llisteri Caro JL. 32
López Fernández I. 15
López Fornás F. 15
López Lereu MP. 56, 58
López Vilella R. 1, 11, 14, 16, 23, 39, 44, 49, 60, 61, 66, 67, 75
Lorenzo J. 68
Loscos A. 28
Lozano Palencia MT. 4, 41

M
Maceira González A. 28, 31, 34, 51, 52, 53, 54, 57, 60
Maciá MJ. 27, 29
Macías Villanego MJ. 4, 81
Madrazo I. CO, 71
Mainar Latorre L. 82
Mainar Tello V. CT, 81
Marco Francés E. 2, 3, 5, 9, 1E, 2E, 3E, 9E, 10E
Marí Alexandre J. 24, 25
Marín MC 68
Marqués Sulé E. 14, 16
Martínez Brotons A. SS
Martínez Dolz L. MMR, 1, 9, 10, 11, 14, 16, 23, 24, 39, 44,45, 49, 51, 52, 54, 60, 63, 64, 66, 70, 75
Martínez Diago JV. 86, 6E
Martínez León J. 20
Martínez Martínez JG. MCT, CO, 4, 27, 29, 41
Martínez Moreno F. 15
Martínez Muñoz MC., COE
Martínez Rodrigo J. 44
Martínez Ortiz G. 6E
Martínez Ortiz de Urbina LM. 7E
Martínez Sales V. 23
Matí Llinares S. 15
Mauricio Cubillos A. 47
Melero Ferrer J. 1, 14, 16, 23, 39, 44, 62, 64, 65, 66, 67, 70, 72
Mena Durán A. 20
Méndez Gallego J. 42
Mihi Hornos N., MMRE
Miñana Escriva G. 7, 21, 40, 55, 80
Miró Miró M. 22
Miró Palau V. 45, 52, 53, 54, 62, 63
Mogollón Salgado IJ. 37
Molina Aguilar P. 24, 25, 49, 61
Molina Garro S. 4
Mollar A. 21
Monmeneu Menadas JV. 56, 58
Montagud Balaguer V. 12, 17, 18, 26, 35, 36, 37, 38, 78
Monteagudo Viana M. 77, 84, 85, 86, 6E
Montero Argudo JA. CT, 9, 10, 22, 25, 45, 46, 51, 52, 53, 54, 57, 60, 73, 75
Montserrat Reina A. 57
Mora Llabata V. 13, 76, 84
Morell Cabedo S. SS, 12, 17, 18, 20, 26, 30, 35, 36, 38, 47, 48, 50, 59, 74, 78, 79, 83
Moreno Arribas J. 19
Moreno Casquete M. 34
Morillas Climent H. 1, 49, 60, 72
Morillas Blasco P. 32
Moscicki R. 4, 81
Moss A. 68
Moyano Navalón P. 80, 82
Muñoz Gil J. 42
Muñoz Macho A. 30

N
Navarro JP. SS
Nolasco Bonmatí A. 2, 3
Núñez Martínez L. 32, 33
Núñez Piles C. 77, 85
Núñez Villota J. MR, 7, 21, 40, 42, 55, 56, 58, 80, 82

O
Olagüe de Ros J. 62, 63, 64, 65, 66, 67, 70, 72
Olcina Guillén M. 24, 25
Orts E. CT
Osa Sáez A. MR, 1, 11, 39, 44, 67
Osca Asensi J. CO, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 69, 70, 72,

P
Palanca V. 26, 71
Palau Sampio P. 21, 40
Pallarés Carratalá V. 32
Paredes FA. 20
Pariente Fernández G. 6E
Pascual Gutiérrez A. MR, 81
Pastor Peidró A. 1E, 3E, 9E
Payá Chaume A. 7, 42, 55, 56, 58
Payá Serrano R. CT, 47, 48, 59, 68, 71
Peiró A. 28
Peiró Andrés A. 5E
Peláez A., MTAP
Perdomo Londoño DC. 12, 26, 47, 48
Pérez Chacón N. 47
Pérez Boscá JL., TAP, 47, 48, 59, 71
Pérez Esteban F. 44
Pérez Guillen M. 45, 46, 73
Pérez Gozalbo J. 13, 76, 77, 85
Pérez Olivares C. 13, 76, 77, 85
Peris Domingo E., MMR
Peset Cubero A., CO
Pernias Escrig V. 32, 33
Pimienta P. 69
Pina Buded S. 30
Plaza López D. 11, 60, 72, 75
Pomar Domingo FM. 7E, 12E

Q
Quesada A. 26, 68, 71
Quesada Ocete B. 68

R
Racugno P. 56, 58
Raso Raso R. 2, 3, 5, 9, 1E, 2E, 3E, 4E, 9E, 10E, 11E
Revert Gandía R. MRE, 2, 3, 9
Reyes Galera MJ. 2E, 3E, 4E, 10E, 11E
Ridocci Soriano F. 20, 59, 68, 71
Ripoll Alandes C. 31
Rodríguez O. SS
Rodríguez de Muñoz Y. 1, 66
Rodríguez Gallego JC. 80, 82
Rodríguez Pichardo Y. MR
Rodríguez Serrano M. 1, 11, 39
Roldán A. CO
Roldán Torres I. 13, 76, 77, 84, 85
Romero Dorta E. 13, 76
Roselló Hervás M. 74, 8E
Rueda Soriano J. MMR, 1, 11, 39, 67, 72
Ruiz Nodar JM. MCT, 81
Ruiz Ortiz M. 19
Rumiz González E. 50, 74, 79, 83, 8E
Ruvira Durante J. CO, 34

S
Sáez Jiménez MR. 5E
Salazar Fraile J. 31
Salim Martínez M. 77
Salvador Mercader I. 13, 76, 84, 85, 86
Salvador Sanz A. 9, 22, 62, 65
Sánchez Álvarez S. 17, 36, 37, 78
Sánchez Jurado R. 57
Sánchez Lacuesta ME. 51, 75
Sánchez Lázaro I. 10, 14, 16, 23, 44
Sánchez Torrijos J. 15
Sánchez Soriano RM. 2, 3, 5, 9, 9E, 10E, 11E
Sánchez Vázquez A. 52, 53, 54, 57
Sanchís Fores J. 7, 21, 40, 80, 82
Sancho Jiménez J. 61
Sancho Tello MJ., MSS, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 69, 70, 72
Sandino J. 42
Sanmiguel Cervera D. 50, 74, 79, 83
Santaballa Bertrán A. 22
Santabárbara Gómez JM. 57
Santas Olmeda E. 7, 21, 40, 42, 55, 58
Sánz Llorens MJ. 5E
Sánz Sánchez J. 11, 23, 25, 49, 60, 61, 62, 63, 65, 69
Saurí Ortiz A. 13, 76, 84, 85, 86, 6E
Schuler M. 10, 45, 46, 73
Seller Moyá J. MR, 13, 76, 84, 85, 86
Sepúlveda Sanchís P. 22, 52, 53, 54, 75
Serra A. CT
Sogorb Garrí F. 4, 27, 29, 41, 81
Soler Carbó RA. MRE
Sorando R. 28
Soriano Navarro C. CO, 30
Sotillo Martí J. 34

T
Tebar Botí E. 6, 43
Ten Morro F. 51, 75
Torregrosa Puerta S. 10
Trejo Velasco B. 26, 28, 47, 48, 78
Tuset Sanchis L. 31
Tuzón MT. CO

U
Uris Sellés J. 2, 3
Usó Vicent H. 30

V
Valdés Torres S. 7E, 12E, 13E
Valera Martínez FJ. 9, 52, 53, 54, 57
Valero Picher E. 7, 21, 40, 42, 55, 80, 82
Valls Serral A. 50, 74, 79
Vázquez Sánchez A. 73
Vicedo López A. 27, 29, 41, 81
Vicente Ibarra N. 32, 33
Villanueva MP. 21

Z
Zorio Grima E. 24, 25, 49, 61
Zunzunegui Martínez JL. MR

* Numero de la comunicación

CO:	Moderador Comunicaciones
COE:	Moderador Comunicaciones Enfermería
E:	Comunicación Enfermería
MMR:	Moderador Mesa Redonda
MR:	Mesa Redonda
MMRE:	Moderador Mesa Redonda Enfermería
MRE:	Mesa Redonda Enfermería
MCE:	Moderador Conferencia del Experto
CE:	Conferencia Experto
MCT:	Moderador Controversias
CT:	Controversias
SS:	Simposium satélite
TAP:	Taller de Atención Primaria

Comunicaciones al XXXII Congreso de la S.V.C.

Índice de Palabras Clave*

A
Ablación 27, 64, 65, 66, 67, 73
Actividad asistencial 5, 6
Anemia 76
Angioplastia primaria 75, 79
Anticoagulación 12, 15, 19, 38, 86
Aorta torácica 52, 53, 57, 60
Apnea del sueño 77
Asistencia ventricular 10

B
Bioimpedancia sistémica 26
Biomarcadores 21, 40

C
Calidad asistencia 2, 3, 9, 17, 38, 69, 4E, 5E, 10E, 11E, 12E
Cardiopatía congénita 1, 11, 39, 67, 72
Cardiopatía familiar 49
Cardiopatía isquémica 18, 24, 25, 43, 84
Cardiorresonancia 31, 51, 54, 56, 57, 58, 60, 61
Cardiotoxicidad 22
Cardioversión 4, 28, 41
Cirugía coronaria 6, 43
Clase Funcional 1
Cocaina 31
Consulta Enfermería 1E, 3E, 9E

D
DAI 29, 69, 13E
Derrame pericárdico 42

E
ECG 30, 32
Ecocardiografía transesofágica 59, 2E
Economía de la salud 35
Eisenmenger Sínd. 1, 39
Estacionalidad 14, 16
Estenosis aórtica bajo gradiente 47, 48

F
Fibrilación auricular 4, 15, 19, 27, 28, 38, 41, 64, 65, 73
Flutter auricular 66, 67, 72

G
Genética 49
Guía de presión 83
Guías 17, 18

H
Hemorragia 12
Hipertensión pulmonar 23, 44, 50, 51
Hipertrofia ventricular 30, 61
HTA 32, 33

I
Ictus 78
Índice de masa corporal 84
Infección 29, 13E
Insuficiencia cardíaca 7, 10, 14, 16, 17, 21, 26, 32, 35, 36, 40, 42, 50, 55, 62, 63, 68, 78, 1E, 3E, 9E
Insuficiencia renal 36, 37, 82

L
Lípidos 34

M
Marcapasos 29
Metabolismo oxidativo 20
MicroRNAs 22, 24, 25
Muerte súbita 25, 49

N
NACO 4, 38, 41

O
Octogenarios 13, 81, 7E

P
Proteómica 22, 23

Q

R
Reparación valvular 8, 45
Resincronización cardiaca 62, 63, 68, 69, 71, 13E
Resistencias pulmonares 50, 51

S
Síndrome coronario agudo 5, 13, 37, 56, 58, 74, 75, 76, 78, 79, 81, 83, 85, 5E

T
Test flecainida 4E
Transposición grandes vasos 11
Trombo intraventricular 58
Tronco principal izquierdo 80
Troponina 7

U

V
Válvula aórtica 8, 20, 43, 52, 54
Válvula tricuspidea 46, 55
Valvulopatía mitral 45, 46, 59, 71
Ventrículo derecho 44
Vía radial 86, 6E, 8E

* Número de la comunicación

E: Comunicación enfermería

Comunicaciones al XXXII Congreso de la S.V.C.

Índice Temático*

Cardiología Clínica

¿Es la clase funcional un buen predictor pronóstico en los pacientes con Síndrome de Eisenmnenger?... 1
Análisis comparativo entre los años 2014-2015 respecto al clima de seguridad en una unidad de cardiología.....2
Análisis del clima de seguridad del paciente en la unidad de cardiología. 2015.....3
Evolución temporal del uso de los nuevos anticoagulantes orales para la cardioversión eléctrica en fibrilación auricular no valvular. 4
Manejo del síndrome coronario agudo en un hospital de área. 5
Cirugía de revascularización coronaria: resultados en 593 pacientes consecutivos.. 6
Troponina T ultrasensible y riesgo de hospitalizaciones repetidas tras un ingreso por insuficiencia cardíaca.....7
Reparación valvular aortica asociada a aneurismas de aorta, experiencia en nuestro centro. 8
Estudio comparativo sobre la calidad percibida por los pacientes al alta en diferentes unidades clínicas. 9
Experiencia inicial con dispositivos de asistencia ventricular izquierda de larga duración en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca terminal. 10
Evolución de los pacientes adultos con transposición de los grandes vasos intervenidos con corrección anatómica. 11
Utilidad pronóstica del score HAS-BLED en pacientes con prescripción de triple terapia antitrombótica. 12
¿Existen diferencias en el seguimiento a largo plazo entre octogenarios y grandes octogenarios tras síndrome coronario agudo?.....13
Influencia de la estacionalidad en la morbilidad por insuficiencia cardiaca.....14
El control de la anticoagulación con antivitamina K en la fibrilación auricular en un hospital comarcal, ¿es adecuado?.....15
Influencia de la estacionalidad en el número y duración de los ingresos por insuficiencia cardiaca. 16
Factores predictores de mal cumplimineto de guías de práctica clínica en pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca. 17
Factores predictores de mal cumplimiento de las guías de práctica clínica en pacientes ingresados por cardiopatía isquémica. 18
Anticoagulación. Métodos de cálculo del tiempo en rango terapéutico.....19
¿Existe un adecuado control de la anticoagulación oral en pacientes con fibrilación auricular e ingreso previo en cardiología? Experiencia en práctica real.....38
Análisis de la supervivencia en pacientes con cardiopatía congénita compleja. 39
Trayectorias longitudinales de NT-proBNP y CA 125 tras un ingreso por insuficiencia cardiaca aguda: un nuevo enfoque en la predicción de riesgo.....40
Seguridad del uso de los nuevos anticoagulantes orales para la cardioversión eléctrica en pacientes con fibrilación auricular no valvular. 41
Implicaciones pronósticas del derrame pericárdico en la insuficiencia cardiaca aguda: ¿el tamaño realmente importa?.....42
Sustitución valvular aórtica convencional en pacientes con cirugía coronaria previa e injertos de mamaria permeables.....43
Adaptación aguda del ventrículo derecho a la sobrecarga de presión y volumen. Análisis preliminar en modelo humano. 44
Experiencia sobre reparación valvular mitral compleja. 45
Cirugía de la insuficiencia tricuspidea tardia tras cirugia mitral previa, experiencia en nuestro centro.....46
Estenosis aórtica bajo flujo y bajo gradiente con fracción de eyección preservada: ¿diferente pronóstico de la estenosis aórtica “clásica”?. 47
Estenosis aórtica severa de bajo flujo y bajo gradiente con fracción de eyección preservada. Prevalencia y caracteristicas clinicas.....48
Resultados de estudios genéticos en cardiopatías familiares.....49

Cardiología Experimental e Investigación Básica

La determinación en sangre del regulador mitocondrial PGC-1a se correlaciona con sus niveles en miocardio: estudio en pacientes sometidos a cirugía cardiaca.....20
Efecto diferencial sobre mortalidad de la galectina-3 en pacientes con insuficiencia cardíaca aguda de acuerdo a los niveles de antígeno carbohidrato 125.....21
Estudio prospectivo de cardiotoxicidad por antraciclinas:importancia de los microRNAs como predictores de insuficiencia cardiaca. Estudio HECATOS. 22
Búsqueda de nuevos biomarcadores en la hipertensión pulmonar de causa cardiaca izquierda: análisis de un microarray de expresión proteica. 23
El nivel de miR-34a-5p hepático, pero no la presencia de hepatopatía no alcohólica, se asocian significativamente a la presencia de cardiopatía isquémica. 24
Patrón de expresión de los microRNAs de grasa epicárdica en la muerte súbita cardiaca isquémica.Riesgo de reingreso precoz y hemoglobina glicosilada baja en insuficiencia cardíaca aguda. 25

Arritmias y Electrofisiología

Seguridad del análisis de la bioimpedancia sistémica en pacientes con insuficiencia cardiaca portadores de dispositivos de estimulación cardiaca. 26
Resultados de aislamiento de venas pulmonares con catéter circular irrigado nMARQ. 27
Efectividad del Vernakalant para la cardioversión farmacológica de la fibrilación auricular en urgencias. 28
Factores de riesgo relacionados con la infección del dispositivo de estimulación. 29
Mejoría hemodinámica aguda obtenida mediante estimulación multipunto desde el ventrículo izquierdo. 62
Corrección de la asincronía ventricular con la estimulación multipunto en la terapia de resincronización cardíaca, correlación con mejoría hemodinámica aguda. 63
Comparación de aislamiento de venas pulmonares con radiofrecuencia y láser. 64
Aislamiento de venas pulmonares con catéter-balón y energía láser. 65
Ablación de flutter auricular utilizando una estrategia de fluoroscopia cero. 66
Resultados de la ablación del flutter auricular istmodependiente en pacientes con Tetralogía de Fallot corregida. 67
La resincronizacion reduce el riesgo de insuficiencia cardiaca en la disfunción sistólica isquemica asintomatica, pero no el de taquiarritmias ventriculares. 68
La consulta de seguimiento remoto. ¿El fin de las visitas presenciales? 69
Análisis descriptivo de los pacientes pediatricos remitidos a un laboratorio de electrofisiologia. 70
Diferencias en la reducción de la regurgitación mitral significativa tras la resincronización en insuficiencia cardiaca l eve respecto de la avanzada. 71
Análisis descriptivo de los pacientes portadores de cardiopatias congenitas remitidos a un laboratorio de electrofisiología. 72
6 años de experiencia en cirugía de la fibrilacion auricular concomitante a otros procedimientos quirúrgicos en nuestro centro. 73

Preventiva, HTA y Otros Factores de Riesgo

Nuevos criterios electrocardiográficos basados en la repolarización precoz para el cribado de hipertrofia ventricular izquierda en futbolistas jóvenes. 30
Evidencia de afectación miocárdica preclínica en adictos a cocaine con fracción de eyección conservada. estudio de strain/strain rate con cardiorresonancia magn. 31
Utilidad del electrocardiograma como predictor de riesgo de insuficiencia cardíaca en paciente hipertenso. 32
Escala $CHADS_2$ como factor predictor muerte en pacientes hipertensos. 33
Deficiencias en el control lipídico de pacientes en prevención secundaria. 34
Diferencias de los modelos de aproximación de costes en los pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca. 35
Insuficiencia cardiaca aguda y síndrome cardiorenal: influencia en el perfil de riesgo. 36
Diferencias epidemiológicas entre pacientes con insuficiencia renal y síndrome coronario agudo. 37

Imagen Cardíaca

Validación de un nuevo modelo para la estimación no invasiva de la resistencia vascular pulmonar en pacientes con insuficiencia cardiaca. 50
Validación del nuevo modelo para la cuantificacion de las resistencias pulmonares por resonancia magnetica respecto a la hemodinámica. 51
Factores predictivos de dilatación de aorta ascendente en pacientes con estenosis aórtica aislada. 52
Impacto del tipo de valvulopatía en la etiología de la dilatacion aortica en pacientes con valvulopatia aórtica. 53
Valor diagnóstico y criterios de severidad de la planimetría del área efectiva aórtica en secuencias de fase con resonancia magnética cardiaca. 54
Insuficiencia tricúspide y mortalidad en relación a la función sistólica ventricular izquierda en pacientes con insuficiencia cardiaca aguda. 55
Predicción de eventos cardíacos mayores a largo plazo mediante resonancia magnética cardíaca, tras un IAM con elevación del segmento ST. 56
Validación de un modelo de dinamica computacional de fluidos en aorta toracica con resonancia magnetica. 57
Detección y dinámica del trombo ventricular mediante resonancia magnética cardíaca tras infarto agudo de miocardio con elevación del ST. 58
Ecocardiograma trasnsesofágico 3D en tiempo real en la valoración de la estenosis mitral. Comparación con el estudio bidimensional. 59
Evaluación de las dimensiones volumétricas de la aorta ascendente por resonancia magnética cardiaca: aproximación a la normalidad. 60
Comparación de grosores de autopsia con la cardioRMN postmortem. 61

Cardiopatía Isquémica

Pronóstico a largo plazo de lesiones angiográficamente moderadas en pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST. 74
Factores predictivos del desarrollo de obstrucción microvascular en pacientes con infarto agudo de miocardio tras angioplastia primaria. 75
Impacto de la anemia en el manejo y el pronóstico a largo plazo de los pacientes ingresados por síndrome coronario agudo....76
Asociación del síndrome de apnea obstructiva del sueño con estenosis coronarias en pacientes con síndrome coronario agudo....77
Ictus isquémico en pacientes con IAM anterior y disfunción ventricular severa. ¿Es una entidad frecuente?. 78

Hemodinámica y Cardiología Intervencionista

Revascularización preventiva intrahospitalaria vs diferida de lesiones no culpables en pacientes con infarto de miocardio con elevación del ST. 79
Utilidad del catéter guía Sheathless en el intervencionismo coronario percutáneo de tronco coronario izquierdo vía radial. 80
Intervencionismo coronario en octogenarios, estudio descriptivo de un escenario cada vez más frecuente. 81
Papel de la lipocalina asociada a la gelatinasa neutrófila en la detección precoz de la nefropatía inducida por contraste tras una coronariografía....82
Utilidad pronóstica de la guía de presión con dosis alta de adenosina en la valoración funcional de lesiones moderadas en diferentes contextos clínicos. 83
Asociación entre el índice de masa corporal y estenosis coronarias significativas: comparación según el género. 84
Impacto de la obstrucción coronaria crónica en pacientes con infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST y enfermedad multivaso. 85
Influencia de la anticoagulación en la incidencia de oclusión de arteria radial de pacientes sometidos a cateterismo cardíaco. 86

Enfermería Cardiología

Consulta de enfermería de insuficiencia cardiaca: beneficio sobre la calidad de vida. Estudio prospectivo aleatorizado. 1E
Identificación de riesgos relacionados con la ecocardiografía transesofágica. brainwriting y análisis de barreras....2E
Impacto de una consulta de enfermería de insuficiencia cardiaca en la cumplimentación y autocuidado: seguimiento a un año....3E
Test de Flecainida: Análisis Modal de Fallos y Efectos. 4E
Factores que alteran el descanso nocturno en pacientes ingresados en una unidad coronaria. 5E
Manejo de la arteria radial y la comodidad del paciente durante el cateterismo cardiaco. 6E
¿Es beneficioso el tratamiento coronario percutáneo en pacientes octogenarios?....7E
Utilidad del acceso antecubital por enfermeria en la realización del cateterismo derecho. 8E
Consulta de enfermería de insuficiencia cardiaca: evolución clínica de los pacientes tras un año de seguimiento....9E
Implantación y evaluación de una herramienta proactiva para la mejora de la seguridad del paciente en el área de técnicas cardiológicas. 10E
Requisitos de los pacientes hospitalizados en una unidad de cardiología. Metodología QFD. 11E
Experiencia con la lista de verificación en el laboratorio de hemodinámica. 12E
Papel de enfermería en las principales complicaciones en el implante de dispositivos electrónicos. 13E

* Número de la comunicación
E: Comunicación enfermería

Notas de Interés General

1. Recepción de comunicaciones.
   Durante la Reunión se encontrará a disposición de todos los Congresistas un servicio de recepción de CD ó USB donde se deberán depositar los mismos con un plazo mínimo de 30 minutos previos al comienzo de la sesión correspondiente. Dicho servicio funcionará para todas las sesiones de este Congreso tanto sean Mesas Redondas, Conferencias o Comunicaciones Libres.

2. En base al buen funcionamiento de las diferentes sesiones científicas se ruega a todos los participantes en las mismas (tanto Moderadores de Mesa como Ponentes) el máximo rigor en el cumplimiento del horario establecido.

3 Reunión declarada de Interés Científico - Sanitario por la Conselleria de Sanitat.

4 Actividad acreditada con 8’5 créditos por la Sociedad Española de Cardiología

AGRADECIMIENTOS

El Comité Organizador quiere expresar su agradecimiento por la valiosa colaboración en la realización del XXXII CONGRESO DE LA SOCIEDAD VALENCIANA DE CARDIOLOGÍA a las siguientes entidades:

LABORATORIOS FARMACÉUTICOS:

- ASTRAZENECA, S.A.

- NOVARTIS

- FERRER GRUPO.

- BOEHRINGER INGELHEIM

- DAIICHI-SANKYO LILLY

- MSD

OTRAS ENTIDADES:

BISBALSOL
BIOTRONIK
CONSELLERÍA DE SANIDAD
EXCMO. AYTO. DE VALENCIA
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA
MEDTRONIC