Latido

PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA SOCIEDAD VALENCIANA DE CARDIOLOGÍA

EDITOR: J. COSÍN SALES

www.svcardio.org



BENIDORM
(Hotel Meliá)
12 y 13 de Mayo de 2016

SOCIETAT VALENCIANA DE CARDIOLOGIA

XXXIII Congreso Sociedad Valenciana de Cardiología

Vol. 16 · Número 2 · Extra Mayo 2016

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 16 • número 2 • Extra Mayo 2016

Se distribuye a los miembros de la SVC.
Secretaría Técnica: AUREN, S.L..
Plaza Ayuntamiento, 26 - 46002 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:
RAFAEL PAYÁ SERRANO

Presidente electo:
LUIS ALMENAR BONET

Vicepresidentes:
MIRIAM SANDIN ROLLÁN (A)
JOSEP NAVARRO MANCHÓN (CS)

Secretario:
ENRIQUE PERIS DOMINGO

Secretario electo:
CARLOS CHAMORRO FERNÁNDEZ

Tesorero:
JULIO NÚÑEZ VILLOTA

Vocales:
RAFAEL RASO RASO (A)
ANA PESET CUBERO (CS)
CLAUDIA CABADES RUMBEU (V)

Editor:
JUAN COSÍN SALES

Responsables página web:
ALFONSO VALLE MUÑOZ

INSVACOR:
VÍCTOR JOSEP GIRBES RUIZ

RESPONSABLES DE LAS SECCIONES CIENTÍFICAS

ESTIMULACIÓN CARDIACA Y ARRITMIAS

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

CARDIOLOGÍA CLÍNICA

Presidenta: Clara Oliver Navarrete
Secretaria: Elena Castilla Cabanes

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

Presidenta: Begoña Igual Muñoz
Secretaria: Esther Esteban Esteban

HEMODINÁMICA Y CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA

Presidenta: Araceli Frutos García
Secretaria: Eva Rumiz González

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
Rafael Raso Raso 5

Resumen del Programa Científico 6

Programa Científico 7

Programa Social 24

Reuniones de Secciones y Grupos de Trabajo 24

Asamblea General 25

Premios a Comunicaciones 25

Comunicaciones Libres: Resúmenes 26

Índice de Autores 55

Índice de Palabras Clave 57

Índice Temático 58

Notas de Interés General 62

Agradecimientos 63

XXXIII CONGRESO DE LA SOCIEDAD VALENCIANA DE CARDIOLOGÍA

VALENCIA, 12 y 13 de Mayo de 2016

Hotel Meliá - Benidorm

COMITÉ DE HONOR

Honorable. Sra. Dª. Carmen Montón Giménez.
Consellera de Sanitat Universal i Salut Pública.

Excmo. Sr. D. César Sánchez Pérez.
Presidente de la DIputación de Alicante.

Excmo. Sr. D. Antonio Pérez Pérez.
Alcalde Excmo. Ayto. de Benidorm.

Ilustrísima Sr. D. José Pastor Rosado.
Presidente del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Alicante.

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente: R. Raso Raso

Secretario: E. Marco Francés

Vocales:

V. Bertomeu González
M.J. Gómez Martínez
T. Lozano Palencia
J. Martínez Elvira
E. Payá Mora
J. Sánchez Quiñones
M. Sandin Rollán
A. Valle Muñoz
P. Zuazola Martínez

COMITÉ CIENTÍFICO:

L. Almenar Bonet
L. Andrés Lalaguna
C. Bonanad Lozano
C. Cabades Rumbeu
Ó. Cano Pérez
C. Chamorro Fernández
J. Cosín Sales
J. Estornell Erill
A. Ferrero de Loma Osorio
A. Frutos García
S. García Blas
V.J. Girbés Ruiz
M. Gómez Martínez
M. Gudin Uriel
B. Igual Muñoz
N. Mihi Hornos
J. Navarro Manchón
J. Núñez Villota
C. Oliver Navarrete
R. Payá Serrano
E. Peris Domingo
A. Peset Cubero
R. Raso Raso
M. Sandín Rollán
R. Soler Carbó
A. Valle Muñoz

JUNTA DIRECTIVA DE LA S.V.C.:

Presidente:	Rafael Payá Serrano	Vocales:	Rafael Raso Raso (A)
Presidente electo:	Luis Almenar Bonet		Ana Peset Cubero (CS)
Vicepresidentes:	Miriam Sandin Rollán (A)		Claudia Cabades Rumbeu (V)
	Josep Navarro Manchón (CS)	Responsable Pág. Web:	Alfonso Valle Muñoz
Secretario:	Enrique Peris Domingo	Editor LATIDO:	Juan Cosín Sales
Secretario electo:	Carlos Chamorro Fernández	INSVACOR:	Víctor Josep Girbes Ruiz
Tesorero:	Julio Núñez Villota		

PRESENTACIÓN

Estimados compañeros:

En nombre del Comité Organizador, quiero daros la bienvenida al XXXIII Congreso de la Sociedad Valenciana de Cardiología, que este año celebramos en la ciudad de Benidorm durante los días 12 y 13 de mayo.

Este es nuestro Congreso y es el primero gestionado por la nueva Junta Directiva de la Sociedad. Junto al Comité Científico, Comité Organizador y las Secciones de la Sociedad, hemos preparado con gran ilusión y esfuerzo, un programa científico que esperamos que sea de vuestro agrado. En el contenido del mismo se han tratado los aspectos más relevantes de la Cardiología de hoy en día. Para asegurar un elevado nivel científico, hemos reunido a referentes nacionales y a excelentes profesionales de nuestra Comunidad. Estoy seguro de que todo ello nos ayudará a seguir aplicando una Cardiología de calidad a nuestros pacientes.

El momento económico actual está dificultando la organización de este Congreso. Nos hemos esforzado en ser lo más eficientes posibles con el fin de garantizar la continuidad de este punto de encuentro de todos los cardiólogos y residentes de nuestra Comunidad. Por este motivo, quiero recalcar la importancia de la asistencia y la participación en el mismo.

Me satisface observar el elevado interés investigador de los hospitales de nuestra Comunidad, que se ha visto reflejado en el número y calidad de las comunicaciones orales recibidas. Valoro mucho vuestro esfuerzo, sabiendo que estas investigaciones se realizan gracias a un esfuerzo personal, por lo que os animo a todos a participar en estas sesiones.

Quiero agradecer a los ponentes, a las entidades colaboradoras y a todos los que habéis participado en la organización del Congreso, vuestro apoyo y esfuerzo, indispensable para que podamos celebrarlo cada año.

Me despido agradeciendo vuestra asistencia, esperando que viváis el Congreso con la misma ilusión que nosotros al organizarlo. Espero que disfrutéis del mismo y de Benidorm.

Un saludo,

Rafael Raso Raso
Presidente Comité Organizador

RESUMEN DEL PROGRAMA CIENTÍFICO

Hora	JUEVES 12 DE MAYO			
	Sala "A"	Sala "B"	Sala "C"	Sala "D"
09'30 11'00	MESA DE RESIDENTES **ACTUALIDAD EN CARDIOLOGÍA**			
11'00	**COFFEE BREAK**			
11'15 11'30	**ACTO INAUGURAL DEL CONGRESO (SALA A)**			
11'30 13'15	MESA REDONDA **¿Realmente utilizamos todos los tratamientos disponibles en la IC Cronica Avanzada?**			
13'15 14'15	MESA REDONDA **Aproximación diagnóstica de la enfermedad coronaria estable. Uso racional de métodos no invasivos.**			
14'30 15'30	**¿Donde estamos y dónde estaremos en el tratamiento farmacológico de la insuficiencia cardiaca.**			
16'00 17'00	Comunicaciones Libres **CARDIOLOGÍA CLÍNICA** (n.º 1 al 10)	Comunicaciones Libres **CARDIOLOGÍA CLÍNICA** (n.º 11 al 20)	Comunicaciones Libres **PREVENTIVA** (n.º 21 al 31)	Comunicaciones Libres **EXPERIMENTAL** (n.º 32 al 39)
17'00 18'00	Simposium sobre **Rehabilitación cardiaca: Situación actual y futuro**			
17'00 20'00		**TALLER ACERCAP: Acercando Cardiología a Atención Primaria**		
18'00 19'00	Simposium **La estimulación sin cables**			
19'00 19'40	**Presentación trabajos año 2015**			

VIERNES 13 DE MAYO					Hora
Sala "A"	Sala "B"	Sala "C"	Sala "D"	Sala "E"	
Comunicaciones Libres **MARCAPASOS** (n.º 40 al 49)	Comunicaciones Libres **HEMODINÁMICA** (n.º 50 al 60)	Comunicaciones Libres **CARDIOLOGÍA CLINICA** (n.º 61 al 80)	Comunicaciones Libres **C. ISQUÉMICA** (n.º 81 al 99)	Comunicaciones Libres **ECOCARDIO** (n.º 100 al 112)	08'30 10'00
Debates en la anticoagulación de la fibrilación auricular					10'00 11'30
	MESA REDONDA DE ENFERMERÍA				11'00 12'00
COFFEE BREAK					11'30 12'00
Retos para la valoración en cardiología deportiva	**Comunicaciones libres de Enfermería y Asamblea de la Sección**				12'00 13'00
Puesta al día en hemodinámica intervencionista.					13'00 14'00
COMIDA					14'00 16'00
Novedades en el manejo del paciente de alto riesgo cardiovascular.					16'00 17'00
Concurso de Casos Clínicos					17'30 18'30
ASAMBLEA GENERAL DE LA SOCIEDAD					18'30

PROGRAMA CIENTÍFICO

ACTIVIDAD ACREDITADA POR EL COMITÉ DE ACREDITACIÓN DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA CON 9'25 CRÉDITOS. DECLARADO DE INTERÉS CIENTÍFICO-SANITARIO POR LA CONSELLERIA DE SANITAT.

JUEVES 12-05-16

09:30 a 11:00 h. SALA A: **MESA DE RESIDENTES. ACTUALIDAD EN CARDIOLOGÍA. CARDIOACTUALIDAD: LAS NOVEDADES EN CARDIOLOGÍA DEL 2016 POR NUESTROS RESIDENTES.**

Moderador: Francisco Sogorb. Hospital Gen. Univ. de Alicante.

Ponentes: ***Imagen.***
Natalia Chacón Hernández. Hospital Gen. Univ. de Alicante.
Intervencionismo.
Rubén Martínez Abellán. Hospital Clín. Univ. San Juan de Alicante.
Arritmias.
José María Gómez Sansano. Hospital. Gen. Univ. de Alicante.
Cardiopatía isquémica.
Nuria Vicente Ibarra. Hospital Gen. Univ. de Elche.
Insuficiencia cardiaca.
Rubén Fernández Galera. Hospital Univ. Dr. Peset de Valencia.

11:00 a 11:15 h. **CAFÉ.**

11:15 a 11:30 h. **SALA PLENARIA. INAUGURACIÓN OFICIAL DEL CONGRESO.**

11:30 a 13:15 h. SALA A: **MESA REDONDA: ¿REALMENTE UTILIZAMOS TODOS LOS TRATAMIENTOS DISPONIBLES EN LA I.C. CRÓNICA AVANZADA?. (Patrocinado por VIFOR, ORION PHARMA Y FRESENIUS).**

Moderadores: Juan Delgado Jiménez. Hospital Univ. 12 de Octubre de Madrid.
Miguel González Rico. Hospital Clín. Univ. de Valencia.

Ponentes: ***Beneficios de la administración de hierro. Cuál debemos elegir y en base a qué.***
José Manuel García Pinilla. Hospital Univ. Virgen de la Victoria de Málaga.
¿Los diuréticos tradicionales son siempre efectivos para la congestión? Importancia de la Hiponatremia.
Nicolás Manito Lorite. Hospital Univ. Bellvitge de Barcelona.
¿Y si el paciente reingresa de forma reiterativa por descompensación?. Ensayo Lion-Heart
Josep Comín Colet. Hospital del Mar de Barcelona.
¿Es siempre posible corregir la congestión?, ¿Y entonces qué?. Papel de la diálisis peritoneal.
Julio Núñez Villota. Hospital Clín. Univ. de Valencia.

13:15 a 14:15 h. SALA A: **APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA DE LA ENFERMEDAD CORONARIA ESTABLE. USO RACIONAL DE MÉTODOS NO INVASIVOS.**

Moderador: Rafael Payá Serrano. Consorcio Hospital Gen. Univ. de Valencia.

Ponentes: ***Ecocardiografía de estrés/esfuerzo.***
José Leandro Pérez Boscá. Consorcio Hospital Gen. Univ. de Valencia.
Cardiorresonancia de estrés.
Begoña Igual Muñoz. Hospital Univ. y Pol. La Fe de Valencia.
Coronariografía por tomografía axial computerizada.
Vicente Monmeneu Menadas. Hospital Clín. Univ. de Valencia. ERESA.

14:30 a 15:30 h. SALA A: **SIMPOSIUM: DÓNDE ESTAMOS Y DÓNDE ESTAREMOS EN EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA. Patrocinado por NOVARTIS. (COMIDA DE TRABAJO).**

Moderadores: Julio Núñez Villota. Hospital Clín. Univ. de Valencia.
Lorenzo Fácila Rubio. Consorcio Hospital Gen. Univ. de Valencia.

Ponentes: ***Perspectivas del tratamiento farmacológico.***
Francisco Ridocci Soriano. Consorcio Hospital Gen. Univ. de Valencia.
El futuro ya está aquí. Dispositivos mecánicos de asistencia ventricular.
Luis Almenar Bonet. Hospital Univ. y Pol. La Fe de Valencia.

16:00 a 17:00 h. SALAS A, B, C y D. COMUNICACIONES LIBRES.

SALA A: **CARDIOLOGÍA CLÍNICA (1-10).**

Moderadores: Jessica Sánchez.
Manuel Gómez.

16:00 h. **1. Duración de la estancia hospitalaria de ingresos por insuficiencia cardíaca aguda y el riesgo de reingreso precoz.**
PAYÁ A., HEREDIA R., CARDELLS I., GONZÁLEZ J., ESCRIBANO D., VALERO E., SANTAS E., MIÑANA G., CHORRO F.J., NÚÑEZ J.
Hosp. Clín. Univ. de Valencia.

16:05 h. **2. Deficiencia de hierro y capacidad funcional en pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada con fracción de eyección preservada.**
HEREDIA R., GONZALEZ J., PALAU P., DOMINGUEZ E., PAYÁ A., SANTAS E., CHORRO F.J.
Hosp. Clín. Univ. de Valencia.

16:10 h. **3. Impacto a nivel coronario de la presencia simultánea de diabetes mellitus e hiperuricemia asintomática.**
VICENTE-IBARRA N., DE LARA G., PERNIAS V., NÚÑEZ L., GUEDES P., SIVERA F., VELA P., ANDRÉS M., RUIZ J.M., QUINTANILLA M.A.
Hosp. Gen. Univ. de Elche.

16:15 h. **4. Efecto pronóstico de terapia guiada por niveles de antígeno carbohidrato 125 tras un ingreso por insuficiencia cardiaca (ensayo clínico CHANCE-HF).**
GARCÍA-BLAS S., FÁCILA L., BERTOMEU V., BOSCH M.J., LLÀCER P., MONTAGUD V., CORDERO A., GALLEGO J., MERLOS P., NÚÑEZ J.
Hosp. Clín. Univ. de Valencia.

16:20 h. **5. Comparación de los datos demográficos basales de los estudios LCZ696 PARADIGM-HF y TITRATION.**
COSÍN J., CHEN F., CHARNEY A., GONG J., SHI V., SENNI M.
Hosp. Arnau de Vilanova de Valencia.

16:25 h. **6. Beneficio consistente de LCZ696 (Sacubitrilo/Valsartán) vs enalapril, independientemente de la terapia complementaria en el PARADIGM-HF.**
NÚÑEZ J., OKUMURA N., JHUND P., GONG J., LEFKOWITZ M., RIZKALA A., ROULEAU J., SHI V., SOLOMON S., SWEDBERG K., ZILE M., PACKER M., MCMURRAY J.
Hosp. Clín. Univ. de Valencia.

16:30 h. **7. Mejoría del perfil lipídico tras programa de rehabilitación cardíaca en pacientes que han sufrido un evento coronario.**
NÚÑEZ L., VICENTE N., DE LARA G., PERNIAS V., GUEDES P., PUJALTE M., MAS G., LÓPEZ-ARTEAGA R., CAMARASA R., GARCÍA DE BURGOS F.
Hosp. Gen. Univ. de Elche.

16:35 h. **8. Fenotipos mixtos de miocardiopatía arritmogénica y no compactación.**
SANZ J., MOLINA P., BRAZA A., BERMEJO M., IGUAL B., DOMINGO D., RIOS J.M., GINER J., MARTÍNEZ-DOLZ L., ZORIO E.
Hosp. Univ. y Pol. La Fe de Valencia.

16:40 h. **9. Variables predictoras de mal pronóstico en la cirugía de las cardiopatías congénitas del adulto.**
MORILLAS H., RUEDA J., OSA A., BUENDÍA F., RODRÍGUEZ-SERRANO M., MELERO J., SERRANO F., BEL A., MARTÍNEZ-DOLZ L., MONTERO A.
Hosp. Univ. y Pol. La Fe de Valencia.

16:45 h. **10. Valor pronóstico del cateterismo cardiaco derecho en pacientes con miocardiopatía dilatada y depresión de la función sistólica.**
TREJO B., RUMIZ E., BERENGUER A., VILAR J.V., VALLS A., SANMIGUEL D., FÁCILA L., GARCÍA P., BELCHI J., MORELL S.
Cons. Hosp. Gen. Univ. de Valencia.

SALA B: CARDIOLOGÍA CLÍNICA (nº11 a 20).
Moderadores: Víctor Josep Girbes.
Lorenzo Facila

16:00 h. **11. Tratamiento antitrombótico inadecuado en la fibrilación auricular no valvular. Estudio AFINVA.**
DUBOIS D., MORA V., CABADÉS C., ALBIÑANA F., RIPOLL J., MEDINA A., PACHECO J., DE LABAIG P., FAGA V., ROLDÁN I., en representación del estudio AFINVA.
Hosp. Univ. Dr. Peset de Valencia. Dep. de Salud Valencia-Dr Peset.

16:05 h. **12. Rasgos característicos de los pacientes no anticoagulados con fibrilación auricular no valvular. Estudio AFINVA.**
PÉREZ-OLIVARES C., MORA V., DUBOIS D., MATEU C., GASULL S., SANZ J.J., MORENO M., HERMIDA H., BERTOLÍN J., ROLDÁN I., en representación del estudio AFINVA
Hosp. Univ. Dr. Peset de Valencia. Dep. de Salud Valencia-Dr Peset.

16:10 h. **13. Niveles de lipocaina asociada a la gelatinasa neutrófila en plasma y mortalidad a largo plazo en insuficiencia cardíaca aguda.**
PAYÁ A., MIÑANA G., CARDELLS I., HEREDIA R., GONZÁLEZ J., ESCRIBANO D., VALERO E., GARCÍA-BLAS S., SANTAS E., NÚÑEZ J.
Hosp. Clín. Univ. de Valencia.

16:15 h. **14. Respuesta de la frecuencia cardiaca y capacidad funcional en pacientes con insuficiencia cardiaca con función sistólica preservada.**
GONZÁLEZ J., DOMÍNGUEZ E., PALAU P., RAMÓN J.M., HEREDIA R., MELERO J., LÓPEZ L., SANTAS E., CHORRO F.J., NÚÑEZ J.
Hosp. Clín. Univ. de Valencia, Hosp. Gen. Univ. de Castellón, Hosp. Univ. La Plana. Univ. Jaume I de Castellón. Univ. de València.

16:20 h. **15. Experiencia sobre reparación valvular mitral compleja.**
DOMÍNGUEZ C., BEL A.M., SCHULER M., BERBEL A., BLANCO O., PÉREZ M., IGUAL B., OSA A., MARTÍNEZ L., MONTERO J.A.
Hosp. Univ. y Pol. La Fe de Valencia.

16:25 h. **16. Reducción de ingresos por fibrilación auricular mediante un protocolo de cardioversión precoz en urgencias y derivación a consulta especializada.**
COSIN-SALES J., BUENDÍA F., MACEIRA A., CANO M.J., ESPINOSA R., ESPAÑA L., CONDE G., ALCOVER V., MORO J., RUVIRA J.
Hosp. Arnau de Vilanova de Valencia.

16:30 h. **17. Neprisilina serica y reingresos hospitalarios tras un episodio de insuficiencia cardíaca aguda.**
ESCRIBANO D., SANTAS E., VALERO E., GARCÍA S., PAYÁ A., CARDELLS I., MOLLAR A., MIÑANA G., CHORRO F.J., NÚÑEZ J.
Hosp. Clín. Univ. de Valencia.

16:35 h. **18. Situación de anticoagulación tras un año de seguimiento en pacientes con fibrilación auricular no valvular.**
LÓPEZ-FERNÁNDEZ I., LLARIO I., SÁNCHEZ-TORRIJOS J., LUCAS E., GIRBÉS V., MASCARELL B., MARTÍ S., MARTÍNEZ-MORENO I.
Hosp. Lluís Alcanyís de Xàtiva.

16:40 h. **19. Resultados de una consulta monografica de miocardiopatias.**
VILLAMIA B., HORTELANO I., CARRILLO L., CANDELA E., GUZMAN E., VICEDO A., MACÍAS M.J., GARCÍA A., CLIMENT V., SOGORB F.
Hosp. Gen. Univ. de Alicante.

16:45 h. **20. Análisis descriptivo y evolutivo pre y post implante de prótesis biológica por insuficiencia pulmonar.**
MORILLAS H., OSA A., RUEDA J., BUENDÍA F., RODRÍGUEZ-SERRANO M., SERRANO F., IGUAL B., PLAZA D., MONTERO A., MARTÍNEZ-DOLZ L.
Hosp. Univ. y Pol. La Fe de Valencia.

SALA C: PREVENTIVA, HTA Y OTROS FRCV (nº 21 al 31).
Moderadores: Javier Martínez.
Teresa Lozano.

16:00 h. **21. Epidemiología y características de la fibrilación auricular en nuestro medio. Estudio AFINVA.**
BERTOLÍN J., MORA V., CABADÉS C., CASAO S., GONZÁLEZ J., NAVARRO F., VICENTE M., SEOANE A., DUBOIS D., ROLDÁN I. En representación del Estudio AFINVA.
Hosp. Univ. Dr. Peset de Valencia. Dep. de Salud Valencia-Dr Peset.

16:05 h. **22. Indicación potencial de los nuevos iPCSK9 en pacientes con SCA en vida real.**
CARRILLO L., ARRARTE V.I., LEON E.M., SERRANO M.A., SOLA M.D., MORENO O., LILLO I.M., CANDELA E., VILLAMIA B., SOGORB F.
Hosp. Gen. Univ. de Alicante.

16:10 h. **23. Protocolo de screening preparticipativo basado en ecg y ecocardiograma rápido dirigido a causas frecuentes de muerte súbita: experiencia en futbolistas jóvenes.**
FABREGAT O., FERRANDO M., MUÑOZ A., PINA S., PLAZA R., USÓ H., DE LA ESPRIELLA R., TREJO B., GARCÍA-GONZÁLEZ P., MORELL S.
Hosp. Gen. Univ. de Valencia.

16:15 h. **24. La ira, como factor de riesgo cardiovascular, según el tipo de procedimiento empleado (angioplastia primaria vs angioplastia electiva).**
CANDELA E., ARRARTE V., LEÓN E., SERRANO M., SOLA M., MORENO O., LILLO I., CARRILLO L., HORTELANO I., SOGORB F.
Hosp. Gen. Univ. de Alicante.

16:20 h. **25. ¿Deberíamos vigilar más estrechamente a pacientes sometidos a revascularización coronaria en cuanto a la aparición de nuevos factores de riesgo cardiovascular?**
DE LARA G., AHUMADA M., IBARRA NV., PERNIAS V. , NUÑEZ L., GUEDES P., GÓMEZ M., GARCÍA DE BURGOS F., MARÍN F., PASCUAL D.A.
Hosp. Gen. Univ. de Elche.

16:25 h. **26. Mejoría del control lipídico en pacientes en prevención secundaria mediante un programa colaborativo entre atención primaria y cardiología.**
COSÍN J., RUVIRA J, MACEIRA A, GISBERT R, GÓMEZ R, PÉREZ MJ, BUENDÍA F, DALLÍ E, SOTILLO J.
Hosp. Gen. Arnau de Vilanova de Valencia.

16:30 h. **27. Influencia de la edad y sexo en la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en deportistas aficionados.**
DE LA GUÍA F., VALLE A., MEYER C.
Clin. Cardio. Deport. REMA de Dénia

16:35 h. **28. Factores de riesgo cardiovascular en deportistas de "no elite" aficionados.**
DE LA GUÍA F., VALLE A., MEYER C.
Clin. Cardio. Deport. REMA de Dénia

16:40 h. **29. Reconocimiento médico cardiológico en deportistas aficionados en la Comarca de la Marina Alta (Alicante).**
DE LA GUÍA F., VALLE A., MEYER C.
Clin.Cardio. Deport. REMA de Dénia

16:45 h. **30. Impacto pronóstico del ejercicio físico en una población hipertensa ≥65 años. Subanális del Estudio FAPRES.**
PERNIAS V., VICENTE N., DE LARA G., NÚÑEZ L., GUEDES P., CAMARASA R., AHUMADA M., PALLARÉS V., FÁCILA L., MORILAS P.
Hosp. Gen. Univ. de Elche.

16:50 h. **31. Perfil de riesgo cardiovascular de los corredores populares que participan en competiciones: ¿Podemos estar tranquilos los cardiólogos?**
SANMIGUEL D., GALINDO A., MORA A., BERENGUER A., RUMIZ E., VILAR J.V., MARTÍNEZ I., MONTOYA A., VALLS A., MORELL S.
Consorcio Hosp. Gen. Univ. de Valencia.

SALA D: CARDIOLOGÍA EXPERIMENTAL E INVESTIGACIÓN BÁSICA (nº 32 al 39)
Moderadores: Francisco Javier Chorro.
Ildefonso Roldán Torres.

16:00 h. **32. Luces y sombras en la concepción de la banda miocárdica de Torrent-Guasp proporcionadas por el strain miocárdico.**
FERNÁNDEZ-GALERA R., MORA V., CABADÉS C., FERRANDO J., MONTEAGUDO M., ROMERO J.E., SALÍM M., SAURÍ A., MARTÍNEZ-RUIZ A., ROLDÁN I.
Hosp. Univ. Dr. Peset de Valencia.

16:05 h. **33. La neoangiogénesis inducida por suero es paralela a la dinámica de la obstrucción microvascular tras un infarto de miocardio reperfundido.**
RÍOS C., PIQUERAS L., HERVÁS A., DE DIOS E., RUIZ A., GAVARA J., PÉREZ-SOLE N., MINANA G., CHORRO F.J., BODÍ V.
Hosp. Clín. Univ. de Valencia.

16:10 h. **34. La cicatriz fibrótica tras un infarto de miocardio muestra una organización heterogénea de las fibras de colágeno.**
HERVAS A., RÍOS C., RUIZ A., DE DIOS E., GAVARA J., PÉREZ-SOLE N., BONANAD C., MINANA G., CHORRO F.J., BODI V.
Hosp. Clín. Univ. de Valencia.

16:15 h. **35. Estudio multidisciplinar de la fibrosis remota tras un infarto de miocardio en un modelo porcino y en muestras humanas.**
HERVÁS A., RÍOS C., RUIZ A., GAVARA J., DE DIOS E., MINANA G., CHORRO F.J., BODÍ V.
Hosp. Clín. Univ. de Valencia.

16:20 h. **36. Detección del componente precapilar mediante biomarcadores circulantes en pacientes con hipertensión pulmonar de causa cardiaca izquierda.**
MELERO J.L., DOLZ S., SÁNCHEZ-LÁZARO I.J., CERVERÓ A., SANZ J., JIMÉNEZ J.J., DOMENECH M.D., MARTÍNEZ-SALES V., MARTÍNEZ-DOLZ L., ALMENAR L.
Hosp. Univ. y Pol. La Fe de Valencia.

16:25 h. **37. Biomarcadores de disfunción ventricular derecha en pacientes con hipertensión pulmonar de causa cardiaca izquierda.**
MELERO J.L., DOLZ S., SÁNCHEZ-LÁZARO I.J., LÓPEZ-VILELLA R., CERVERÓ A., FERRÉ M., DOMENECH M.D., MARTÍNEZ-SALES V., MARTÍNEZ-DOLZ L., ALMENAR L.
Hosp. Univ. y Pol. La Fe de Valencia.

16:30 h. **38. Mejoría de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo asociada a la repleción de hierro miocárdico en pacientes con ic tratados con hierro IV.**
PAYÁ A., MOLLAR A., VALERO E., GARCÍA S., SANCHIS J., MIÑANA G., ESCRIBANO D., CARDELLS I., SANTAS E., NÚÑEZ J.
Hosp. Clín. Univ. de Valencia.

16:35 h. **39. La muerte súbita como heraldo. Buscando la respuesta en los genes.**
HORTELANO I., VILLAMIA B, GARCÍA-FÉRNANDEZ A., CLIMENT V., SOGORB F.
Hosp. Gen. Univ. de Alicante.

17:00 a 20:00 h. SALAS B Y C/D: TALLER DE ACERCAP.
JORNADA DE ACTUALIZACIÓN CON ATENCIÓN PRIMARIA.
Tres talleres prácticos para atención primaria sobre patología cardiovascular más frecuente. (MSD)

Ponentes:
Electrocardiografía práctica.
17:00 a 18:30 h. Claudia Cabades Rumbeu. Hospital Univ. Dr. Peset de Valencia.
18:30 a 20:00 h. Manuel Jesús Gómez Martínez. Hospital Gen. Univ. de Elche.
17:00 a 17:45 h. ***Síndrome Coronario agudo.***
18:30 a 19:15 h. Alfonso Valle Muñoz. Hospital Marina Alta de Denia.
17:45 a 18:30 h. ***Manejo de la Insuficiencia Cardiaca desde Atención Primaria.***
19:15 a 20:00 h. Fernando de la Guía Galipienso. Hospital Marina Baixa de Villajoyosa.

17:00 a 18:00 h. SALA A: **SIMPOSIUM. REHABILITACIÓN CARDIACA: SITUACIÓN ACTUAL Y FUTURO. Patrocinado por MENARINI.**

Moderador: José Luis Colomer Martí. Hospital Univ. de la Ribera de Alzira.
Ponentes:
Revisión actualizada en el manejo de la Cardiopatía Isquémica.
Esteban López de Sa. Hospital Univ. La Paz de Madrid.
Manejo actual de la Cardiopatía Isquémica estable y su lugar en la rehabilitación cardiaca.
Vicente Arrarte Esteban. Hospital Gen. Univ. de Alicante.
Objetivos y situación de la Rehabilitación Cardiaca en la Comunidad Valenciana.
Margarita Gudín Uriel. Hospital Univ. de la Ribera de Alzira.

18:00 a 19:00 h. SALA A: **SIMPOSIUM: LA ESTIMULACIÓN SIN CABLES.**
Patrocinado por MEDTRONIC.
Moderador: Alejandro Bellver. Hospital Gen. Univ. de Castellón.
Ponentes: Juan Gabriel Martínez Martínez. Hospital Gen. Univ. de Alicante.
Joaquín Osca Asensi. Hospital Univ. y Pol. La Fe de Valencia.
Ricardo Ruiz Granell. Hospital Clín. Univ. de Valencia.
Salvador Morell Cabedo. Consorcio Hospital Gen. Univ. de Valencia.
Temas: ***Descripción del sistema.***
Procedimientos de implante.
Evidencia clínica.

19:00 a 19:40 h. SALA A: **PRESENTACIÓN TRABAJOS AÑO 2015**
Moderador: Enrique Peris Domingo. Hospital Univ. de la Ribera de Alzira.

VIERNES 13-05-16

8:30 a 10:00 h. SALAS A, B, C, D y E. COMUNICACIONES LIBRES.

SALA A: **ELECTROCARDIOGRAFIAS, ARRITMIAS Y MARCAPASOS (nº 40 a 49)**
Moderadores: Vicente Bertomeu González.
Santiago Heras.

8:30 h. **40. Fibrilación auricular no valvular. Diferencias según presentación de forma paroxística o permanente. Estudio AFINVA.**
PÉREZ-OLIVARES C., MORA V., DUBOIS D., RIBELLES J., SALAVERT M., MEDINA J.S., RODRIGO V.M., CASAL E., PÉREZ-GOZALBO J., ROLDÁN I.. REPRESENTACIÓN DE AFINVA.
Hosp. Univ. Dr. Peset de Valencia. Dep. de Salud Valencia-Dr Peset.

8:35 h. **41. Predictores de recurrencia de fibrilación auricular en pacientes en tratamiento con flecainida o dronedarona para control de ritmo.**
SÁNCHEZ-SORIANO R.M., CHAMORRO C.I., RUIZ J.M., LOZANO M.T., CHAMORRO A.J., FERRERO M.J., RASO R., JIMÉNEZ R., SOGORB F., GRAU G.
Hosp. Virgen de Los Lirios de Alcoy.

8:40 h. **42. Screening electrocardiográfico de DAI subcutáneo en una población de pacientes con Tetralogía de Fallot. Estudio de vectores alternativos.**
ALONSO P., ANDRÉS A., PIMENTA P., OSCA J., CANO Ó., SANCHO-TELLO MJ., RUEDA J., OLAGÜE J., MARTÍNEZ-DOLZ L.
Hosp. Univ. y Pol. La Fe de Valencia.

8:45 h. **43. Rendimiento diagnóstico y predictores clínicos de implante de marcapasos del Hólter implantable en el estudio de síncope.**
GUNTURIZ C., CASTILLO J., BERTOMEU-GONZÁLEZ V., MORENO J., GARCÍA-CARRILERO M., SAMPER J., JUAN L., CORDERO A., BERTOMEU-MARTÍNEZ V.
Hosp. Clín. Univ. San Juan de Alicante.

8:50 h. **44. Análisis de eventos arrítmicos tras implante de desfibrilador en pacientes con cardiopatías congénitas.**
MORILLAS H., CANO O., RUEDA J., OSA A., ANDRÉS A., ALONSO P., OSCA J., SANCHO-TELLO M.J., OLAGÜE J., MARTÍNEZ-DOLZ L.
Hosp. Univ. y Pol. La Fe de Valencia.

8:55 h. **45. Factores predictores de estabilidad en el implante de electrodos de marcapasos y desfibriladores de fijación activa**
MARTÍNEZ-ABELLÁN R., CASTILLO J., BERTOMEU-GONZALEZ V., MORENO J., JUAN L., ELAMRANI A., BERTOMEU MARTÍNEZ V.
Hosp. Clín. Univ. San Juan de Alicante.

9:00 h. **46. La localización del electrodo ventricular a nivel septal en pacientes portadores de desfibriladores mejora la eficacia de la terapia antitaquicardia.**
CHACÓN N., QUESADA A., ABEJARO B., BOCHARD B., GIMÉNEZ M., PAYA R., JIMÉNEZ J., RIDOCCI F., DE LA ESPRIELLA R., MORELL S.
Consorcio Hosp. Gen. Univ. de Valencia.

9:05 h. **47. Resultado de la terapia de resincronización cardiaca con desfibriladores según la duración del qrs en pacientes con bloqueo de rama izquierda.**
BOCHARD B., CHACÓN N., QUESADA A., MARTINEZ-FERRER J., PÉREZ L., VIÑOLAS X., RUBIO J., BASTERRA N., ALZUETA F.J., FERNÁNDEZ-DE LA CONCHA J.
Consorcio Hosp. Gen. Univ. de Valencia.

9:10 h. **48. ¿Predice la fibrilación auricular perioperatoria en cirugía de revascularización coronaria futuros episodios de fibrilación auricular en población mediterránea?**
DE LARA G., AHUMADA M., IBARRA N.V.,V PERNIAS V., NÚÑEZ L., GUEDES P., CASTILLA E., MORILLAS P., GARCÍA-HONRUBIA A., GARCÍA-DE BURGOS F.
Hosp. Gen. Univ. de Elche.

9:15 h. **49. Experiencia inicial con dispositivos de oclusión transcatéter de orejuela izquierda en pacientes con fibrilación auricular ablacionada.**
NÚÑEZ C., BONDANZA L., IZQUIERDO M.T., MARTÍNEZ A., FERRERO A., RUIZ R.
Hosp. Clín. Univ. de Valencia.

SALA B: HEMODINÁMICA Y CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA (nº 50 al 60).
Moderadores: Dario Sanmiguel.
Alberto Cordero.

8:30 h. **50. Estudio de eficacia y seguridad del caolín en la compresion de arteria radial tras cateterismo cardiaco.**
VILLALBA N., PÉREZ-RODRÍGUEZ A., MARTÍ R., PALOMAR J., ROMERO C., HERNÁNDEZ C. SHAMI N.
Hosp. Univ. y Pol. La Fe de Valencia.

8:35 h. **51. Utilidad del catéter guía sheathless en la intervención coronaria percutánea del tronco coronario izquierdo por vía radial.**
CARDELLS I., GARCÍA-BLAS S., NÚÑEZ J., CARRILLO P., CORDERO A., MIÑANA G., FRUTOS A., VALERO E., SANCHÍS J., LÓPEZ-PALOP R.
Hosp. Clín. Univ. de Valencia.

8:40 h. **52. Asociación del cociente entre neutrófilos y linfocitos con la gravedad de la enfermedad coronaria en pacientes con síndrome coronario agudo.**
DUBOIS D., ROLDÁN I., FERNÁNDEZ-GALERA R., FERRANDO J., PÉREZ-GOZALBO J., PÉREZ-OLIVARES C., SAURÍ A., MONTEAGUDO M., ROMERO E., MORA V.
Hosp. Univ. Dr. Peset de Valencia.

8:45 h. **53. Utilidad del balón liberador de fármaco en situación de práctica clínica habitual en un laboratorio de hemodinámica.**
DE LA ESPRIELLA R., BERENGUER A., VILAR J.V., CUBILLOS A., RUMIZ E., SANMIGUEL D., ALBIACH C., CHACÓN N., HIGUERAS L., MORELL S.
Consorcio Hosp. Gen. Univ. de Valencia.

8:55 h. **54. ¿Funcionarán a largo plazo las prótesis valvulares aórticas tras el implante transcatéter?**
SANMIGUEL D., BERENGUER A., RUMIZ E., VILAR J.V., PAYÁ R., PÉREZ-BOSCA J.L., GIL O., VALLS A., CUBILLOS A., MORELL S.
Consorcio Hosp. Gen. Univ. de Valencia.

9:00 h. **55. Añadiendo "azucar" al diagnostico y la etiopatogenia del sindrome de Tako-Tsubo empleando tomografia coherencia optica intracoronaria.**
SANMIGUEL D., BERENGUER A., RUMIZ E., VILA J.V., CUBILLOS A., VALLS A., CHACÓN N., HIGUERA L., GIMÉNEZ V., MORELL S.
Consorcio Hosp. Gen. Univ. de Valencia.

9:05 h. **56. ¿Cuándo y de que se nos mueren nuestros pacientes tras implante valvular aórtico percutáneo?**
SANMIGUEL D., BERENGUER A., RUMIZ E., VILAR J.V., GIL O., CUBILLOS A., VALLS A., DE LA ESPRIELLA R., ALMELA P., MORELL S.
Consorcio Hosp. Gen. Univ. de Valencia.

9:10 h. **57. ¿Se cumplen los tiempos de actuación en los pacientes tratados con angioplastia primaria?**
FEDERICO P., CASTELLÓ T., MARTÍNEZ L., PERIS E., POMAR F.
Hosp. Univ. de la Ribera de Alzira.

9:15 h. **58. Revascularización completa intrahospitalaria vs ambulatoria en pacientes multivaso sometidos a angioplastia primaria.**
HIGUERAS L., RUMIZ E., BERENGUER A., VILAR J.V., SANMIGUEL D., VALLS A., CUBILLOS A., JIMÉNEZ V., ROSELLÓ M., MORELL S.
Consorcio Hosp. Gen. Univ. de Valencia.

9:20 h. **59. Papel de la oclusión crónica total en pacientes sometidos a angioplastia primaria.**
CHACÓN N., RUMIZ E., BERENGUER A., VILAR J.V., VALLS A., CUBILLOS A, ALMELA P., LÓPEZ-LÓPEZ I., TREJO B., MORELL S.
Consorcio Hosp. Gen. Univ. de Valencia.

9:47 h. **60. Experiencia inicial con el implante percutáneo de la válvula pulmonar melody en tractos de salida disfuncionantes del ventrículo derecho.**
ANDRÉS L.M., DOMÉNECH M.D., SÁNCHEZ-LACUESTA M.E., TEN F., DIEZ J.L.
Hosp. Univ. y Pol. La Fe de Valencia.

SALA C: CARDIOLOGÍA CLÍNICA (nº 61 al 80).
Moderadores: Fran Buendía.
Patricia Palau.

8:30 h. **61. Peculiaridades de la fibrilación auricular no valvular en función del sexo. ESTUDIO AFINVA.**
PÉREZ-GOZALBO J., MORA V., DUBOIS D., SEOANE A., GONZÁLEZ J., NAVARRO F., CASAO S., PLATAS J., PÉREZ-OLIVARES C., ROLDÁN I. Representación del ESTUDIO AFINVA
Hosp. Univ. Dr. Peset de Valencia. Dep. de Salud Valencia-Dr Peset.

8:35 h. **62. Rasgos diferenciales de los pacientes con cardiopatía estructural y fibrilación auricular no valvular. ESTUDIO AFINVA.**
PÉREZ-GOZALBO J., MORA V., DUBOIS D., CASAL E., RODRIGO V.M., MEDINA J.S., SALAVERT M., RIBELLES J., BERTOLÍN J., ROLDÁN I. Representación del ESTUDIO AFINVA.
Hosp. Univ. Dr. Peset de Valencia. Dep. de Salud Valencia-Dr Peset.

8:40 h. **63. Utilidad de la puntuación SAMeTT$_2$R$_2$ para predecir el control de la anticoagulación en la fibrilación auricular no valvular. Estudio AFINVA.**
DUBOIS D., MORA V., MIRA S., PEREZ-OLIVARES C., VIÑAS A., MORENO V., TORRES M.J., HERMIDA H., PÉREZ-GOZALBO J., ROLDÁN I. Representación del ESTUDIO AFINVA
Hosp. Univ. Dr. Peset de Valencia. Dep. de Salud Valencia-Dr Peset.

8:45 h. **64. Déficit de hierro y riesgo de rehospitalización precoz tras ingreso por insuficiencia cardiaca aguda.**
CARDELLS I., SANTAS E., GARCÍA-BLAS S., MIÑANA G., VALERO E., PAYÁ A., ESCRIBANO D., SANCHÍS J., CHORRO F.J., NÚÑEZ J.
Hosp. Clín. Univ. de Valencia.

8:50 h. **65. Utilidad de la hipertrofia ventricular izquierda por ecocardiograma para el screening de la enfermedad de Fabry**
MATEO I., TOCADO B., ZUAZOLA P., LÓPEZ-VAQUERO C., LÓPEZ-ARANDA M.A., DE LA GUIA F., ERDOCIAIN E.
Hosp. Marina Baixa de Villajoyosa.

8:55 h. **66. Experiencia inicial en el tratamiento quirúrgico de la hipertesión pulmonar tromboembólica crónica.**
PÉREZ M., BEL A.M., BERBEL A., BLANCO O., DOMÍNGUEZ C., BUENO M., HEREDIA T., LÓPEZ-REYES R., MARTÍNEZ-DOLZ L.V., MONTERO J.A.
Hosp. Univ. y Pol. La Fe de Valencia.

9:00 h. **67. La fibrilación auricular no afecta el pronóstico a largo plazo en pacientes con insuficiencia cardiaca.**
GARCÍA-CARRILERO M., GUNTURIZ C., CORDERO A., MORENO J, RIBES F., JUSKOVA M., ELAMRANI A., MARTÍNEZ-ABELLÁN R., BERTOMEU V.
Hosp. Clín. Univ. San Juan de Alicante.

9:05 h. **68. Valoracion del uso de la telemedicina en un servicio de cardiologia en un hospital comarcal.**
JACAS V., SELLER J., RODRÍGUEZ-ARGUESO A., ALANIA E., LUCAS E.,MASCARELL B., MADERO S., VALLE A.
Hosp. Marina Salud de Denia.

9:25 h. **69. Aortoplastia de reducción frente a sustitución por conducto en los aneurismas de aorta ascendente: estudio comparativo y seguimiento.**
DOMÍNGUEZ C., VALERA F.J., SCHULER M., BERBEL A., BLANCO O.R., CANDELA G., BUENO M., MONTERO J.A.
Hosp. Univ. y Pol. La Fe de Valencia.

9:30 h. **70. Análisis descriptivo de una unidad de insuficiencia cardiaca comarcal: características diferenciales y comorbilidades según etiología.**
SELLER J., NÚÑEZ C., ROLDÁN I., JACAS V., RODRÍGUEZ-ARGÜESO A., ALAINA E., VALLE D., LUCAS E., MASCARELL B., VALLE A.
Hosp. Marina Salud de Denia.

9:35 h. **71. Estimación de la mortalidad en el sindrome coronario agudo. Comparación de las escalas GRACE y SAPS 3.**
CEBRIÁN J., PINOS A.D., CIGES T., CONCHA P., PIÑOL M., BROCH M.J., CASTELLANOS A.
Hosp. Univ. y Pol. La Fe de Valencia.

9:40 h. **72. Carga de hospitalizaciones recurrentes tras una hospitalización por insuficiencia cardíaca aguda: función sistólica conservada frente a deprimida.**
ESCRIBANO D., SANTAS E., VALERO E., MOLLAR A., GARCÍA S., PALAU P., CARDELLS I., PAYÁ A., CHORRO F.J., NÚÑEZ J.
Hosp. Clín. Univ. de Valencia.

9:45 h. **73. Factores relacionados con el control de cifras de LDL en pacientes dislipémicos con enfermedad carviovascular.**
FERNÁNDEZ-DÍAZ C., FÁCILA L., MONTAGUD V., VAÑÓ J., BELCHI J., FABREGAT O., SÁNCHEZ-ÁLVAREZ S., DE LA ESPRIELLA R., HIGUERAS L., MORELL S.
Consorcio Hosp. Gen. Univ. de Valencia.

9:50 h. **74. Ventajas del tratamiento quirúrgico precoz en la miocardiopatía hipertrófica obstructiva.**
DOMÍNGUEZ C., SCHULER M., BERBEL A., BLANCO O.R., HEREDIA T., MONTERO J.A.
Hosp. Univ. y Pol. La Fe de Valencia.

9:55 h. **75. ¿Qué saben los pacientes sobre los resultados de su cateterismo reciente?**
ERDOCIAIN M., MATEO I., LÓPEZ-VAQUERO C., TOCADO B., LÓPEZ-ARANDA M.Á., DE LA GUÍA F., ZUAZOLA P., CORTÉS E.A.
Hosp. Marina Baixa de Villajoyosa.

10:00 h. **76. Tratamiento de la enfermedad coronaria estable con ivabradina. situación en la práctica clínica diaria.**
DE LA GUÍA F., FAYOS L., LÓPEZ-ARANDA M.Á, TOCADO B., ERDOCIAÍN M., LÓPEZ-VAQUERO C., MATEO I., ZUAZOLA P.
Hosp. Marina Baixa de Villajoyosa.

10:05h. **77. Papel actual de la ivabradina en cardiopatía isquémica crónica respecto a otros agentes antianginosos.**
DE LA GUÍA F., FAYOS L., LÓPEZ-ARANDA M.Á., MATEO I., LÓPEZ-VAQUERO C., TOCADO B., ERDOCIAÍN M., ZUAZOLA P.
Hosp. Marina Baixa de Villajoyosa.

10:10 h. **78. Pronóstico a largo plazo y años de vida potencialmente perdidos en pacientes jóvenes tras hospitalización por insuficiencia cardiaca.**
GUNTURIZ C., GARCÍA-CARRILERO M., CORDERO A., MORENO J., RIBES F., JUSKOVA M., CASTILLO J., BERTOMEU-GONZÁLEZ V., BERTOMEU-MARTÍNEZ V.
Hosp. Clín. Univ. San Juan de Alicante.

10:15 h. **79. Análisis de la comorbilidad asociada, consumo de recursos sanitarios y supervivencia libre de eventos cardiovasculares en pacientes con Coartaciones de aorta.**
FERNÁNDEZ-PORTILLA T., MELERO J.L., RUEDA J., OSA A., MORILLAS H., PLAZA D., BUENDÍA F., SERRANO F., MARTÍNEZ-DOLZ L.
Hosp. Univ. y Pol. La Fe de Valencia.

10:20 h. **80. Control de la anticoagulación oral con antagonistas de la vitamina k en la fibrilación auricular no valvular. Estudio AFINVA.**
DUBOIS D., MORA V., PÉREZ-GOZALBO J., TORRES M.J., MORENO V., MIRA S., VIÑAS A., VICENTE M., PÉREZ-OLIVARES C., RODÁN I. Representación del Estudio AFINVA.
Hosp. Univ. Dr. Peset de Valencia. Dep. de Salud Valencia-Dr Peset.

SALA D: CARDIOPATIA ISQUEMICA Y FISIOPATOLOGÍA Y ECG DEL EJERCICIO (Nº 81 a 99).
Moderadores: Eduardo Payá.
Juan Sanchis.

8:30 h. **81. Analisis de la atención al paciente cardiológico agudo en la Comunidad Valenciana**
RASO R., NAVARRO J., PAYÁ R., PERIS E., ALMENAR L., CHAMORRO C., NÚÑEZ J., SANDIM M., COSÍN J., VALLE A.
Sociedad Valenciana de Cardiología.

8:35 h. **82. Valor pronóstico de los síndromes geriátricos en pacientes ancianos con síndrome coronario agudo.**
HEREDIA R., BONANAD C., RUIZ V., ROMERO G., VALERO E., PELLICER M., CÁNOVES J., NÚÑEZ J.
Hosp. Clín. Univ. de Valencia.

8:40h. **83. Manejo del paciente anciano con síndrome coronario agudo y síndromes geriátricos.**
HEREDIA R., BONANAD C., RUIZ V., VALERO E., ROMERO G., CÁNOVES J., PELLICER M., NÚÑEZ J.
Hosp. Clín. Univ. de Valencia.

8:45 h. **84. Tiempo de isquemia en angioplastia primaria y repercusión en parámetros de strain y contractilidad miocárdica por ecocardiografía speckle-tracking.**
SAURÍ A., MORA V., AGUAR P., DÍEZ J.L., FERNÁNDEZ-GALERA R., SÁNCHEZ-LACUESTA E., VIZUETE J., MARTÍN G., DOMENECH M.D., ROLDÁN I.
Hosp. Univ. Dr. Peset de Valencia.

8:50 h. **85. Valor pronóstico a largo plazo del cociente entre neutrófilos y linfocitos un biomarcador inflamatorio tras síndrome coronario agudo.**
FERNÁNDEZ R., ROLDÁN I., DOBOIS D., SAURÍ A., PÉREZ-OLIVARES C., PÉREZ-GOZALBO J., SELLER J., SALVADOR I., BERTOLÍN J., MORA V.
Hosp. Univ. Dr. Peset de Valencia.

8:55 h. **86. Mayor estado inflamatorio y nivel de uricemia determinan menores niveles de hdl-colesterol en población no reumática.**
GUEDES P., VICENTE N., DE LARA G., PERNIAS V., NÚÑEZ L., QUINTANILLA M.A., ANDRÉS M., PALLARÉS V., FÁCILA L., MORILLAS P.
Hosp. Gen. Univ. de Elche.

9:00 h. **87. Impacto a largo plazo de la enfermedad renal al alta en pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación del ST sometidos a cateterismo.**
ROMERO E., ROLDÁN I., FERNÁNDEZ R., DUBOIS D., SAURÍ A., PÉREZ J., PEREZ-OLIVARES C., NÚÑEZ C., FERRANDO J., MORA V.
Hosp. Univ. Dr. Peset de Valencia.

9:05 h. **88. Diferencias en el manejo de LDL-colesterol en un programa de rehabilitación cardiaca tras la actualización de las guías de prevención cardiovascular.**
PESET A.M., CORTELL A., RODRÍGUEZ C., MARTÍNEZ-TELLO I., TELLO M., FLOR A., MOLINER N., ARAGÓN M.C., DE DIEGO M.A., CUELLO E.
Hosp. Provincial de Castellón.

9:10 h. **89. Avances en el control de la frecuencia cardiaca y la presión arterial durante el ejercicio físico tras un síndrome coronario agudo.**
PESET A.M., CORTELL A., RODRÍGUEZ C., MARTÍNEZ-TELLO I., TELLO M, FLOR A., MOLINER N., ARAGÓN M.C., DE DIEGO M.A., CUELLO E.
Hosp. Provincial de Castellón.

9:15 h. **90. Impacto de un programa de rehabilitación cardiaca en la clase funcional tras sufrir un evento coronario.**
NÚÑEZ L., VICENTE N., DE LARA G., PERNIAS V., GUEDES P., MAS G., PUJALTE M., LÓPEZ-ARTEAGA R., MARTÍNEZ M., GARCÍA-DE BURGOS F.
Hosp. Gen. Univ. de Elche.

9:20 h. **91. Muerte súbita isquémica desde una perspectiva de género.**
SANZ J., BRAZA BOÏLS A., MOLINA P., MONZÓ A., MARÍ J., FERRER P., ARNAU M.A., FERRER S., MARTÍNEZ-DOLZ L., ZORIO E.
Hosp. Univ. y Pol. La Fe de Valencia.

9:25 h. **92. Impacto pronóstico de la fragilidad y vulnerabilidad social para eventos post alta en población mayor con síndrome coronario agudo.**
RUESCAS A., EZAATVAR Y., BONANAD C., RACUGNO P., MENDEZ J., VALERO E., PELLICER M., CÁNOVES J., RUIZ V., SANCHIS J.
Hosp. Clín. Univ. de Valencia. Dep. Fisioterapia y Enfermería. Univ. de Valencia.

9:30 h. **93. Asociación de fragilidad y sedentarismo. Valor pronóstico post alta en los síndromes coronarios agudos en pacientes de edad avanzada.**
RUESCAS A., RUIZ V.; EZAATVAR Y., VALERO E., MOLLAR A., GONZÁLEZ Y., PAYÁ A., CARDELLS I., BONANAD C., SANCHIS J.
Hosp. Clín. Univ. de Valencia. Dep. Fisioterapia y Enfermería. Univ. de Valencia.

9:35 h. **94. Fenotipos mixtos de miocardiopatía arritmogénica y no compactación.**
SANZ J., MOLINA P., BRAZA A., BERMEJO M., IGUAL B., DOMINGO D., RIOS J.M., GINER J., MARTÍNEZ-DOLZ L., ZORIO E.
Hosp. Univ. y Pol. La Fe de Valencia.

9:40 h. **95. Comparacion de la FEVI calculada por ecocardiografía y por resonancia para estratificacion de riesgo y valorar implante de DAI tras un IAMEST**
GONZÁLEZ DE GREGORIO J., BODÍ V., CHORRO F.J., BONANAD C., CARDELLS I., PAYÁ A., RACUGNO P., MONMENEU J.V., GAVARA J., LÓPEZ-LEREU M.P.
Hosp. Clín. Univ. de Valencia.

9:45 h. **96. Impacto de la angioplastia primaria en las estancias medias en unidades coronarias de hospitales terciarios y comarcales.**
ALBIACH C., RUMIZ E., BERENGUER A., VILAR J., SANMIGUEL D., VALLS A., CUBILLOS A., JIMÉNEZ V., ROSELLÓ M., MORELL S.
Consorcio Hosp. Gen. Univ. de Valencia.

9:50 h. **97. Factores predictores de reingreso por síndrome coronario agudo en pacientes tratados con Clopidogrel.**
VAÑÓ J., FÁCILA L., MONTAGUD V., FERNÁNDEZ-DIAZ C., FABREGAT F., BELCHI J., DE LA ESPRIELLA R., HIGUERAS L., RUMIZ E., MORELL S.
Consorcio Hosp. Gen. Univ. de Valencia.

9:55 h. **98. Prescripción de ivabradina en contexto de práctica clínica real tras publicación de guías europeas de enfermedad arterial coronaria estable.**
DE LA GUÍA F., FAYOS L., LÓPEZ-ARANDA M.A., MATEO I., LÓPEZ-VAQUERO C., TOCADO B., ERDOCIAÍN M., ZUAZOLA P.
Hosp. Marina Baixa de Villajoyosa.

10:00 h. **99. Perfil de seguridad y tolerancia de ivabradina en pacientes diagnosticados de enfermedad arterial coronaria estable.**
DE LA GUÍA F., FAYOS L., LÓPEZ-ARANDA M.A., ERDOCIAÍN M., TOCADO B., MATEO I., LÓPEZ-VAQUERO C., ZUAZOLA P.
Hosp. Marina Baixa de Villajoyosa.

SALA E: ECOCARDIOGRAFÍA, DOPPLER Y MEDICINA NUCLEAR (Nº 100 a 112).
Moderadores: J. Luis Bailén.
Francisco González.

8:30 h. **100. Relación de la torsión con el acortamiento longitudinal en la mecánica contráctil del ventrículo izquierdo en población normal.**
MONTEAGUDO M., MORA V., AGUAR P., SALIM M., DÍEZ J.L., ROMERO-SALVADOR J.E., SAURÍ A., ROMERO-DORTA E., CABADÉS C., ROLDÁN I.
Hosp. Univ. Dr. Peset de Valencia.

8:35 h. **101. Mecánica rotacional del ventrículo izquierdo en individuos sanos.**
PÉREZ-GOZALVO J., MORA V., SALIM M., FERRANDO J., FERNÁNDEZ-GALERA R., ROMERO-SALVADOR J.E., SAURÍ A., CABADÉS C., MONTEAGUDO M., ROLDÁN I.
Hosp. Univ. Dr. Peset de Valencia.

8:40h. **102. Estudio del strain longitudinal miocárdico del ventrículo izquierdo mediante ecocardiografía speckle tracking bidimensional.**
ROMERO-DORTA E., MORA V., CABADÉS C., ROMERO-SALVADOR J.E., MONTEAGUDO M., AGUAR P., FERRANDO J., BERTOLÍN J., PÉREZ-OLIVARES C., ROLDÁN I.
Hosp. Univ. Dr. Peset de Valencia.

8:45 h. **103. Estudio del Strain Radial y circunferencial miocardico del ventrículo izquierdo mediante ecocardiografía speckle tracking bidimensional.**
PÉREZ-OLIVARES C., MORA V., SALIM M., SAURÍ A., ROMERO SALVADOR J.E., MONTEAGUDO M., ROMERO DORTA E., MARTÍNEZ-RUIZ A, DUBOIS D., ROLDÁN I.
Hosp. Univ. Dr. Peset de Valencia.

8:50 h. **104. Deformación longitudinal en estenosis aórtica severa asintomática.**
MACÍAS M., VICEDO A., GÓMEZ-SANSANO J.M., GUZMÁN E., GALCERÁ E., MARTÍNEZ-MORENO M., CLIMENT V., JORDÁN A.J.
Hosp. Gen. Univ de Alicante.

8:55 h. **105. Strain miocárdico longitudinal evaluado mediante ecocardiografía speckle tracking en relación con el grado de transmuralidad del IMACEST.**
SAURÍ A., MORA V., SALIM M., SÁNCHEZ-LACUESTA E., VIZUETE J., MARTÍN G., FERNÁNDEZ-GALERA R., ROMERO-DORTA E., FERRANDO J., ROLDÁN I.
Hosp. Univ. Dr. Peset de Valencia.

9:00 h. **106. Afectación de los distintos tipos de strain del ventrículo izquierdo tras un infarto agudo de miocardio mediante ecocardiografía speckle-tracking.**
SAURÍ A., MORA V., VIZUETE J., MARTÍN G., AGUAR P., SALIM M., MONTEAGUDO M., DÍEZ J.L., DUBOIS D., RODÁN I.
Hosp. Univ. Dr. Peset de Valencia.

9:05 h. **107. Evaluación de la mecánica rotacional del ventrículo izquierdo en el imacest mediante ecocardiografía speckle-tracking.**
SAURÍ A., MORA V., MARTÍN G., VIZUETE J., PÉREZ-OLIVARES C., PÉREZ-GOZALBO J., AGUAR P., PÉREZ-GIL M.M., ROMERO-DORTA E., ROLDÁN I.
Hosp. Univ. Dr. Peset de Valencia.

9:10 h. **108. Necrosis miocárdica por cardioresonancia y traducción en parámetros de strain y contractilidad determinados por ecografía speckle tracking.**
SAURÍ A., MORA V., AGUAR P., MARTÍN G., VIZUETE J., SÁNCHEZ-LACUESTA E., FERNÁNDEZ-GALERA R., DÍEZ J.L., DOMENECH M.D., ROLDÁN I.
Hosp. Univ. Dr. Peset de Valencia.

9:15 h. **109. Rentabilidad diagnóstica de la ecocardiografía en la cirugia bariátrica.**
MELERO J., SANCHIS-HERRERO A., SIMOES A., BRIATORE A., SORIANO C.J., GARCÍA-PALOMAR C., DOMÍNGUEZ-MAFÉ E., SERRANO A., PLANAS A., BELLVER A.
Hosp. Gen. Univ. de Castellón.

9:20 h. **110. Tomografía computarizada multicorte vs. ecocardiografía transesofágica 3D, para la evaluacion del anillo aórtico en pacientes sometidos a TAVI.**
SÁNCHEZ-ÁLVAREZ S., ESPRIELLA R., CARDENAS J., FERNANDEZ-DIAZ C., GARCÍA-GONZÁLEZ P., PEREZ-BOSCÁ L., SANMIGUEL D., BERENGUER A., MORELL S., PAYÁ R.
Consorcio Hosp. Gen. Univ. de Valencia.

9:25 h. **111. Valoracion ecocardiografica del tratamiento de la insuficiencia mitral severa no operable con clip mitral. Experiencia inicial.**
TREJO B., PÉREZ-BOSCÁ J.L., BERENGUER A., PERDOMO D.C., ALBIACH C., SÁNCHEZ-ÁLVAREZ S., FABREGAT Ó., DE LA ESPRIELLA R., MORELL S., PAYÁ R.
Consorcio Hosp. Gen. Univ. de Valencia.

9:30 h. **112. Prevalencia y factores asociados con un índice cardíaco disminuido en pacientes con hipertrofia ventricular izquierda y función sistólica conservada.**
ERDOCIAÍN M., CORTÉS E.A., TOCADO B., MATEO I., LÓPEZ-VAQUERO C, LÓPEZ-ARANDA M.A., DE LA GUÍA F., ZUAZOLA P.
Hosp. Marina Baixa de Villajoyosa.

10:00 a 11:30 h. SALA A: **DEBATES EN LA ANTICOAGULACIÓN DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR. (Patrocinado por DAIICHI-SANKYO, BAYER, BOEHRINGER INGELHEIM Y BMS/PFIZER).**
Moderador: Juan Cosín Sales. Hospital Arnau de Vilanova de Valencia.
Ponentes: ***El papel del agente reversor en la práctica clínica.***
Joaquín Osca Asensi. Hospital Univ. y Pol. La Fe de Valencia.
¿Hay espacio para un nuevo NACO?.
Ricardo Ruiz Granell. Hospital Clín. Univ. de Valencia.
De los ensayos clínicos a la vida real: Dos puntos de vista.
Pilar Zuazola Martínez. Hospital Marina Baixa de Villajoyosa
Enrique Santas Olmeda. Hospital Clín. Univ. de Valencia.

11:30 a 12:00 h. CAFÉ.

12:00 a 13:00 h. SALA A: **RETOS PARA LA VALORACIÓN EN CARDIOLOGÍA DEPORTIVA.**
Moderadores: María Dolores Masía Mondéjar. IMED Levante.
Rafael Raso Raso. Hospital Virgen de los Lirios de Alcoy.
Ponentes: ***¿Dónde ponemos el límite a la adaptación cardiaca del deportista?.***
Araceli Boraita Pérez. Centro Superior de Deportes.
Ergoespirometría: ¿Por qué? ¿Para qué? ¿Es posible este reto en la valoración del deportista?
Manuel Rabadán Ruiz. Centro Superior de Deportes.

13:00 a 14:00 h. SALA A: **PUESTA AL DÍA EN HEMODINÁMICA INTERVENCIONISTA. (Patrocinado por ST JUDE y PROSMEDICA VALENCIA).**
Moderador: Juan Miguel Ruiz Nodar. Hospital Gen. Univ. de Alicante.
Ponentes: ***Tratamiento de las lesiones del tronco común izquierdo, puesta al día.***
Pilar Carrillo Sáez. Hospital Clín. Univ. San Juan de Alicante.
Actualización en técnicas de diagnóstico intracoronario: guía de presión, IVUS y OCT.
Ramón López Palop. Hospital Clín. Univ. San Juan de Alicante.
Cómo optimizar los tiempos en la angioplastia primaria.
Juan Sanchís Forés. Hospital Clín. Univ. de Valencia.

10:00 a 14:00 h. SALA B: **ENFERMERIA. SEGURIDAD DEL PACIENTE CARDIOLÓGICO HOSPITALIZADO.**
Moderadora: Natividad Mihi Hornos. Consorcio Hospital Gen. Univ. de Valencia.
Ponentes: ***Identificación de pacientes. Alergias. Prevención de caidas. Lavado de manos.***
Rafael Andrés Soler Carbó. Hosp. Univ. Dr. Peset de Valencia.
Prevención de la infección asociada a la asistencia sanitaria. Bacteriemia CERO. Reacciones adversas a medicamentos.
Clara Hurtado Navarro. Hosp. Univ. Dr. Peset de Valencia.
Trazabilidad quirúrgica. Hospitalización/Quirofano/Esterilización. Lavado de manos quirúrgico. Prevención de la infección asociada a la asistencia sanitaria.
Inés Pérez Ortega. Consorcio Hospital Gen. Univ. de Valencia.

12:00 a 13:00 h. SALA B: **COMUNICACIONES LIBRES DE ENFERMERIA**
Moderadora: Mª Carmen Martínez Muñoz. (Hospital Gen. Univ. de Castellón).

12:00 h. **1E. Enseñanza de maniobras de reanimación cardiopulmonar a pacientes de rehabilitación cardiaca y a sus familiares.**
PEIRÓ A., SÁEZ M.R., SALOR M., BERMEJO E., SOLAZ C., ROCAFORT A., TORMO G.
Consorcio Hosp. Gen. Univ. de Valencia.

12:05 h. **2E. Efecto de un plan de seguridad sobre los errores de medicación en hospitalización de cardiología. Seguimiento a 5 años.**
REVERT R., GALLEGO C., GRAU G., GÓMEZ-PASTOR M.A., FERRERO M.J., PASTOR A., JORDÁ E., SÁNCHEZ-SORIANO R.M., RASO R., CHAMORRO C.I.
Dep. de Salud de Alcoi.

12:10 h. **3E. Tasa de incidencia de oclusión radial minimizando el volumen hinchado del dispositivo hemostático.**
LÓPEZ-LÓPEZ I., ALMELA P., JIMÉNEZ V., ROSELLÓ M., FERRERO A.J., RUMIZ E.
Consorcio Hosp. Gen. Univ. de Valencia.

12:15 h. **4E. Enfermeria y acceso antecubital en el cateterismo derecho. Evolución de los resultados**.
ALMELA P., LÓPEZ-LÓPEZ I., ROSELLÓ M., FERRERO A.J., RUMIZ E.
Consorcio Hosp. Gen. Univ. de Valencia.

12:20 h. **5E. Hiperoxigenación, mejorando la seguridad de la cardioversión.**
SAMPER J., JUAN L., OCHOA A., MORÁN M.J., CASTILLO J., GUNTURIZ C, GARCÍA-CARRILERO M., MORENO J., BERTOMEU V.
Hosp. Clín. Univ. San Juan de Alicante.

12:25 h. **6e. ¿Están los eventos cardiológicos condicionados por nuestro clima mediterráneo?**
JIMÉNEZ N., VECINA A., ZAMORANO M.
Consorcio Hosp. Gen. Univ. de Valencia.

14:00 a 16:00 h. **COMIDA.**

16:00 a 17:00 h. SALA A: **NOVEDADES EN EL MANEJO DEL PACIENTE DE ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR. Patrocinado por SANOFI, AMGEN, y BOEHRINGER INGELHEIM.**
Moderador: Alfonso Valle Muñoz. Hospital Marina Alta de Denia.
Ponentes: ***Uso de inhibidores de PCSK9.***
José Ramón González Juanatey. Complejo Hospitalario de Santiago.
Manejando la diabetes desde cardiología.
Miguel Ángel Arnau Vives. Hospital Univ. y Pol. La Fe de Valencia.
La reducción del riesgo cardiovascular con inhibidores de PCSK9.
José Tuñón Fernández. Hospital Univ. Fund. Jiménez Diaz.

17:30 a 18:30 h. SALA A: **CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS.**
Moderadores: Miriam Salim Rollán. Hosp. Gen. Univ. de Alicante.
Carlos Chamorro Fernández. Hospital de Alcoy.
Josep Navarro Manchón.

18:30 h. SALA A: **ASAMBLEA GENERAL DE LA SOCIEDAD VALENCIANA DE CARDIOLOGÍA.**

PROGRAMA SOCIAL

JUEVES	**12-05-16**	11'15 - 11'30 h.	**ACTO INAUGURAL EN SALA A**
VIERNES	**13-05-16**	21'00 h.	**CENA DE CLAUSURA Y ENTREGA DE PREMIOS HOTEL MELIÁ BENIDORM**

REUNIONES ADMINISTRATIVAS DE LAS SECCIONES CIENTÍFICAS Y GRUPOS DE TRABAJO

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA, ECG Y FISIOPATOLOGÍA DEL EJERCICIO	VIERNES 13	15:30 a 16:00 h.	SALA A
HEMODINÁMICA	VIERNES 13	15:30 a 16:00 h.	SALA A
CARDIOLOGÍA CLÍNICA	VIERNES 13	15:30 a 16:00 h.	SALA C
ESTIMULACIÓN CARDIACA Y ARRITMIAS	VIERNES 13	15:30 a 16:00 h.	SALA C
ECOCARDIOGRAFÍA Y OTRAS TÉCNICAS DE IMAGEN.	VIERNES 13	15:30 a 16:00 h.	SALA D
CARDIOLOGÍA PREVENTIVA, HTA Y OTROS FACTORES DE RIESGO	VIERNES 13	15:30 a 16:00 h.	SALA D
ENFERMERÍA	VIERNES 13	12:00 a 14:00 h.	SALA B

CONVOCATORIA PARA LA ASAMBLEA GENERAL ORDINARIA AÑO 2016

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 **13** de Mayo próximo, Viernes, en la **sala "A" del Hotel Meliá de Benidorm,** sede del **XXXIII CONGRESO DE LA SOCIEDAD VALENCIANA DE CARDIOLOGÍA**, a las 18.30 horas 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. **XXXIII 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.**

PREMIOS A COMUNICACIONES XXXIII CONGRESO S.V.C.

PREMIO ROVI	750 EUROS	A la mejor comunicación sobre Cardiología Clínica.
PREMIO SVC	750 EUROS	A la mejor comunicación sobre Cardiopatía Isquémica.
PREMIO MEDTRONIC	750 EUROS	A la mejor comunicación sobre Electrofisiología ,Arritmias y Marcapasos.
PREMIO EDWARDS	750 EUROS	A la mejor comunicación sobre Ecocardiografía y otras Técnicas de Imagen.
PREMIO BIOTRONIK	750 EUROS	A la mejor comunicación sobre Hemodinámica y Cardiología Intervencionista.
PREMIO FERRER	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 XXXIII 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 12 (16:00 - 17:00 h.)
SALA A **CARDIOLOGÍA CLÍNICA**

1. Duración de la estancia hospitalaria de ingresos por insuficiencia cardíaca aguda y el riesgo de reingreso precoz.

PAYÁ A., HEREDIA R., CARDELLS I., GONZÁLEZ J., ESCRIBANO D., VALERO E., SANTAS E., MIÑANA G., CHORRO F.J., NÚÑEZ J.
Hosp. Clín. Univ. de Valencia.

INTRODUCCIÓN: La duración óptima de la estancia hospitalaria en pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca aguda (ICA) es motivo de controversia. Hospitalizaciones prolongadas se asocian a un mayor riesgo de complicaciones, pero es escasa la información sobre las implicaciones a nivel pronóstico de hospitalizaciones cortas.
OBJETIVO: Evaluar la relación entre la duración de la estancia hospitalaria (EH) y el riesgo de reingreso a 10 días en pacientes dados de alta por ICA.
MÉTODOS: Incluimos 2.361 pacientes consecutivos ingresados con diagnóstico de ICA en un hospital terciario entre 2004 y 2014. Se excluyeron 119 pacientes que fallecieron durante el ingreso y 132 sometidos a cirugía cardíaca durante la admisión índice. La muestra final del estudio incluyó 2.110 pacientes. La EH fue categorizada en: EH_1(≤4 días), EH_2(5-7 días), EH_3(8-10 días) y EH_4(>10 días). Para evaluar la asociación independiente entre la EH y el riesgo de reingreso a 10 días se usó el análisis de regresión de Cox adaptado para eventos competitivos.
RESULTADOS: La mediana de la EH fue de 7 días (RIC=5-11). A 10 días, 130 pacientes (6,16%) reingresaron. La incidencia acumulada de reingresos entre las diferentes categorías de EH mostró una curva en U, con cifras menores en la categoría EH_2 [EH_1=6.1%, EH_2=3.2%, EH_3=7.2%, EH_4=9.1%, (p<0.001)]. En el análisis multivariado, este patrón de riesgo en U se mantuvo; Con respecto a EH, EH_1(≤ 4 días) mostró un incremento del riesgo de reingreso precoz (HR=1.94, IC 95%: 1.06-3.54, p=0.031). Paralelamente, ingresos más prolongados (DEH_3 y DEH_4) también presentaron un mayor riesgo (HR=2.18, IC 95%:1.28-3.71, p=0.004, y HR=2.45, IC 95%: 1.49-4.04, p<0.001, respectivamente).
CONCLUSIONES: La EH en pacientes con ICA está relacionada con el riesgo de reingreso a 10 días y sigue un patrón de riesgo en U. Estancias tanto cortas como prolongadas se asocian a un mayor riesgo.

2. Deficiencia de hierro y capacidad funcional en pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada con fracción de eyección preservada

HEREDIA R., GONZÁLEZ-D' GREGORIO J., PALAU P., DOMÍNGUEZ E., PAYÁ A., SANTAS E., CHORRO F.J.
Hosp. Clín. Univ. de Valencia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Los mecanismos fisiopatológicos implicados en la progresión de la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada (IC-FEP) son multifactoriales y no bien conocidos. El déficit de hierro (DH) ha mostrado tener relevancia clínica y ser una diana terapéutica en pacientes con insuficiencia cardiaca con disfunción sistólica; sin embargo, su significado fisiopatológico en IC-FEP se desconoce. En este trabajo, pretendemos evaluar si los parámetros estándar de DH están relacionados con la capacidad funcional en IC-FEP.

MÉTODOS: Se realizó un estudio prospectivo en una cohorte de 40 pacientes con IC-FEP avanzada. Se definió DH como: ferritina <100 mg/L o ferritina 100-300 mg/L asociada a un índice de saturación de transferrina (IST) <20%. La capacidad funcional máxima se evaluó mediante el consumo máximo de oxígeno (VO_2-máx) obtenido con una prueba de esfuerzo cardiopulmonar limitada por síntomas.

RESULTADOS: Los pacientes mostraron una mediana de edad de 74 años (66-77); 55% fueron mujeres; 50% con NYHA III; un 37,5% presentaron anemia y; un 70% exhibieron DH. Las medianas de VO_2-máx, NT-proBNP, ferritina e IST fueron de 10 mL/min/kg (7.9-12.9), 950 pg/mL (286-1862), 94 ng/mL (53-220), 19% (15-26), respectivamente. El logaritmo VO_2-máx se correlacionó positivamente con la hemoglobina (Hb) (r = 0,58, p <0,001), IST (r= 0,46, p= 0,003) y ferritina (r= 0,30, p= 0,048). En el análisis multivariado, ajustado por edad, sexo NTproBNP, función renal, relación E/E' y hemoglobina (82,3% de variabilidad), la ferritina e IST se mostraron como los principales predictores del VO_2-máx.

CONCLUSIONES: Los parámetros de deficiencia de hierro se asociaron de forma significativa con un deterioro de la capacidad funcional en los pacientes con IC-FEP avanzada.

3. Impacto a nivel coronario de la presencia simultánea de diabetes mellitus e hiperuricemia asintomática.

VICENTE N., DE LARA G., PERNIAS V., NÚÑEZ L., GUEDES P., SIVERA F., VELA P., ANDRÉS M., RUIZ J.M., QUINTANILLA M.A.
Hosp. Gen. Univ. de Elche.

OBJETIVO: La hiperuricemia asintomática (HUA) se encuentra con frecuencia en pacientes con diabetes mellitus (DM) y síndrome metabólico (SM). Si se trata de un factor de riesgo cardiovascular (FRCV) o un epifenómeno del SM se desconoce. Si los pacientes con DM e HUA presentasen una forma más severa de ateroesclerosis coronaria apoyaría su papel como FRCV y el inicio de tratamiento hipouricemiante.

MÉTODOS: Se reclutó de forma consecutiva a pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación del ST a los que se le realizó coronariografía, evaluando de forma ciega la calcificación y extensión de la enfermedad coronaria. Se registró los niveles plasmáticos de ácido úrico al ingreso y la presencia de FRCVs. Los pacientes fueron divididos en cuatro grupos según la presencia de DM e HUA: 1) Sin HUA ni DM; 2) HUA sin DM; 3) DM sin HUA; 4) HUA y DM. Se realizó estudio comparativo por subgrupos y posterior ajuste por factores de confusión mediante análisis de regresión logística multivariante.

RESULTADOS: Se han incluido 127 pacientes, mediana de edad de 72 años (p 25-75 61-80), 74,8% varones. 72,4% tenían HTA, 63,8% dislipemia y el 74% eran fumadores. La distribución de pacientes por grupos fue de: Grupo 1 (n=38); Grupo 2 (n=37); Grupo 3 (n=28); Grupo 4 (n=24). Los pacientes con DM o HUA presentaron con mayor frecuencia calcificación coronaria en comparación con los pacientes sin ninguno de estos factores (p<0,001). La mediana de lesiones coronarias significativas fue estadísticamente superior en los subgrupos de DM y de DM con HUA (p<0,001), siendo el subgrupo con DM e HUA el de mayor prevalencia de enfermedad de tronco y tres vasos. Esta asociación persistió tras ajustar por FRCV en el modelo multivariante.

CONCLUSIONES: Los pacientes con HUA y DM presentaron mayor calcificación y extensión coronaria comparados con los sólo diabéticos. Dicho resultado confirma un papel perjudicial de la HUA en el árbol coronario de los pacientes diabéticos.

4. Efecto pronóstico de terapia guiada por niveles de antígeno carbohidrato 125 tras un ingreso por insuficiencia cardiaca (ensayo clínico CHANCE-HF).

GARCÍA-BLAS S., FÁCILA L., BERTOMEU V., BOSCH M.J., LLÀCER P., MONTAGUD V., CORDERO A., GALLEGO J., MERLOS P., NÚÑEZ J.
Hosp. Clín. Univ. de Valencia.

El antígeno carbohidrato 125 (CA125) se ha identificado como biomarcador de sobrecarga de volumen e inflamación en insuficiencia cardiaca aguda (ICA) y como predictor de eventos adversos tras una hospitalización. Nuestro objetivo fue evaluar el impacto sobre el pronóstico de una terapia guiada por los valores de CA125 (estrategia-CA125) frente al manejo convencional tras una hospitalización por ICA.

MÉTODOS: Se realizó un ensayo clínico aleatorizado multicéntrico, incluyendo 380 pacientes tras un episodio de ICA con niveles de CA125 elevados (>35 U/ml), aleatorizados a estrategia-CA125 (n=187) o convencional (n=193). La estrategia-CA125 tenía como objetivo normalizar los niveles de CA125 ajustando la dosis de diuréticos, administrando estatinas y modificando la frecuencia de seguimiento. El objetivo primario fue el evento combinado de mortalidad total y/o reingreso por ICA a 1 año.

RESULTADOS: En el grupo estrategia-CA125 se realizó un mayor número de visitas clínicas (p=0.002) y de modificaciones de la dosis de diuréticos al alza como a la baja (p<0.001). En este grupo también el tratamiento con estatinas y la administración intravenosa ambulatoria de furosemida y hierro (p<0.001) fueron más frecuentes. La estrategia guiada por CA125 se asoció con una reducción significativa del objetivo primario, tanto evaluado como tiempo hasta el primer evento (66 vs 84, p=0.017) o como la suma de eventos recurrentes [85 vs 165 eventos, tasa de incidencia (intervalo de confianza 95%): 0.49 (0.28-0.82); p=0.008]. Esta diferencia fue debida principalmente a la disminución significativa del número de rehospitalizaciones (p=0.002), pero no de la mortalidad (p=0.735).

CONCLUSIONES: En pacientes tras un ingreso por ICA y CA125 elevado, una estrategia guiada por los niveles de CA125 demostró reducir el evento combinado de muerte y rehospitalización por ICA al año frente a un manejo convencional. Este efecto fue debido principalmente a la reducción del número de rehospitalizaciones.

5. Comparación de los datos demográficos basales de los estudios LCZ696 PARADIGM-HF y TITRATION.

COSÍN J., CHEN F., CHARNEY A., GONG J., SHI V., SENNI M.
Hosp. Arnau de Vilanova de Valencia.

OBJETIVOS: El estudio PARADIGM-HF demostró que LCZ696 reduce la mortalidad cardiovascular y la hospitalización por insuficiencia cardíaca (IC) en pacientes con IC comparado con enalapril. Se compararon datos demográficos de los estudios PARADIGM-HF y TITRATION, comparando los dos regímenes de titulación de LCZ696 para evaluar si los pacientes incluidos en PARADIGM-HF eran representativos de los pacientes de la población de IC.

MÉTODOS: Para ser incluidos en PARADIGM-HF, los pacientes debían tolerar ambos fármacos del estudio completando una pre-inclusión secuencial del fármaco antes de la aleatorización. TITRATION incluyó pacientes con varias dosis de IECA/ARA II, pacientes ambulatorios y hospitalizados y dos regímenes de titulación. TITRATION demostró que para los pacientes tratados con diferentes dosis de IECA y ARA II antes de LCZ696, >70% toleraban la dosis objetivo de 200 mg b.i.d. de LCZ696.

RESULTADOS: Las variables basales del TITRATION se definieron en la inclusión. Las del PARADIGM-HF se definieron en la aleatorización, y después de que los pacientes completaran con éxito el periodo de run-in para demostrar la tolerabilidad de las dosis objetivo de los dos grupos de tratamiento (enalapril 10 mg b.i.d. y LCZ696 200 mg b.i.d.). Las características basales son comparables entre los estudios PARADIGM-HF y TITRATION, que tienen diferentes criterios de inclusión.

CONCLUSIONES: Las características basales del PARADIGM-HF y TITRATION son similares a pesar de los requerimientos del periodo run-in del PARADIGM-HF. TITRATION demostró que >70% de los pacientes toleraban la dosis objetivo de 200 mg b.i.d. de LCZ696, independientemente de la dosis basal de IECA/ARA II. Esto sugiere que los resultados de eficacia y seguridad del PARADIGM-HF se pueden generalizar a pacientes con IC en la población que están usando diferentes dosis de IECA/ARA II al inicio. Datos presentados en HFSA, 26-29 Septiembre, Washington.

6. Beneficio consistente de LCZ696 (sacubitrilo/valsartán) vs enalapril, independientemente de la terapia complementaria en el PARADIGM-HF.

NÚÑEZ J., OKUMURA N., JHUND P., GONG J., LEFKOWITZ M., RIZKALA A., ROULEAU J., SHI V., SOLOMON S., SWEDBERG K., ZILE M., PACKER M., MCMURRAY J.
Hosp. Clín. Univ. de Valencia.

OBJETIVOS: LCZ696 reduce los riesgos de muerte cardiovascular (CV) y hospitalización por insuficiencia cardíaca (IC) en comparación directa con una dosis de enalapril (basada en la evidencia) en el estudio PARADIGM-HF. Se examinó si estos beneficios eran adicionales a los otros tratamientos de los pacientes con IC y fracción de eyección reducida.

MÉTODOS: Se calcularon las tasas de riesgo relativo (HR) y los intervalos de confianza del 95% (CI) de la interacción del objetivo primario de muerte CV u hospitalización por IC y por muerte CV en relación con los subgrupos (>1.000 pacientes) definidos por el tratamiento inicial o revascularización coronaria previa. Al inicio, el 93% de los pacientes fueron tratados con un beta-bloqueante y también se evaluaron los resultados en función de si los pacientes eran tratados con ≥50% o <50% de la dosis objetivo del beta-bloqueante.

RESULTADOS: Los beneficios de LCZ696 sobre enalapril fueron consistentes en todos los subgrupos tratados y en aquellos con revascularización coronaria previa (objetivo primario y muerte CV, respectivamente): diuréticos (HR [CI]): 0,80 (0,72-0,87) y 0,79 (0,70-0,89); digoxina: 0,78 (0,67-0,90) y 0,77 (0,64-0,93); antagonista del receptor mineralocorticoide (ARM): 0,85 (0,76-0,96) y 0,84 (0,73-0,98); desfibrilador automático implantable/terapia de resincronización cardíaca: 0,78 (0,57-1,08) y 0,78 (0,57-1,08); revascularización coronaria previa: 0,74 (0,64-0,87) y 0,81 (0,66-1,00). Además, LCZ696 fue superior a enalapril en pacientes que tomaban ≥50% (0,85 [0,74-0,97] y 0,89 [0,75-1,05]) o <50% de la dosis objetivo del beta-bloqueante (0,79 [0,70-0,90] y 0,81 [0,69-0,96]).

CONCLUSIÓN: En comparación con enalapril, LCZ696 reduce el riesgo de muerte CV u hospitalización por IC en aproximadamente un 20%, independientemente de la terapia inicial incluyendo beta-bloqueantes y ARM). Estos datos van a ser presentados previamente en el congreso ACC: 2-4 Abril, Chicago.

7. Mejoría del perfil lipídico tras programa de rehabilitación cardíaca en pacientes que han sufrido un evento coronario.

NÚÑEZ L., VICENTE N., DE LARA G., PERNIAS V., GUEDES P., PUJALTE M., MAS G., LÓPEZ-ARTEAGA R., CAMARASA R., GARCÍA DE BURGOS F.
Hosp. Gen. Univ. de Elche.

INTRODUCCIÓN: La aparición de programas de rehabilitación cardíaca en el contexto de la cardiopatía isquémica y otras enfermedades cardiovasculares está en auge dado que estas intervenciones mejoran el control de factores de riesgo cardiovascular y disminuye la morbimortalidad total y cardiovascular de nuestros pacientes. El objetivo del presente estudio es analizar el impacto de un programa de rehabilitación cardíaca sobre el perfil lipídico de pacientes que han sufrido un evento coronario.

MÉTODOS: Se incluyeron pacientes dados de alta hospitalaria tras evento coronario (angina estable, angina inestable, síndrome coronario agudo con y sin elevación del segmento ST), interesados en el programa y comprometidos en su cumplimiento. Se recogieron sus principales factores de riesgo y antecedentes cardiovasculares, y se realizó una analítica basal al menos 8 semanas tras el evento (66 días de mediana) que incluía entre otros parámetros el perfil lipídico y otra al completar el programa (mediana de 321 días del evento). Se excluyeron del análisis los pacientes en los que se intensificó la terapia hipolipemiante por detectar en analítica inicial niveles LDL >100mg/dL.

RESULTADOS: Del total de 107 pacientes el 88.8% eran menores de 65 años. El 81.3% varones. El 44.9% hipertensos, el 24.4% diabéticos, un 46.7% dislipémicos, un 38.3% fumadores, y el 2.8% consumieron cocaína. El principal motivo de inclusión fue el infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (44.9%). Tras completar el programa se objetivó un aumento significativo del HDL-colesterol (media de 42 +/- 9 pasó a 46 +/- 8, p= 0.018) mejora del índice aterogénico (media de 3.31 +/- 0.64 pasó a 3.02 +/- 0.62, p= 0.006) y descenso sin alcanzar la significación del LDL-colesterol (mediana de 68 (53.5-87.5) pasó a 64.5 (51.8-79.3).

CONCLUSIONES: La participación en un programa de rehabilitación cardíaca se asocia a mejora significativa de los niveles de HDL colesterol y del índice aterogénico adicional al tratamiento habitual en pacientes tras un evento coronario.

8. Fenotipos mixtos de miocardiopatía arritmogénica y no compactación.

SANZ J., MOLINA P., BRAZA A., BERMEJO M., IGUAL B., DOMINGO D., RIOS J.M., GINER J., MARTÍNEZ-DOLZ L., ZORIO E.
Hosp. Univ. y Pol. La Fe de Valencia.

Muy escasas publicaciones avalan el solapamiento de miocardiopatía arritmogénica (MCA) con otras miocardiopatías. Con no compactación (NC) se ha mencionado raramente en publicaciones en vivos y sólo hay 2 casos de muerte súbita (MS) con esta asociación en la literatura.
OBJETIVO: Analizar nuestros casos MCA+NC.
MÉTODOS: revisión de autopsias forenses 2008-14, estudio familiar (FAM) y estudio genético (si posible). MCA definida por sustitución ventricular fibroadiposa y degeneración miocitaria. NC definida por NC/compactado(C)>2 en la autopsia y 2,3 en cRMN de vivos.
RESULTADOS: 4 de 28 MS por MCA asociaban NC.

	Familia 1	Familia 2	Familia 3	Familia 4
MS: Sexo/edad	H/14	H/21	M/43	H/29
MS: MS con deporte	Sí	Sí	No	Sí
MS: VD/VI/BiV	BiV	BiV	VI predom	BiV
MS: Aumento peso cardio /peso corporal	No	Sí	No	Sí
MS: NC/C	1.8-3.3	2-3.25	33	32-5.5
MS: genética *en breve, resultados	Sanger 2 muts en DSP (pendiente NGS)*	Pendiente NGS*	Pendiente NGS*	Pendiente NGS *
FAM: fenotipo +/total	0/5	1/2	0/3	0/1
genotipo +/total	-	-	-	-

CONCLUSIÓN: La MCA con NC representa el 14% de las MS por MCA, quizás con mayor riesgo arrítmico. Una distorsión del citoesqueleto/sarcómero por mutaciones ra-dicales en DSP o la presencia de mutaciones adicionales en esos genes podrían explicar este fenotipo (comprobaremos genética), quizás con modulación ambiental adicional (FEDER,RD12/0042/0029,PI14/01477).AB-B es contratada“Sara Borrell” CD13/0005.

9. Variables predictoras de mal pronóstico en la cirugía de las cardiopatías congénitas del adulto.

MORILLAS H., RUEDA J., OSA A., BUENDÍA F., RODRÍGUEZ-SERRANO M., MELERO J., SERRANO F., BEL A., MARTÍNEZ-DOLZ L., MONTERO A.
Hosp. Univ. y Pol. La Fe de Valencia.

OBJETIVOS: Analizar la evolución de los pacientes intervenidos mediante cirugía cardiaca en una unidad de cardiopatías congénitas del adulto (UCCA) e identificar variables de mal pronóstico.

MÉTODOS: Seleccionamos a todos los pacientes intervenidos de cirugía cardiaca desde 2006. Estudiamos una serie de características clínicas basales y evolución postoperatoria (en los primeros 30 días postcirugía o hasta el alta). Se analizaron los diferentes tipos de cirugía y las variables predictoras de mortalidad postquirúrgica.

RESULTADOS: Se intervinieron 220 pacientes de 1290 valorados (17,05%), la mayor parte precozmente tras el primer contacto con la UCCA (mediana 350 días). 38 (17,3%) presentaban cardiopatías congénitas simples, 145 (65,9%) moderadas y 37 (16,8%) complejas. La mitad habían sido intervenidos previamente. La edad media fue de 36 años (rango 12 -76 años). El 8,2% y el 3,2% asociaban hipertensión pulmonar (HTP) y cianosis, respectivamente. El 24% habían sufrido arritmias auriculares. La mayor parte de las intervenciones se realizaron a nivel del tracto de salida del ventrículo derecho (21,4%) e izquierdo (19,5%). El 12.3% sobre comunicaciones interauriculares y el 10% en la válvula mitral. Se efectúo transplante en el 2,7% y cirugía tricuspídea en el 1%. 7 pacientes (3,2%) fallecieron en el primer mes postoperatorio. La presencia de HTP, cianosis, arritmias auriculares, cardiopatía compleja y transplante se asoció a un aumento de mortalidad postoperatoria. Sólo la complejidad de la cardiopatía mantuvo la asociación estadística (p = 0,001) en el análisis multivariado, con tendencia hacia la significación de HTP (p = 0,087) y cianosis (p = 0,096).

CONCLUSIONES: La necesidad de cirugía cardíaca en los pacientes valorados en una UCCA es alta, realizándose la mayoría sobre el tracto de salida del ventrículo derecho. La mortalidad postoperatoria es baja (3,2%) y se asocia a diversos factores, siendo la complejidad de la cardiopatía la única variable predictora independiente.

10. Valor pronóstico del cateterismo cardiaco derecho en pacientes con miocardiopatía dilatada y depresión de la función sistólica.

TREJO B., RUMIZ E., BERENGUER A., VILAR J.V., VALLS A., SANMIGUEL D., FÁCILA L., GARCÍA P., BELCHI J., MORELL S.
Cons. Hosp. Gen. Univ. de Valencia.

INTRODUCCIÓN: La resonancia magnética cardiaca (RMC) es actualmente la técnica de imagen de referencia para el estudio de miocardiopatía dilatada (MCD). Recientemente, se ha sido validado un modelo no invasivo, para el cálculo de resistencias vasculares pulmonares (RVP) mediante RMC. Sin embargo, su papel pronóstico en pacientes con un primer ingreso por insuficiencia cardica (IC) es desconocido. Nuestro objetivo fue valorar el papel pronóstico de la RMC y del cateterismo cardiaco derecho (CCD) en pacientes MCD que han sufrido un primer ingreso por IC.
MÉTODOS: Se incluyó una cohorte prospecticva de 60 pacientes con un primer ingreso por IC a los que se le realizó durante el ingreso y el mismo día un CCD y una RMC. Se valoraron mediante RMC, las RVP y la fracción de eyección de ventrículo derecho (FEVD) y ventrículo izquierdo (FEVI). Mediante CCD se registraron la presión media de arteria pulmonar, el gradiente transpulmonar (GTP)y el gasto cardiaco (GC).
RESULTADOS: La edad media de nuestra muestra fue de 64 ± 15 años, el 63,3% eran varones y el 65% no tenían enfermedad coronaria. La FEVI y FEVD medias fueron 34 ± 29% y 41±15% respectivamente. Tras una mediana de seguimiento de 28±5 meses, 16 (26,7%) pacientes experimentaron un nuevo ingreso por IC y 6 (10%) fallecieron. Tras realizar un análisis multivariado, el GTP y el GC se asociaron de forma independiente con el riesgo de sufrir un nuevo evento cardiaco (murte/reingreso por IC) HR:1,2, IC 95%:1,07-1.54 y HR: 0,45 IC 95%: 0,21-0,93, p=0,006. La RVP valorada mediante CCD fue el único predictor independiente de muerte de causa cardiaca HR: 1,57 IC 95%. 1,02-2.42, p=0,040). Sin embargo, ningún parámetro de RMC estudiado se asoció de manera independiente con el riesgo de muerte cardiaca o reingreso por IC.
CONCLUSIONES: El CCD predice eventos mayores a largo plazo en pacientes con MCD y y depresión de la FEVI. Ningún parámetro valorado mediante RMC se asoció de manera independiente con un aumento del riesgo de muerte o reingreso por IC.

JUEVES DÍA 12 (16:00 - 17:00 h.)
SALA B **CARDIOLOGÍA CLÍNICA**

11. Tratamiento antitrombótico inadecuado en la fibrilación auricular no valvular. Estudio AFINVA.

DUBOIS D., MORA V., CABADÉS C., ALBIÑANA F., RIPOLL J., MEDINA A., PACHECO J., DE LABAIG P., FAGA V., ROLDÁN I., en representación del Estudio AFINVA.
Hosp. Univ. Dr. Peset de Valencia. Dep. de Salud Valencia-Dr Peset.

El ajuste del tratamiento antitrombótico (TA) en pacientes (p) con fibrilación auricular (FA) puede ser en ocasiones complejo.

OBJETIVO. Conocer el grado de adecuación a las recomendaciones de las guías clínicas del tratamiento antitrombótico en pacientes con FA no valvular (FANV) del estudio AFINVA (Actualidad en Fibrilación aurlcular No Valvular).

MÉTODOS. Estudio transversal exploratorio de una muestra de 30.024 pacientes (p) mayores de 18 años correspondiente al 10% de la población de un Departamento de Salud. Analizamos datos demográficos, clínicos, factores de riesgo, y grado de adecuación a las recomendaciones de las guías clínicas en el tratamiento antitrombótico.

RESULTADOS. La prevalencia de FA fue del 2,1% (629 p). De estos, 505 p presentaban FANV. La edad media fue 77,4±10 años, mujeres el 55%. La prevalencia de TA inadecuado fue del 58% (25% por no ir anticoagulados, 29% por mal control del INR, 3,4% por no indicación de tratamiento antiagregante concomitante a la anticoagulación y 0,6% por no estar indicada la anticoagulación). En el análisis multivariado se asoció de forma independiente con TA inadecuado la FANV paroxística (OR=2,7 IC 95% 1,68-4,40 p<0,01), la cardiopatía isquémica (OR 3,0 IC 95% 1,18-9,6 p<0,01) y la puntuación HASBLED ≥3 (OR = 5,8 IC 95% 3,6-9,4 p< 0,001).

CONCLUSIONES. La prevalencia de TA inadecuado es muy elevada y se encuentra en relación fundamentalmente con la menor anticoagulación de p con FANV paroxística, uso inapropiado de antiagregantes en la cardiopatía isquémica y riesgo elevado de sangrado en algunos pacientes.

12. Rasgos característicos de los pacientes no anticoagulados con fibrilación auricular no valvular. Estudio AFINVA.

PÉREZ-OLIVARES C., MORA V., DUBOIS D., MATEU C., GASULL S., SANZ J.J., MORENO M., HERMIDA H., BERTOLÍN J., ROLDÁN I. En representación del Estudio AFINVA
Hosp. Univ. Dr. Peset de Valencia. Dep. de Salud Valencia-Dr Peset.

La mayoría de los pacientes (p) con Fibrilación Auricular no valvular (FANV) deben estar anticoagulados si atendemos a las recomendaciones de las guías clínicas.
OBJETIVO. Evaluar la prevalencia de pacientes con FANV no anticoagulados del estudio AFINVA (Actualidad en Fibrilación aurlcular No Valvular) y factores asociados.
MÉTODOS. Estudio transversal exploratorio de una muestra de 30.024 pacientes (p) correspondiente al 10% de la población de un Departamento de Salud que incluye 629 p con diagnóstico de FA en la historia clínica electrónica de Atención Primaria. Tras excluir los p con FA valvular y aquellos con FA <1 mes de evolución, analizamos las características del tratamiento anticoagulante en 505 p con FANV.
RESULTADOS. Edad media 77,4±10 años, mujeres el 55%. El 28% de los p con FANV no estaba anticoagulado (16% con antiagregantes y 12% sin tratamiento antitrombótico). Estos fueron de menor edad (75±13 vs 78,3 ± 8,5, p<0,01), tuvieron menor puntuación CHA_2DS_2VASc (3,5±2 vs 4,2±1,6, p<0,01) y menor HASBLED (1,9±1 vs 2,4±0,9, p<0,01) que los p anticoagulados. Otras características de la población aparecen en la tabla. En el análisis multivariado el único factor independiente para NO estar anticoagulado fue la FA paroxística (OR 6,8; IC 95% 4,2-11,1; p<0,01).
CONCLUSIONES. Se mantiene elevada la proporción de pacientes con FANV sin tratamiento anticoagulante a pesar de tener un riesgo embolígeno elevado. La presencia de FANV paroxística favorece esta actitud incorrecta.

	HTA (%)	DM (%)	FG< 60 (%)	IC (%)	Frágil (%)	FA Px (%)
ACO	81,6	34,9	36,2	33,2	23,3	26,3
No ACO	70,2	22	24,1	19,8	24,8	72,3
p	< 0,01	< 0,01	< 0,01	< 0,01	ns	< 0,01

ACO: Anticoagulados. DM: Diabetes. HTA: Hipertensión arterial. FG: Filtrado glomerular renal (1,73 ml/m/m^2). IC: Insuficiencia cardíaca. Px: Paroxística

13. Niveles de lipocaina asociada a la gelatinasa neutrófila en plasma y mortalidad a largo plazo en insuficiencia cardíaca aguda.

PAYÁ A., MIÑANA G., CARDELLS I., HEREDIA R., GONZÁLEZ J., ESCRIBANO D., VALERO E., GARCÍA-BLAS S., SANTAS E., NÚÑEZ J.
Hosp. Clín. Univ. de Valencia.

INTRODUCCIÓN: La lipocalina asociada a la gelatinasa neutrófila (NGAL) es un marcador de daño tubular relacionado con disfunción renal precoz. Su valor pronóstico adicional es desconocido.
OBJETIVO: El objetivo fue evaluar la capacidad del NGAL sérico para predecir de forma independiente, la mortalidad a largo plazo en pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca aguda (ICA).
MÉTODOS: Se incluyeron prospectivamente 206 pacientes consecutivos que ingresaron por ICA. La enfermedad renal crónica (ERC) fue definida como un eGFR <60 ml/min/1.73 m^2. La mortalidad de acuerdo a la mediana de los valores de NGAL se evaluó mediante el método de Kaplan Meier. La asociación independiente entre los valores de NGAL y la mortalidad a largo plazo se estimó mediante el análisis de regresión multivariante de Cox.
RESULTADOS: Durante una media de seguimiento de 36 meses (12-46), se registraron 97 muertes (47,1%). La edad media fue de 72,3±12 años, el 51% eran mujeres y el 53% presentaban una FEVI <50%. La mediana (rango intercuartílico) de eGFR, urea, creatinina y NGAL fue de 64,1 ml/min/1.73 m^2 (37), 49 mg/dl (28), 1,02 mg/dl (0,5) y 85 ng/ml (98,7), respectivamente. Los niveles de NGAL por encima de la mediana mostraban una mayor tasa de muerte (1,25 vs 2,70 por 10 personas-año, p<0,001). Entre los marcadores renales, la urea mostraba la mayor precisión discriminativa seguido del eGFR, la creatinina y el NGAL (estadístico-C de Harrell 0.650, 0.618, 0.612, 0.610, respectivamente). Al estratificar la muestra en función de la ERC, el NGAL mostró un comportamiento a nivel pronóstico diferencial (p de la interacción=0.021). Los valores de NGAL>64,1 ng/ml se asociaron de manera independiente al riesgo de muerte en pacientes sin ERC (HR=2.56; IC 95%: 1.34-4.88, p=0.004); sin embargo, su efecto fue neutro en pacientes con ERC (HR=0.94; IC 95%: 0.53-1.66, p=0.818).
CONCLUSIONES: En pacientes ingresados por ICA, los niveles de NGAL circulante se asociaron a un mayor riesgo de muerte a largo plazo en pacientes con función renal normal.

14. Respuesta de la frecuencia cardiaca y capacidad funcional en pacientes con insuficiencia cardiaca con función sistólica preservada.

GONZÁLEZ J., DOMÍNGUEZ E., PALAU .P, RAMÓN J.M., HEREDIA R., MELERO J., LÓPEZ L., SANTAS E., CHORRO F.J., NÚÑEZ J.
Hosp. Clín. Univ. de Valencia, Hosp. Gen. Univ. de Castellón, Hosp. Univ. La Plana. Univ. Jaume I de Castellón. Univ. de València.

OBJETIVOS: Los mecanismos de la intolerancia al ejercicio en pacientes con insuficiencia cardiaca con función sistólica preservada (ICFSP) no están totalmente esclarecidos. La incompetencia cronotropa se ha propuesto como un potencial mecanismo. Evaluamos la relación entre la respuesta de la frecuencia cardiaca (FC) y la capacidad funcional en pacientes con ICFSP avanzada.
MÉTODOS: Estudiamos 40 pacientes con ICFSP [50% NYHA III, 55% mujeres, edad (media±DE) 71.6±8.6 años y 40% en fibrilación auricular]. La capacidad functional se determinó mediante el consumo máximo de oxígeno (VO2 máx.) obtenido en la ergoespirometría.
RESULTADOS: El VO2 máx. (media±DE) fue de 10.2±3.1mL/min/kg. Se calcularon las siguientes variables cronotrópicas: Delta-FC (FC máxima ejercicio – FC en reposo), índice cronotrópico (IC) = (FC máxima ejercicio – FC en reposo) / [(220 – edad) – FC en reposo)] y el IC según la ecuación desarrollada por Keteyian (ICK) como (FC máxima ejercicio – FC en reposo) / [(119 + (FC en reposo/2) – (edad/2) – 5 – FC en reposo)]. En el análisis bivariado, el VO2 máx. se correlacionó de forma positiva y significativa con el Delta-FC (r=0.33, p=0.037) y de forma límite con el IC y ICK (r=0.30, p=0.055 y r = 0.31, p = 0.050, respectivamente). En el análisis multivariado (ajustado por edad, sexo, superficie corporal, filtrado glomerular, hemoglobina, NT-proBNP, E/E'septal y uso de β- bloqueantes), las distintas variables cronotrópicas se asociaron al VO2 máx. Por cada incremento en 10lpm en el Delta-FC e incremento en 0.1 unidades en el IC y el ICK se obtuvo un incremento asociado en la media del VO2 máx. de 0.32 mL/min/Kg (p=0.040), 0.27 mL/min/Kg (p=0.015) y 0.15 mL/min/Kg (p = 0.016), respectivamente.
CONCLUSIONES: En pacientes con ICFSP avanzada, la respuesta de la FC al ejercicio se asoció de forma positiva con la capacidad funcional evaluada mediante el VO2 máx.

15. Experiencia sobre reparación valvular mitral compleja.

DOMÍNGUEZ C., BEL A.M., SCHULER M., BERBEL A., BLANCO O., PÉREZ M., IGUAL B., OSA A., MARTÍNEZ L., MONTERO J.A.
Hosp. Univ. y Pol. La Fe de 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 237 casos de cirugía reparadora mitral. La edad media de los pacientes es de 63.93 años (22-84 años) siendo 148 varones (63.5%). De estos casos el 37% es ya cirugía reparadora mitral compleja, siendo aquellos casos cuya etiología es la enfermedad de Barlow, la congénita o por endocarditis valvular, y también 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 (preoperatoriamente y al año de la cirugía).

RESULTADOS: La mortalidad hospitalaria total ha sido de 8 casos (3,7%); 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 7,48mm (DT14mm) y de 4,61mm (DT12mm) respectivamente, con una significación estadística de p<0,05. La reducción del volumen ventricular fue significativamente superior cuando el VTSVI es <45mm. Con un seguimiento medio de 44 meses (1-70 meses) la supervivencia global libre reintervención es 93%+7.5%. En cuanto a la reparación valvular compleja libre de reintervención es 91% + 3,2. A un año la supervivencia global es 94.4%+3% y 92,48%+5.1% a cinco años.

CONCLUSIONES: Gracias a la curva de aprendizaje, no solo realizamos reparación valvular sencilla sino que hemos aumentado los casos de reparación valvular compleja obteniendo excelentes resultados con mínima morbimortalidad. La mayor reducción de volúmenes ventriculares cuando éstos son menores preoperatoriamente indican que la cirugía debe ser precoz.

16. Reducción de ingresos por fibrilación auricular mediante un protocolo de cardioversión precoz en urgencias y derivación a consulta especializada.

COSIN-SALES J., BUENDÍA F., MACEIRA A., CANO M.J., ESPINOSA R., ESPAÑA L., CONDE G., ALCOVER V., MORO J., RUVIRA J.
Hosp. Arnau de Vilanova de Valencia.

OBJETIVOS: La fibrilación auricular (FA) es la arrítmia más prevalente y una causa muy frecuente de ingresos hospitalarios. Muchos pacientes ingresan para cardioversión con una perfusión de Amiodarona, o que tras haber cardiovertido, ingresan para estudio o inicio de la anticoagulación. En el presente trabajo hemos estudiado la posible reducción de ingresos hospitalarios por FA mediante un programa multidisciplinar, involucrando fundamentalmente a los servicios de urgecias (mediante un protocolo de cardioversión rápida con Vennakalant), hematología (inicio rápido ambulatorio de anticoagulación) y cardiología (consulta de FA con rápida derivación y alta resolución).
MÉTODOS: Analizamos el porcentaje de ingresos por FA en cardiología desde 2011 hasta el 31/6/2015, tras la puesta en marcha en 2013 de la consulta de alta resolución de FA y en 2014 (aunque sobre todo en 2015) el protocolo de cardioversión con Vernakalant.
RESULTADOS: En la consulta de FA estudiamos un total de 526 pacientes (72 años, 51% mujeres), a los que mayoritariamente completamos el estudio con un ecocardiograma (96%). La mayor parte de ellos (45%) se diagnosticaron de FA paroxística y el control del ritmo fue la estrategia más empleada (56%). Además, el uso del Vernakalant en urgencias permitió un alto porcentaje de reversión (85%) a ritmo sinusal en los 41 pacientes en los que se empleó, siendo además muy seguro (solo 4 pacientes con efectos adversos leves). Con todo esto, el porcentaje de ingresos en cardiología por FA (sobre el total de ingresos) pasó de 14.5% en 2011 y14,2% en 2012 a 12,1% en 2013; 12,1% en 2014 y 9,8% en 2015, lo que supone una reducción del 32% en los ingresos por FA.
CONCLUSIONES: Una estrategia multidisciplinar para el manejo urgente del paciente con FA basada en la cardioversión precoz con Vernakalant y la posibilidad de una rápida derivación a cardiología para valoración ambulatoria permite una clara reducción de los ingresos por FA en cardiología.

17. Neprisilina serica y reingresos hospitalarios tras un episodio de insuficiencia cardíaca aguda.

ESCRIBANO D., SANTAS E., VALERO E., GARCÍA S., PAYÁ A., CARDELLS I., MOLLAR A., MIÑANA G., CHORRO F.J., NÚÑEZ J.
Hosp. Clín. Univ. de Valencia.

INTRODUCCIÓN:
La predicción del reingreso hospitalario tras un episodio por insuficiencia cardíaca aguda (ICA) constituye un reto. La forma soluble de la neprisilina (sNEP) se ha postulado recientemente como un biomarcador prometedor en la insuficiencia cardíaca. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la asociación entre sNEP y el reingreso hospitalario a largo plazo.

METODOS Y RESULTADOS:
Se midió la sNEP al ingreso de 210 pacientes consecutivos con ICA. Se realizó una regresión binomial negativa multivariante para evaluar la asociación entre sNEP y el riesgo de ingresos repetidos (por todas las causas y por ICA) durante el seguimiento. El riesgo de reingresos de acuerdo a los cuartiles de sNEP se expresó mediante la razón de incidencias (IRR). Tras una mediana de seguimiento de 2.1 años (RI 1.2-2.8), se registraron 94 muertes, 307 reingresos por cualquier causa en 144 pacientes (68.6%) y 130 reingresos por ICA en 82 pacientes (39.1%). El análisis multivariante mostró que la sNEP, desde el cuartil inferior al superior, se asoció a un aumento progresivo del riesgo para ambos objetivos, aunque con un efecto menor sobre todas las causas de reingreso. Tomando como referencia el primer cuartil, los IRR para los reingresos por todas las causas fueron: Q2=0.96 (0.61-1.51; p=0.860), Q3=1.1 (0.77-1.88; p=0.407), y Q4=1.94 (1.28-2.94; p=0.002) [Omnibus p-valor=0.004]. Para los reingresos por ICA, los IRR fueron: Q2=1.28 (0.63-2.58; p=0.491), Q3=1.99 (1.09-3.62; p=0.024), y Q4=4.31 (2.34-7.97; p<0.001) [Omnibus p-valor <0.001].

CONCLUSIONES:
En pacientes con ICA, sNEP se asoció positivamente con el riesgo de ingresos repetidos en el seguimiento.

18. Situación de anticoagulación tras un año de seguimiento en pacientes con fibrilación auricular no valvular.

LÓPEZ-FERNÁNDEZ I., LLARIO I., SÁNCHEZ-TORRIJOS J., LUCAS E., GIRBÉS V., MASCARELL B., MARTÍ S., MARTÍNEZ I.
Hosp. Lluís Alcanyís de Xàtiva.

OBJETIVOS: Conocer tras un año de seguimiento el estado de anticoagulación de una muestra de pacientes con fibrilación auricular sin prótesis valvular anticoagulados con antivitaminas K, así como los eventos tanto isquémicos como hemorrágicos presentados.

MÉTODOS: Entre enero y abril de 2015 se recogieron aleatoriamente mediante la base de datos Web-Athis 296 pacientes con fibrilación auricular anticoagulados con antivitaminas K. Se excluyeron 11 pacientes con prótesis valvular y 3 pacientes perdidos en el seguimiento. Se tomaron seis determinaciones del INR al inicio y seis al final. Se utilizó el Método Directo y se consideró bien anticoagulado si el 60% de las determinaciones de INR se encontraban en el rango de 2 y 3. Se recogieron como eventos la isquemia cerebral, la hemorragia mayor y el éxitus.

RESULTADOS: Edad media 77.6±8,5 años, 50.7% mujeres, CHA_2DS_2-VASc 3.5 ±1.5 y HAS-BLED 1.7±0.8. De los 284 pacientes 11 (3,8%) tomaban anticoagulantes de acción directa al final del seguimiento por mal control de INR. Se contabilizaron 8 hemorragias mayores (2 hematomas subdurales, a uno de ellos se les suspendió la anticoagulación), tres pacientes presentaron eventos isquémicos cerebrales y 19 fallecieron. Ninguno de los eventos isquémicos y hemorrágicos sucedieron en pacientes tratados con nuevos anticoagulantes ni con control estable de INR. De los 253 pacientes anticoagulados con antivitamina K al final del seguimieto 142 (55,6%) estaban bien anticoagulados, frente al 46,2% que lo estaban al inicio. El 31,6% tenían las dos determinaciones con adecuado control, el 28,5% ninguna de las dos y el 39,9% una de las dos con mal control.

CONCLUSIONES: Tras un año anticoagulados con antivitaminas K, aunque mejor control, sólo un tercio de los pacientes presentan control estable del INR. El resto, sin control estable y en mayor riesgo de eventos se podrían considerar los nuevos anticoagulantes.

19. Resultados de una consulta monografica de miocardiopatias.

VILLAMIA B., HORTELANO I., CARRILLO L., CANDELA E., GUZMAN E., VICEDO A., MACÍAS M.J., GARCÍA A., CLIMENT V., SOGORB F.
Hosp. Gen. Univ. de Alicante.

INTRODUCCIÓN: Desde 2007 disponemos en nuestro centro de una consulta monográfica de miocardiopatías (MC) familiares en la que se siguen pacientes de la provincia de Alicante. El objetivo del presente trabajo es describir las características de de los pacientes y valorar la rentabilidad diagnóstica de los estudios genéticos.

METODOLOGÍA: Se incluyeron de forma consecutiva todos los pacientes seguidos en la consulta de miocardiopatías familiares en el periodo 2007-2015.

RESULTADOS: Se han estudiado un total de 498 casos índice (CI) diagnosticados de miocardiopatía (edad: 62±20 años; 58% varones) así como 885 familiares (edad: 44±17 años; 45% varones). La media de familiares estudiados por CI fue de 1,8 (rango 1-20 familiares/CI). Los principales diagnósticos fueron: 418 (85,5%) MC hipertrófica, 26(5,3%) MC espongiformes, 19 (3,9%) enfermedad de Fabry, 14 (2,9%) MC dilatada familiar, 11 (2,2%) MC arritmogénicas. Se solicitaron 185 estudios genéticos en CI, obteniendo 70% de resultados positivos. Las principales mutaciones encontradas fueron en el gen: GLA (23%), MYBPC3 (22%), MYH7 (15%), TNNT2 (8%) y FLNC (4,6%). Se solicitó estudio genético a 159 familiares de CI con mutación positiva, encontrando un 53% de resultados positivos. Se observan diferencias en las características clínicas de los CI a los que se solicita estudio genético frente a los que no se solicita, siendo los primeros de menor edad, con diagnostico más precoz y con historia familiar de MC (p 0.015). No se encontraron diferencias en el resto de características analizadas (grosor septal, masa ventricular, antecedente muerte súbita). El 81% de los estudio se solicita en MC hipertrófica.

CONCLUSIÓN: El estudio genético obtiene una alta rentabilidad diagnóstica en los CI analizados, teniendo en cuenta que hay un sesgo de selección ya que solo se solicita estudio en aquellos con ciertas características clínicas.

20. Análisis descriptivo y evolutivo pre y post implante de prótesis biológica por insuficiencia pulmonar.

MORILLAS H., OSA A., RUEDA J., BUENDÍA F., RODRÍGUEZ-SERRANO M., SERRANO F., IGUAL B., PLAZA D., MONTERO A., MARTÍNEZ-DOLZ L.
Hosp. Univ. y Pol. La Fe de Valencia.

OBJETIVOS: Analizar la evolución de pacientes con insuficiencia pulmonar (IP) severa intervenidos mediante sustitución valvular biológica quirúrgica.

MÉTODOS: Seleccionamos a 43 pacientes intervenidos. Recogimos variables clínicas (diagnóstico, indicación quirúrgica, demográficas,...), de imagen y electrocardiográficas tanto pre como postcirugía. Analizamos la evolución en el tiempo de dichos parámetros.

RESULTADOS: La mayor parte de los pacientes (33/43=76,7%) estaban diagnosticados de tetralogía de Fallot; el resto presentaban alteraciones intrínsecas de la válvula pulmonar (8 estenosis valvulares, 1 estenosis subvalvular, 1 agenesia valvular). El motivo de la intervención fue: síntomas en 11 pacientes (25,6%), dilatación progresiva o disfunción del ventrículo derecho (VD) en 12(27,9%), la combinación de ambas en 18(41,9%) y arritmias en 2(4,7%). No hubo fallecimientos en el postoperatorio inmediato (primeros 30 días o hasta el alta). La media y mediana de gradientes máximos de la prótesis fue de 20 mmHg, con sólo 1 paciente con gradiente >30 mmHg. La regurgitación fue ninguna o ligera en el 83,7%, y nunca severa. La clase funcional (CF) mejoró sustancialmente (12, 28 y 3 pacientes vs 30, 11 y 2 pacientes en CF I, II y III pre y post cirugía respectivamente; p=0,004). El tamaño del VD disminuyó tanto por ecocardiografía (51,95 vs 44,04 mm; p=0,001) como por RMN (193,68 vs 109,93 ml/m^2 telediastólicos; p=0,001). La función del VD se redujo al valorarla por TAPSE (18,72 vs 16,04 mm), pero no por RMN (40,58 vs 43,94; p=0,27). El QRS se estrechó en 7 mm tras la cirugía (p=0,001). En el seguimiento, 1 paciente falleció de muerte súbita y otro presentó una taquicardia ventricular sincopal.

CONCLUSIONES: La sustitución valvular biológica quirúrgica en la IP severa es una técnica segura y eficaz, indicada principalmente por alteración estructural del VD. Se asocia a mejoría de la CF y disminución del tamaño sin cambios en la función del VD. Pese a la intervención, existe riesgo de arritmias malignas durante el seguimiento.

JUEVES DÍA 12 (16:00 - 17:00 h.)
SALA C **PREVENTIVA**

21. Epidemiología y características de la fibrilación auricular en nuestro medio. Estudio AFINVA.

BERTOLÍN J., MORA V., CABADÉS C., CASAO S., GONZÁLEZ J., NAVARRO F., VICENTE M., SEOANE A., DUBOIS D., ROLDÁN I. EN REPRESENTACIÓN DEL ESTUDIO AFINVA.
Hosp. Univ. Dr Peset de Valencia. Departamento Valencia-Dr Peset.

La fibrilación auricular (FA) constituye un problema de salud por sus potenciales complicaciones y las previsiones futuras al alza en su incidencia. La FA no valvular (FANV) es su presentación más frecuente.
OBJETIVO. Conocer la prevalencia de FA y las características específicas de los pacientes (p) con FANV en nuestro Departamento de Salud.
MÉTODOS. AFINVA (Actualidad en Fibrilación aurIcular No Valvular) es un estudio transversal exploratorio de una muestra de 30.024 p correspondiente al 10% de la población general de un Departamento de Salud. Se incluyen todos los pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de FA en la historia clínica electrónica de Atención Primaria-Especializada. Para el estudio del grupo de p con FANV se excluyen p con FA valvular y aquellos con FA <1 mes de evolución. Analizamos datos demográficos, clínicos, riesgo embolígeno y hemorrágico, y características del tratamiento.
RESULTADOS. Se detectaron 629 p con FA, lo que representa una prevalencia general del 2,1%, que aumenta con la edad (8,6% en >65 años). Edad media 77,4±10 años, mujeres 55%. En los 505 p con FANV el 72% estaban anticoagulados (84% con antivitamina K (AVK) y 16% con anticoagulantes directos). El control adecuado de la anticoagulación alcanzó solo al 53% de los tratados con AVK. El 96,2% de los p con FANV tenía $CHA_2DS_2VASc \geq 1$ y el 40% riesgo hemorrágico por HASBLED ≥3. La FANV persistente-permanente fue la más frecuente (62%) seguida de la paroxística (38%). El tratamiento más utilizado para el control de la respuesta ventricular fueron los betabloqueantes (37%) y antagonistas del calcio (16%), y para el control del ritmo los antiarritmicos del grupo Ic (31%) y III (30%).
CONCLUSIONES. El estudio AFINVA es el mayor registro realizado a nivel departamental en España sobre la prevalencia de FA y características de la FANV. Nos permite conocer la realidad de la FA en nuestro medio y puede ser útil en planificación sanitaria.

22. Indicación potencial de los nuevos IPCSK9 en pacientes con SCA en vida real.

CARRILLO L., ARRARTE V.I., LEON E.M., SERRANO M.A., SOLA M.D., MORENO O., LILLO I.M., CANDELA E., VILLAMIA B., SOGORB F.
Hosp. Gen. Univ. de Alicante.

OBJETIVOS: Ante la reciente comercialización de IPCSK9 como alternativa para el control del colesterol LDL, en concreto en los pacientes con SCA reciente, decidimos analizar el porcentaje de pacientes estimado que se podrían beneficiar de su uso en nuestra práctica habitual durante un año natural.

PACIENTES Y MÉTODOS: Se analizaron los tratamientos y niveles de LDL de 183 pacientes tratados durante el 2014 tras un SCA dentro de un programa de Rehabilitación Cardiaca. En los pacientes a los que a los 3 meses no cumplían un nivel de LDL por debajo de 100 y no estaban con ezetimibe añadido al tratamiento con estatina estimamos un efecto reductor del 20% añadido sobre el valor analítico como posible efecto de su inclusión.

RESULTADOS: El 100% de los pacientes tomaban estatinas a los 3 meses (Rosu20 61(33.3%), Rosu10 6(3.33%), Ator80 35(19.12%), Ator40 70(38.25%), dosis bajas de estatina 11(6%)) y ezetimibe previo a la visita 3(1.65%) o ya en la visita de los 3 meses 31(17.50%). Si bien inicialmente tenían LDL entre 70-100 (50) y LDL>100 (122), el 94% estaba fuera de objetivos, a los 3 meses tenían LDL entre 70-100 (91) y LDL>100 (22), estando fuera de objetivos el 60.6%. Ajustando la corrección de la implantación en la consulta final de ezetimibe con un poder reductor en torno al 20%, en aquellos a los que se les inició en dicha valoración, estimamos que con LDL entre 70-100 seguiríamos teniendo 14 (7.65%) y LDL>100, 3 pacientes (1.64%).

CONCLUSIONES: Los pacientes en vida real potencialmente tratables con IPCSK9 tras SCA y con indicaciones aprobadas por la EMA de "tratamiento añadido a estatina y ezetimibe si no se consiguen objetivos LDL", no teniendo en cuenta restricciones administrativas, abarcaría menos del 10%. Asumiendo que al ser datos de vida real una correcta adherencia al tratamiento y cambio de hábitos podría mejorar estos resultados, el tratamiento con IPCSK9 será indispensable solo en pacientes muy seleccionados.

23. Protocolo de screening preparticipativo basado en ECG y ecocardiograma rápido dirigido a causas frecuentes de muerte súbita: Experiencia en futbolistas jóvenes.

FABREGAT O., FERRANDO M., MUÑOZ A., PINA S., PLAZA R., USÓ H., DE LA ESPRIELLA R., TREJO B., GARCÍA-GONZÁLEZ P., MORELL S.
Hosp. Gen. Univ. de Valencia.

OBJETIVOS: Las guías clínicas recomiendan incluir el ECG en el reconocimiento preparticipativo de deportistas. Sin embargo, algunos hallazgos del ECG pueden considerarse patológicos y es necesario descartar cardiopatía estructural en un segundo acto mediante ecocardiografía. Nuestro objetivo fue evaluar la utilidad de un protocolo de screening que incluye ECG y ecocardiograma rápido orientado a causas frecuentes de muerte súbita: miocardiopatía hipertrófica, anomalías coronarias, o prolapso mitral.
MÉTODOS: Se estudiaron futbolistas federados de equipos de la província de Castellón entre 12 y 18 años, mediante: historia médica personal y familiar completada electrónicamente, examen físico en consulta con auscultación cardiaca, ECG de 12 derivaciones en reposo, y ecocardiograma transtorácico en reposo (medidas de VI en paraesternal largo; tracto de salida de VD, válvula aórtica y ostium coronarios en paraesternal corto; anatomía de válvula mitral, flujos Doppler y fracción de eyección en eje cuatro cámaras). Se estimó una duración de 12-14 minutos por reconocimiento [2 min chequeo de historia, 1 min exploración física, 4 min ECG, 5-7 min ecocardiograma]
RESULTADOS: Se reconocieron 343 futbolistas [16.2±2.6 años] en 23 sesiones. La mediana por reconocimiento fue 12 minutos [9-14]. El mayor retraso se produjo en el examen de los ostium coronarios (no pudo asegurarse normoposición en 72 jugadores, 21%). Se hallaron criterios ECG de hipertrofia VI en 222 deportistas (66%), aunque sólo 31 de ellos tenía una masa ventricular >115 g/m2 (sensibilidad 0.54-especificidad 0.33). Algunos hallazgos ecocardiográficos significativos fueron: aórta bicúspide en 7 futbolistas, prolapso mitral con insuficiencia ligera en 3, y no compactada en 1.
CONCLUSIONES: Este protocolo de screening en futbolistas adolescentes es práctico, útil y preciso, y podría permitir descartar falsos positivos del ECG de forma rápida y segura. Su implementación en instituciones deportivas con gran número de deportistas jóvenes puede ser una alternativa para detectar causas frecuentes de muerte súbita

24. La ira, como factor de riesgo cardiovascular, según el tipo de procedimiento empleado (angioplastia primaria vs angioplastia electiva).

CANDELA E., ARRARTE V., LEÓN E., SERRANO M., SOLA M., MORENO O., LILLO I., CARRILLO L., HORTELANO I., SOGORB F.
Hosp. Gen. Univ. de Alicante.

OBJETIVOS: Los aspectos psicológicos relacionados con un SCA no se suelen contemplar en la valoración inicial ni en el seguimiento. En los varones, los aspectos psicológicos aún se valoran menos, ya que los trastornos del estado de ánimo son más frecuentes en mujeres. La ira es un factor de riesgo considerado por las guías. Nos preguntamos si un tratamiento más precoz tiene una mejor respuesta en la variable ira en varones.
PACIENTES Y MÉTODOS: Se analizaron 162 varones tratados desde noviembre de 2013 hasta febrero de 2015 en un programa de Rehabilitación Cardiaca. Se incluyó y clasificó según presentaran SCACEST tratados con ACTP primaria (78) (antes de las 12h del evento, e idealmente en las 2 primeras horas) o SCASEST tratados con ACTP electiva (84) (entre 12 y 72h del evento). Se entregó un cuestionario a la entrada al programa dentro de los primeros 7 días tras el evento y otro a los 3 meses, a la finalización del programa, midiendo las diferentes dimensiones de la ira. Se analizaron los datos de la muestra sin encontrar diferencias significativas basales entre los grupos.
RESULTADOS: Los pacientes presentaron valores de ira rasgo, reacción de ira, expresión de ira y control de ira similar en los dos grupos sin diferencias significativas. Sin embargo, presentaron medias en las puntuaciones basalmente similares en temperamento [7.96(2.59 DT) en angioplastia primaria y 7.58(2.46) en electiva], con aumento de puntuación final en el grupo de angioplastia electiva [8.14(2.80)] y disminución en el grupo de angioplastia primaria [7.99(2.60)] estadísticamente significativo ($F_{1,158} = 4.07$, $p = 0.045$).
CONCLUSIONES: Los pacientes tratados de forma más precoz mejoran su temperamento a los 3 meses de la intervención empeorando en el caso de los pacientes tratados de forma demorada, independientemente del riesgo inicial. Dado que la ira es un factor de riesgo debe intentarse su control con un correcto afrontamiento diagnóstico-terapéutico.

25. ¿Deberíamos vigilar más estrechamente a pacientes sometidos a revascularización coronaria en cuanto a la aparición de nuevos factores de riesgo cardiovascular?

DE LARA G., AHUMADA M., IBARRA NV., PERNIAS V. , NUÑEZ L., GUEDES P., GÓMEZ M., GARCÍA DE BURGOS F., MARÍN F., PASCUAL D.A.
Hosp. Gen. Univ. de Elche.

ANTECEDENTES Y OBJETIVO: La prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en los pacientes sometidos a cirugía de revascularización coronaria (CRC) está bien estudiada, pero su desarrollo a largo plazo no está bien establecido en población mediterránea. Las guías clínicas recomiendan una visita de seguimiento una vez al año en estos pacientes en base a opinión de expertos. El objetivo de nuestro estudio fue analizar la mortalidad, el hábito tabáquico y el desarrollo de FRCV en una población mediterránea en 12 años de seguimiento después de CRC.
MÉTODOS: Se estudiaron 139 pacientes sometidos a CRC en 2002 en una región mediterránea de España. Las características basales de los pacientes se recogieron en el momento de la CRC como parte de un registro. El hábito tabáquico y el desarrollo de la hipertensión, la diabetes mellitus y dislipemia durante el seguimiento de los pacientes hasta el año 2014 se revisó de forma exhaustiva. Las variables continuas se presentan como media±DE. Las proporciones se expresan como porcentajes y las diferencias se analizaron mediante la prueba de McNemar para muestras apareadas. Los contrastes fueron bilaterales, y los valores de p <0,05 se consideraron significativos.
RESULTADOS: En el momento de la CRC la edad media fue de 64,31 ± 9,15 años, siendo el 75,5% hombres, el 3,1% tenía insuficiencia renal, el 5,2% tenía insuficiencia cardíaca crónica, el 69,1% fueron sometidos a CRC con circulación extracorpórea, y el 5,8% precisó balón de contrapulsación. Los cambios en la prevalencia de FRCV en 12 años varió del 59% al 88,0% (p <0,001) para la hipertensión, del 35,3% inicial al 56,9% (p <0,001) para la diabetes mellitus y del 56,8% al 93,7% (p <0,001) para la dislipemia. El abandono del hábito tabáquico fue significativo (27,3% a 13,3%; p = 0,009), pero lejos del 0% deseable en estos pacientes de alto riesgo. Finalmente, hubo una mortalidad a largo plazo del 40%.
CONCLUSIONES: Los pacientes sometidos a CRC son una población de alto riesgo con una alta mortalidad a largo plazo. El desarrollo de FRCV clásicos durante el seguimiento es frecuente y el abandono del hábito tabáquico es mejorable. Una vigilancia más estrecha podría contribuir a un mejor control y una reducción de la mortalidad. Son necesarios estudios que comparen estrategias de seguimiento y probablemente las recomendaciones de las guías deberían ser revisadas.

26. Mejoría del control lipídico en pacientes en prevención secundaria mediante un programa colaborativo entre atención primaria y cardiología.

COSÍN J., RUVIRA J., MACEIRA A., GISBERT R., GÓMEZ R., PÉREZ M.J., BUENDÍA F., DALLÍ E., SOTILLO J.
Hosp. Gen. Arnau de Vilanova de Valencia.

OBJETIVOS: La enfermedad cardiovascular (ECV) es la primera causa de mortalidad precoz y discapacidad en España, y la dislipemia es un claro factor de riesgo de ECV. Actualmente la guía sobre dislipemias de la Sociedad Europea de Cardiología recomienda que en pacientes de muy alto riesgo los niveles de LDL deben ser inferiores a 70 mg/dl, pero sabemos que este objetivo se alcanza en un bajo porcentaje de pacientes. En este trabajo quisimos mejorar el control lipídico en nuestro departamento de salud mediante un programa colaborativo con atención primaria, basado en el conocimiento y la formación sobre el control lipídico en pacientes de muy alto riesgo.
MÉTODOS: Identificamos todos los pacientes con diagnósticos de ECV (Cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular o enfermedad vascular periférica) de nuestro departamento y el grado de control lipídico por centros de salud en el año 2013. Durante 2014, informamos mediante 3 reuniones virtuales (webinar) y varias reuniones presenciales a los médicos de atención primaria sobre el grado de control de LDL en sus pacientes y sobre la importancia de optimizar el tratamiento para lograr un control adecuado de LDL. En 2015 revisamos los niveles de LDL en la población estudiada.
RESULTADOS: Identificamos 4258 pacientes de nuestro departamento en prevención secundaria. Incluimos a 1862 (44%), que eran los que tenían una analítica con perfil lipídico durante el año 2013. Informamos a los médicos de atención primaria de cómo tenían controlados a sus pacientes, en los que el grado de control (LDL<70) variaba de 13 a un 44%, siendo la media de 33%. En las sesiones formativas se hizo especial hincapié en aquellos centros con peor control. Tras un año de varias sesiones formativas con primaria, el porcentaje de pacientes bien controlados pasó al 46%, oscilando entre el 32 y el 49%. La media de LDL pasó de 86,1±29,9 a 77,6±28,2 mg/dl (p<0,001).
CONCLUSIONES: Estrategias colaborativas entre cardiología y primaria, basadas en la información y formación, mejoran el control lipídico en prevención secundaria.

27. Influencia de la edad y sexo en la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en deportistas aficionados.

DE LA GUÍA F., VALLE A., MEYER C.
Clin. Cardio. Deport. REMA de Dénia.

OBJETIVOS: El objetivo de nuestro estudio es analizar la presencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en deportistas aficionados que acuden a realizarse un control médico cardiológico. Se analizó por grupos de edad y sexos.

MÉTODOS: Se realizó una encuesta cardiovascular que completaron 100 deportistas aficionados de forma consecutiva.

RESULTADOS: Edad media: 38.1 años (rango: 11-68 años). 62 pacientes tenían >35 años. El 86% de los deportistas fueron varones. 57% "runners", 36% practican ciclismo de ruta o montaña, 4% remo, 2% realizan gimnasia artística y 1 deportista practica fútbol. En la tabla se indica la prevalencia de FRCV por grupo de edad y sexo.

FRCV	Hombres		Mujeres		Total	
	<35 años	>35 años	<35 años	>35 años	<35 años	>35 años
Total	32	54	6	8	38	62
HTA	7	18	1	1	8	19
Diabetes	2	1	0	0	2	1
HiperCho	5	21	0	0	5	21
Tabaco	2	6	1	0	3	6
Ant Fam.	13	20	1	5	14	25

CONCLUSIONES: La hipertensión arterial y la hipercolesterolemia son los factores de riesgo cardiovascular más habituales en deportistas aficionados, comprobándose que a mayor edad hay una mayor prevalencia (casi 1 de cada 3 deportistas), excepto en los casos de diabetes. Los deportistas varones con más de 35 años son los que tienen una mayor prevalencia de FRCV.

28. Factores de riesgo cardiovascular en deportistas de "no elite" aficionados.

DE LA GUÍA F., VALLE A., MEYER C.
Clin. Cardio. Deport. REMA de Dénia.

OBJETIVOS:
En los últimos años se está produciendo un considerable incremento de aficionados a realizar deporte, sin embargo, la gran mayoría no se ha realizado nunca un control médico adecuado, ni conoce si padece alguno de los conocidos como factores de riesgo cardiovascular (FRCV).

MÉTODOS:
Analizamos 100 deportistas aficionados "no de élite" de forma consecutiva desde diciembre-2015 hasta febrero-2016, que acuden a realizarse un reconocimiento médico cardiológico y completan una encuesta cardiovascular en relación con presencia de FRCV: hipertensión arterial, diabetes, hipercolesterolemia, tabaquismo, extabaquismo, antecedentes familiares de cardiopatía y/o muerte súbita con menos de 60 años. Analizamos la prevalencia de estos FRCV de forma global y por sexos.

RESULTADOS:
86% varones, 14% mujeres. Edad media 38.1 años (rango: 11-68 años). 57% son "runners" (corredores de fondo), 36% practican ciclismo de ruta o montaña, 4% remo, 2% realizan gimnasia artística y 1 deportista practica fútbol. El 27% de los deportistas indicaban que tenían la tensión arterial elevada (26 varones, 1 mujer), 3% eran diabéticos conocidos (todos varones), 9% fumadores activos (8 varones), 10% exfumadores de >1 año (todos varones), 26% referían tener el colesterol total elevado (todos varones), y un 41% indicaba que algún miembro de su familia padecía alguna cardiopatía conocida (35 varones y 6 mujeres), sin presencia de casos de muerte súbita con menos de 60 años. El 9% de los deportistas encuestados confirmó que estaba tomando medicación en relación con alguno de los FRCV indicados.

CONCLUSIONES:
Casi uno de cada tres deportistas aficionados "no de élite" que acuden a realizarse un reconocimiento médico cardiológico deportivo presenta antecedentes de hipertensión arterial e hipercolesterolemia, siendo más evidente en deportistas varones, aunque más del 40% de mujeres presenta antecedentes de cardiopatía familiar.

29. Reconocimiento médico cardiológico en deportistas aficionados en la Comarca de la Marina Alta (Alicante).

DE LA GUÍA F., VALLE A., MEYER C.
Clin. Cardio. Deport. REMA de Dénia.

OBJETIVOS: La muerte súbita en el deporte es relativamente infrecuente pero cada vez hay más participantes en carreras. Nuestro objetivo es analizar si los deportistas aficionados se han hecho algún tipo de reconocimiento médico previo y qué pruebas.
MÉTODOS: Se realiza un estudio (a través de encuesta) en 100 deportistas aficionados que acuden de forma consecutiva a realizarse un reconocimiento para competir o conocer su estado de salud. Se analiza la realización previa de pruebas diagnósticas: ECG, ecocardiograma, prueba de esfuerzo convencional, ergoespirometría.
RESULTADOS: El 86% de los deportistas fueron varones, con una edad media de 38.1 años (rango: 11-68 años). Tipo de deporte: 57% "runners", 36% ciclismo de ruta o montaña, 4% remo, 2% gimnasia artística, 1 deportista practica fútbol. En la tabla adjunta se pueden observar la realización de las diferentes pruebas según sexo y grupo de edad.

PRUEBA	Hombres		Mujeres		Total	
	<35 años	>35 años	<35 años	>35 años	<35 años	>35 años
TOTAL PTES	32	54	6	8	38	62
PR PREVIA	5	13	0	1	5	14
ECG	5	12	0	2	5	14
ECOCARDIO	0	2	0	0	0	2
P. ESFUERZO	4	12	0	2	4	14
ERGOESPIRO	0	0	0	0	0	0

CONCLUSIONES: Un bajo porcentaje de deportistas aficionados (19%) se habían realizado previamente algún tipo de reconocimiento médico cardiológico preparticipación deportiva, esencialmente ECG y ergometría convencional, siendo muy baja su realización en deportistas con menos de 35 años y mujeres.

30. Impacto pronóstico del ejercicio físico en una población hipertensa ≥65 años. Subanális del Estudio FAPRES.

PERNIAS V., VICENTE N., DE LARA G., NÚÑEZ L., GUEDES P., CAMARASA R., AHUMADA M., PALLARÉS V., FÁCILA L., MORILAS P.
Hosp. Gen. Univ. de Elche.

INTRODUCCIÓN. Estudios epidemiológicos sugieren que la práctica regular de ejercicio físico aeróbico puede ser beneficioso para la prevención y tratamiento de la hipertensión arterial y reducir el riesgo cardiovascular y su mortalidad. Sin embargo algunos aspectos como la intensidad del ejercicio o su efecto en población de mayor edad permanecen poco definidos. El objetivo del presente estudio es analizar el impacto pronóstico del ejercicio físico en el paciente hipertenso ≥65 años.
MÉTODO. Cada investigador incluyó los tres primeros pacientes hipertensos ≥65 años que acudían a la consulta el primer día de la semana durante 5 semanas. Se recogieron los principales factores de riesgo, la historia cardiovascular, el tratamiento farmacológico, una analítica básica y se realizó un electrocardiograma para su análisis centralizado. Se consideró que realizaba ejercicio físico a quien reconocía que andaba activamente al menos 30 min/día o hacía algún tipo de deporte 3 días/semana. Se realizó un seguimiento clínico de estos pacientes, con recogida de los principales eventos cardiovasculares: mortalidad cardiovascular y global e ingreso hospitalario por angina, infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca o accidente cerebrovascular. La mediana del seguimiento fue 803 días (720-895).
RESULTADOS. De los 1.028 pacientes incluidos basalmente, se completó el seguimiento en 1.003 pacientes. La edad media era de 72,9 ± 5,9 años, con un 47,5% varones, 27,6% diabéticos, 9% fumadores y 48,3% con dislipemia. De ellos, 368 realizaban ejercicio físico de manera habitual (36,69%). Estos pacientes eran en mayor proporción varones, con una menor edad, menor índice de masa corporal y menores niveles plasmáticos de glucemia que los pacientes sedentarios, asimismo presentaban una menor prevalencia de insuficiencia cardiaca, fibrilación auricular e hipertrofia ventricular izquierda en el electrocardiograma. Durante el seguimiento se produjeron 41 muertes (4,1%), de las cuales 20 fueron de origen cardiovascular (2%). En el estudio univariado, los pacientes que realizaban ejercicio físico presentaron una menor mortalidad global y cardiovascular (1,4% y 0,3% respectivamente vs. 5,7% y 3%, p<0,001), así como menos ingresos por accidente cerebrovascular (2,4% vs. 5,5%; p<0,05) comparado con los pacientes sedentarios. En el análisis multivariante, la práctica de ejercicio físico se asoció significativamente con una menor mortalidad global y cardiovascular y menor incidencia de accidente cerebrovascular.
CONCLUSIÓN. En pacientes hipertensos ≥65 años, la práctica de ejercicio físico habitual, incluso de baja intensidad, se asocia a una menor mortalidad global y cardiovascular y a una menor incidencia de eventos cerebrovasculares.

31. Perfil de riesgo cardiovascular de los corredores populares que participan en competiciones: ¿Podemos estar tranquilos los cardiólogos?

SANMIGUEL D., GALINDO A., MORA A., BERENGUER A., RUMIZ E., VILAR J.V., MARTÍNEZ I., MONTOYA A., VALLS A., MORELL S.
Consorcio Hosp. Gen. Univ. de Valencia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Las sociedades científicas y organismos competentes, a través de leyes, guías y documentos de consenso inciden en la obligatoriedad de los reconocimientos preparticipación deportiva (RPD), especialmente cardiovascular (CV). El escenario actual de la práctica de ejercicio físico ha cambiado. En las últimos años se ha producido un incremento progresivo de corredores populares, competiciones extremas con elevada demanda CV y episodios de muerte súbita en competiciones. También el perfil del corredor que compite ha cambiado, especialmente el CV. El objetivo del presente trabajo es conocer el perfil de riesgo cardiovascular de los corredores en un escenario real.
MÉTODOS: Realizamos a todos los corredores un protocolo de RPD en una competición (Carrera a pie por montaña Alcudia de Veo Trail-2015, 43,5 km distancia y 6.000 metros desnivel acumulado) de alta demanda CV (Clasificación Mitchell III C) y dificultosa asistencia sanitaria inmediata. El protocolo incluía anamnesis, exploración cardiovascular (check-list cumplimentado por médico), trazado ECG 12 derivaciones, datos analíticos recientes y cuestionario de salud que debía aportar el corredor. Un cardiólogo analizaba todos los RPD realizados.
RESULTADOS: Se incluyeron un total de 196 corredores con edad media 38,5±6,8 (>35 años el 73%), 22% mujeres, 14% con al menos un factor de riesgo cardiovascular, 4(2%) referían haber presentado síntomas cardiológicos durante el ejercicio, IMC 23±2,26 (>25 el 17,85%), 10% con PA ≥140/90 de los no HTA, 1 caso de soplo patológico, 73% bradicardia sinusal ECG (<48 lpm 9,7%), 34,7% criterios crecimiento ventricular izquierdo (Cornell/Sokolow) y 12,8% repolarización precoz. El 73,5% reconocen que la práctica deportiva que realizan puede suponer un riesgo para la salud, entrenan una media de 9,2±3,9 horas/semana, 62,44±21 km/semana, utilizan pulsómetro siempre el 60%, el 31% no se ha realizado ningún reconocimiento o prueba previamente (55% prueba de esfuerzo y 4% ecocardiograma) y el 49% tiene conocimientos y formación periódica en maniobras de reanimación cardiopulmonar básica.
CONCLUSIONES: A pesar del perfil de riesgo cardiovascular, los hallazgos en las exploraciones y la percepción de riesgo real que supone para la salud la participación en este tipo de competiciones, un tercio de los corredores no se realiza ningún tipo de prueba o reconocimiento, y la mayoría de los que se la realizan no siguen las directrices o recomendaciones establecidas.

JUEVES DÍA 12 (16:00 - 17:00 h.)
SALA D: **CARDIOLOGÍA EXPERIMENTAL**

32. Luces y sombras en la concepción de la banda miocárdica de Torrent-Guasp proporcionadas por el strain miocárdico.

FERNÁNDEZ-GALERA R., MORA V., CABADÉS C., FERRANDO J., MONTEAGUDO M., ROMERO J.E., SALIM M., SAURÍ A., MARTÍNEZ-RUIZ A., ROLDÁN I.
Hosp. Univ. Dr Peset de Valencia.

La teoría de la banda miocárdica de Torrent Guasp concibe el miocardio ventricular como una única banda muscular dispuesta en doble hélice, con una lazada medio-basal donde predomina una distribución tranversal de las fibras miocárdicas, que se continúa en otra lazada apexiana descendente-ascendente con distribución oblicua. Según esta teoría la activación contráctil transcurriría en la dirección seguida por la banda.
OBJETIVO. Analizar la expresión del strain miocárdico regional del ventrículo izquierdo (VI) en relación con esta disposición anatómica muscular y su traducción funcional.
MÉTODOS. Estudio en 28 voluntarios sanos mediante ecocardiografía speckle-tracking (EST) del strain longitudinal (SL), circunferencial (SC), radial (SR) y torsión del VI desde planos apicales (4, 3, y 2 cámaras) y transversales (basal, medial y apical) del VI.
RESULTADOS. Edad media 52±12 años. Fracción de eyección 67±5%. Observamos: 1) El SR predomina a nivel basal respecto al ápex (45±22% vs 19±12%, p<0,01), mientras el SL y SC aumentan hacia el ápex (-20,1±2,5 vs -22,8±3,8 y -16,8±3,5 vs -28,1±9,3, respectivamente, p<0,01) 2) La deformación sistólica se inicia y alcanza su pico máximo uniformemente en todos los segmentos del VI (365±30 mseg) 3) Durante la contracción isovolumétrica observamos a nivel basal y apical una rotación inicial de signo contrario a la predominante en la región por activación inicial endocárdica.
CONCLUSIONES. La disposición "anatómica" descrita por la teoría de la banda miocárdica se ve apoyada por el comportamiento del strain en 2 aspectos: a) el mayor SR a nivel basal-medial como corresponde al predominio de fibras transversales, b) el mayor SL, SC y rotación apical sobre sus valores a nivel basal como consecuencia del predominio de fibras oblicuas hacia el ápex. Sin embargo, a nivel "funcional", tanto la deformación temporal sistólica uniforme de todos los segmentos como el comportamiento inicial de la rotación, apoyan una secuencia de activación de endocardio a epicardio, y no en la dirección de la banda miocárdica como sugiere la teoría.

33. La neoangiogénesis inducida por suero es paralela a la dinámica de la obstrucción microvascular tras un infarto de miocardio reperfundido.

RIOS C., PIQUERAS L., HERVAS A., DE DIOS E., RUIZ A., GAVARA J., PEREZ-SOLE N., MINANA G., CHORRO F.J., BODI V.
Hosp. Clín. Univ. de Valencia.

OBJETIVOS: El objetivo del estudio fue dilucidar la dinámica de la obstrucción microvascular (OMV) y caracterizar la neoangiogénsis inducida por suero en diferentes estadios de la isquemia-reperfusión en un modelo porcino de infarto agudo de miocardio (IAM) reperfundido.

MÉTODOS: El IAM fue inducido en cerdos por medio de la oclusión transitoria durante 90 minutos del segmento medio de arteria descendente anterior izquierda (ADA). Se realizaron cinco grupos experimentales: control, 90 minutos de isquemia seguido de no reperfusión, reperfusión 1 minuto, 1 semana y 1 mes. La Tioflavina-S se administró para cuantificar el área irrigada por la ADA y la OMV. Además, la neoangiogénesis inducida por suero se evaluó mediante un ensayo in vitro de diferenciación de células endoteliales y esto fue corroborado mediante la determinación del número de vasos mediante análisis inmunohistoquímicos en muestras de tejido de todos los grupos.

RESULTADOS: El grupo sin reperfusión no presentó OMV aun en condiciones de isquemia severa. En cambio, con el mismo tiempo de oclusión, la OMV empezó a ser detectada tras 1 minuto de reperfusión, alcanzando su máximo tras 1 semana y siendo reducida tras 1 mes de reperfusión. El suero porcino procedente de los grupos con IAM indujo la diferenciación de las células endoteliales, siendo ésta máxima en los grupos de no reperfusión y reperfusión 1 minuto. La densidad de vasos se redujo en las primeras fases tras la reperfusión y se restableció hasta los niveles de control tras un mes.

CONCLUSIONES: En un modelo porcino controlado de IAM reperfundido, la OMV aparece inmediatamente después de la reperfusión y se resuelve tras un mes. Esto puede ser debido a un aumento de la angiogénesis inducida por el suero procedente de animales con IAM. La neoangiogénesis inducida por suero parece tener un papel esencial en la recuperación de la microvasculatura.

34. La cicatriz fibrótica tras un infarto de miocardio muestra una organización heterogénea de las fibras de colágeno.

HERVAS A., RIOS C., RUIZ A., DE DIOS E., GAVARA J., PEREZ-SOLE N., BONANAD C., MINANA G., CHORRO F.J., BODI V.
Hosp. Clín. Univ. de Valencia.

OBJETIVOS: El objetivo de este estudio fue la caracterización de la organización de las fibras de colágeno en la cicatriz fibrótica en un modelo porcino y en muestras humanas de pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM).

MÉTODOS: Se indujo IAM en cerdos mediante la oclusión durante 90 minutos del segmento medio de la arteria descendente anterior izquierda empleando un balón de angioplastia seguido de un periodo de reperfusión de una semana (grupo de infarto agudo) o un mes (grupo de infarto crónico). Las imágenes analizadas se obtuvieron del endocardio, epicardio, área periférica y área central del corazón porcino (n=100) y del tejido infartado procedente de autopsias de pacientes con un IAM crónico (n=95). La organización de las fibras de colágeno fue evaluada usando la Transformada de Fourier (valores más elevados del índice de organización indican una mayor desorganización).

RESULTADOS: En el modelo experimental, no se observaron diferencias en la organización de colágeno entre el grupo agudo y crónico en el área central de la cicatriz. En el grupo crónico, el endocardio [0.90 (0.84–0.94)], epicardio [0.84 (0.79–0.91)] y el área periférica [0.73 (0.63–0.83)] mostraron un patrón más desorganizado en comparación con el área central [0.56 (0.45–0.64)]. De forma similar, en las muestras humanas de pacientes con IAM crónico las fibras de colágeno estaban más ordenadas en el área central que en el resto de zonas (p<0.0001).

CONCLUSIONES: En un modelo experimental controlado de IAM y en muestras de pacientes, las fibras de colágeno están organizadas de forma casi paralela en el área central mientras que en el endocardio, epicardio y en las áreas periféricas se observa una organización aleatoria. Este descubrimiento contribuye al conocimiento de la fisiopatología del proceso de cicatrización, además de ayudar a una comprensión mejor de la génesis y tratamiento invasivo de arritmias después de un IAM.

35. Estudio multidisciplinar de la fibrosis remota tras un infarto de miocardio en un modelo porcino y en muestras humanas.

HERVAS A., RIOS C., RUIZ A., GAVARA J., DE DIOS E., MINANA G., CHORRO F.J., BODI V.
Hosp. Clín. Univ. de Valencia.

OBJETIVOS: El objetivo del estudio fue elucidar si el proceso de fibrosis tras un infarto agudo de miocardio (IAM) afecta también a las regiones remotas en tres escenarios: 1) en un modelo porcino de IAM crónico, 2) en muestras de miocardio obtenidas de pacientes con IAM crónico y 3) en pacientes con IAM crónico sometidos a resonancia magnética cardiaca (RMC)-T1 mapping.

MÉTODOS: 1) Se indujo un IAM en cerdos mediante una oclusión de 90 minutos en la parte media de la arteria coronaria descendente anterior izquierda empleando balones de angioplastia seguida por una reperfusión de una semana (grupo de IAM agudo) o de un mes (grupo de IAM crónico). Se evaluó el grado de fibrosis en las áreas infartada, adyacente y remota a distintos niveles: macroscópicamente, microscópicamente, expresión génica de marcadores de fibrosis así como por microimagen por resonancia magnética. 2) En muestras humanas obtenidas de autopsias de pacientes con infarto crónico se analizó el grado de fibrosis a nivel microscópico. 3) Se determinó la fracción de volumen extracelular (FVE) mediante RMC-T1 mapping en pacientes con infarto crónico.

RESULTADOS: 1) En el modelo porcino, la fibrosis en el área remota fue similar a la encontrada en los controles tanto a nivel macroscópico, microscópico, molecular como por microimagen por resonancia magnética. 2) En muestras obtenidas de autopsias de pacientes, solamente se encontró un incremento significativo en el contenido de colágeno en la región infartada. 3) La FVE obtenida por RMC-T1 mapping de los segmentos de la zona remota fue similar a la obtenida en controles.

CONCLUSIONES: En un modelo porcino de IAM crónico, en autopsias de pacientes con IAM crónico y en pacientes sometidos a RMC-T1 mapping, la fibrosis en la zona remota fue similar a la observada en los controles.

36. Detección del componente precapilar mediante biomarcadores circulantes en pacientes con hipertensión pulmonar de causa cardiaca izquierda.

MELERO J.L., DOLZ S., SÁNCHEZ-LÁZARO I.J., CERVERÓ A., SANZ J., JIMÉNEZ J.J., DOMENECH M.D., MARTÍNEZ-SALES V., MARTÍNEZ-DOLZ L., ALMENAR L.
Hosp. Univ. y Pol. La Fe de Valencia.

OBJETIVOS: La hipertensión pulmonar debida a enfermedad del corazón izquierdo (HPCI) es una patología prevalente, grave y asociada a importante morbilidad y mortalidad, sobre todo cuando produce un deterioro de la función ventricular derecha. La HPCI se puede dividir en poscapilar o mixta en función de la presencia de un componente precapilar que indicaría la existencia de afectación intrínseca vascular pulmonar. El objetivo es comprobar si hay relación entre los niveles de un serie de biomarcadores en sangre circulante y la presencia de componente precapilar en pacientes con HPCI.
MÉTODOS: Se incluyeron 55 pacientes diagnosticados de insuficiencia cardiaca avanzada estable con HPCI, a los que se les realizó un cateterismo cardíaco derecho y se extrajo una muestra de sangre directamente del tronco de la arteria pulmonar. El componente precapilar se midió según los parámetros GTP y DPD. Se seleccionaron 14 proteínas relacionadas con los mecanismos fisiopatológicos de la HPCI (factor de von Willebrand, ADMA, ET–1, VEGF, angiopoyetina like 4 (ANGPTL4), catepsina B, Galectina 1, TIMP 2, MMP7, osteocrina, NT-proBNP, troponina T, fibrinógeno, D-dímeros y se analizaron mediante ELISA los niveles de las proteínas seleccionadas y su asociación con la DVD.
RESULTADOS: De los 55 pacientes, 25 tenían miocardiopatía dilatada idiopática (MDI) como cardiopatía subyacente y 30 miocardiopatía isquémica (MCI). La osteocrina (p=0,01) y la ANGPTL4 obtuvieron diferencias significativas (p=0,03) entre los pacientes con y componente precapilar en la MDI. Con respecto a la CI, la TIMP2 (p=0,05), VEGF (p=0,02) y D-Dímeros (p=0,03) obtuvieron diferencias significativas entre los pacientes con y sin componente precapilar.
CONCLUSIONES: En la HPCI existen una serie de biomarcadores que podrían servir para detectar la presencia de componente precapilar. En función de la etiología de IC, serían de utilidad la ANGPTL4 y oseocrina en la MDI y la TIMP2, VEGF y D-Dímeros en la MCI.

37. Biomarcadores de disfunción ventricular derecha en pacientes con hipertensión pulmonar de causa cardiaca izquierda.

MELERO J.L., DOLZ S., SÁNCHEZ-LÁZARO I.J., LÓPEZ-VILELLA R., CERVERÓ A., FERRÉ M., DOMENECH M.D., MARTÍNEZ-SALES V., MARTÍNEZ-DOLZ L., ALMENAR L.
Hosp. Univ. y Pol. La Fe de Valencia.

OBJETIVO: La hipertensión pulmonar debida a enfermedad del corazón izquierdo (HPCI) es una patología prevalente, grave y asociada a importante morbilidad y mortalidad, sobre todo cuando produce un deterioro de la función ventricular derecha. Se asume que en la HPCI existe una disfunción endotelial que puede progresar hacia una hiperplasia vascular con grave repercusión sobre el ventrículo derecho. El objetivo es comprobar si hay relación entre los niveles de un serie de biomarcadores circulantes en sangre de la arteria pulmonar y la disfunción ventricular derecha (DVD) en pacientes con HPCI.

MÉTODOS: Se incluyeron 55 pacientes diagnosticados de insuficiencia Cardiaca avanzada estable con HPCI, a los que se les realizó un cateterismo cardíaco derecho y se extrajo una muestra de sangre directamente del tronco de la arteria pulmonar. Se seleccionaron 14 proteínas relacionadas con los mecanismos fisiopatológicos de la HPCI (factor de von Willebrand, ADMA, ET–1, VEGF, angiopoyetina like 4 (ANGPTL4), catepsina B, Galectina 1, TIMP 2, MMP7, osteocrina, NT-proBNP, troponina T, fibrinógeno, Ddímeros y se analizaron mediante ELISA los niveles de las proteínas seleccionadas y su asociación con la DVD.

RESULTADOS: De los 55 pacientes, 25 tenían miocardiopatía dilatada idiopática (MDI) como cardiopatía subyacente y 30 miocardiopatía isquémica (MCI). La ANGPTL4 fue la única proteína que obtuvo diferencias significativas (p=0,04) entre los pacientes con y sin DVD en la MDI. Con respecto a la CI, la ET-1 (p=0,01) y la catepsina B (p=0,01) obtuvieron diferencias significativas entre los pacientes con y sin DVD. Las mejores curvas COR fueron para la ANGPTL4 (AUC 0,80; >595 ng/ml, S 73% /E del 83%)y la ET-1 (AUC 0,80; > 2,8 pg/ml, S 79% / E 83%).

CONCLUSIONES: En la HPCI existen una serie de biomarcadores que podrían servir para detectar la DVD. En función de la etiología de IC, serían de utilidad la ANGPTL4 en la MDI y la ET-1 y catepsina B en la MCI.

38. Mejoría de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo asociada a la repleción de hierro miocárdico en pacientes con IC tratados con hierro IV.

PAYÁ A., MOLLAR A., VALERO E., GARCÍA S., SANCHIS J., MIÑANA G., ESCRIBANO D., CARDELLS I., SANTAS E., NÚÑEZ J.
Hosp. Clín. Univ. de Valencia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO: En pacientes con insuficiencia cardíaca con FEVI reducida (IC-FEVIr), el tratamiento con hierro (Fe) intravenoso (iv) ha demostrado mejorar los síntomas, la capacidad funcional y la calidad de vida independientemente de los niveles de hemoglobina. Estos efectos beneficiosos podrían explicarse por una repleción miocárdica de Fe. Las secuencias T2* de resonancia magnética cardíaca (RMC) se utilizan para evaluar el contenido miocárdico de Fe. Así, el objetivo del estudio fue evaluar si había cambios en las secuencias T2* (ΔT2*) tras la administración de Fe iv en pacientes con IC-FEVIr y déficit de Fe (DFe) y si dichos cambios se correlacionaban con cambios en la FEVI.

MÉTODOS: Se estudiaron 8 pacientes con IC-FEVIr, NYHA≥ II y DFe. Todos recibieron una dosis de 1.000 mg de carboximaltosa férrica iv (CMF). Se realizó una RMC antes y tras la administración de CMF [43 días (RIC=35-48)]. Se llevó a cabo un análisis de correlación parcial y un análisis de regresión cuantilíca (q=0.5).

RESULTADOS: Tras la administración iv de CMF, la clase funcional de la NYHA mejoró en el 50% de los pacientes. T2* disminuyó significativamente [39.5 (35.9-48) a 32 ms (32-34.5), p=0.012] y se constató un incremento límite de la FEVI [40 (36-44.5) a 48.5% (38.5-53) p=0.091]. En un análisis correlacional bivariado, ΔT2* se asoció fuertemente con cambios en la FEVI (ΔFEVI) (r=-0.747, p=0.033). Tras ajustar por la presencia de anemia, la asociación entre ΔT2* y ΔFEVI persistió (r[parcial]=-0.865, R^2[parcial]=0.748, p=0.012). Asimismo, en la regresión cuantílica, por cada unidad de descenso de ΔT2* hubo un aumento asociado en la mediana de la FEVI por un factor de 0.81 (p=0.007) habiéndose ajustado la muestra por la presencia de anemia.

CONCLUSIONES: En un pequeño grupo de pacientes con IC-FEVI r y DFe, la administración de FCM se asocio a repleción miocárdica de Fe y ésta a cambios positivos en la FEVI.

39. La muerte súbita como heraldo. Buscando la respuesta en los genes.

HORTELANO I., VILLAMIA B, GARCÍA-FÉRNANDEZ A., CLIMENT V., SOGORB F.
Hosp. Gen. Univ. de Alicante

OBJETIVOS:
Las cardiopatías de origen genético son causa frecuente de muerte súbita (MS) entre menores de 35 años. Su etiología queda sin resolver hasta en el 50% de los casos. No obstante, en los últimos años, la identificación del mecanismo implicado ha aumentado gracias al estudio genético. En este trabajo analizamos la rentabilidad del estudio genético en pacientes que sufrieron MS con el objetivo de conocer el mecanismo subyacente que permita identificar familiares en riesgo.

MÉTODOS:
A través de una consulta monográfica de MS en nuestro centro, se reclutaron desde 2007 hasta enero 2016 un total de 48 casos de MS tras la autopsia. Los casos se dividieron en pacientes con cardiopatía estructural (n=28), 20 pacientes si excluimos los casos de cardiopatía isquémica, y pacientes con autopsia blanca (n=20). Además, se ha estudiado a familiares de primer grado (n=117) con el fin de detectar individuos de riesgo y prevenir futuros eventos.

RESULTADOS:
Del total de casos reportados en nuestra serie, se ha identificado el mecanismo responsable de la MS en 25 casos (62,5%) identificando alteraciones genéticas en 8 casos de 16 estudios genéticos realizados. El 50% (n=20) de las MS son secundarias a cardiopatías estructurales, hallándose mutaciones en el 37.5% (n=6) de los que se realizó estudio genético. El otro 50% de MS son pacientes con autopsia blanca, hallándose mutaciones en el 20% (n=2) de los estudios realizados. Se estudiaron 117 familiares de primer grado, solicitando estudio genético en 77 sujetos. Encontramos 22 estudios positivos: 16 de los 41 solicitados en familiares de casos con cardiopatía estructural y 6 de los 36 solicitados a familiares de casos con autopsia blanca (16,7%).

CONCLUSIONES:
La autopsia molecular es una herramienta clave para conocer la etiología de la MS y alcanzar un diagnóstico familiar de las causas de MS, ayudando así a prevenirlas a través de la identificación de pacientes en riesgo.

VIERNES DÍA 13 (08:30 - 10:00 h.)
SALA A **ESTIMULACIÓN CARDIACA Y ARRITMIAS**

40. Fibrilación auricular no valvular. Diferencias según presentación de forma paroxística o permanente. Estudio AFINVA.

PÉREZ-OLIVARES C., MORA V., DUBOIS D., RIBELLES J., SALAVERT M., MEDINA J.S., RODRIGO V.M., CASAL E., PÉREZ-GOZALBO J., ROLDÁN I. En representación de AFINVA.
Hosp. Univ. Dr. Peset de Valencia. Departamento Valencia-Dr. Peset.

Las guías de práctica clínica no hacen distinción en la recomendación de tratamiento anticoagulante oral (ACO) de la fibrilación auricular (FA) según su presentación temporal, ya sea permanente (FApm) o paroxística (FApx).
OBJETIVO. Conocer los características y tratamiento de pacientes (p) con FA no valvular (FANV) del estudio AFINVA (Actualidad en Fibrilación aurIcular No ValvulAr) según su presentación temporal.
MÉTODOS. Estudio transversal exploratorio de una muestra de 30.024 p correspondiente al 10% de la población de un Departamento de Salud. Se incluyen pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de FA en la historia clínica electrónica de Atención Primaria. Se excluyen p con FA valvular y aquellos con FA <1 mes de evolución. Analizamos datos demográficos, clínicos, y características de la ACO en función del tipo de FANV.
RESULTADOS. Entre los 505 p con FANV la FApm representó el 61%. Las características basales de la FApm y FApx aparecen en la tabla. Los p con FApm fueron de mayor edad (79±8 vs 74±11, p<0,01), tuvieron mayor riesgo embolígeno por CHA_2DS_2VASc ≥1 (99,3vs92,8%, p<0,01) y riesgo de sangrado por HASBLED ≥3 (45,6vs32%, p<0,01). Los p con FApx se anticoagularon con menor frecuencia (48,4vs87,3%, p<0,01).
CONCLUSIONES. Los p con FApm tuvieron mayor comorbilidad, riesgo embolígeno y de sangrado. No obstante, fue llamativo el bajo porcentaje de anticoagulación en los p con FApx, a pesar de tener la misma consideración en las guías clínicas que la FApm.

	Hipertensión	Diabetes	Insuficiencia Cardiaca	Ictus previo
FApm (n = 307)	81,4	36,1	37,4	17,6
FApx (n =198)	73,2	23,7	17,1	12,1
p	< 0,05	< 0,01	< 0,01	0,09

41. Predictores de recurrencia de fibrilación auricular en pacientes en tratamiento con flecainida o dronedarona para control de ritmo.

SÁNCHEZ-SORIANO R.M., CHAMORRO C.I., RUIZ J.M., LOZANO M.T., CHAMORRO A.J., FERRERO M.J., RASO R., JIMÉNEZ R., SOGORB F., GRAU G.
Hosp. Virgen de Los Lirios de Alcoy.

ANTECEDENTES: Dronedarona y Flecainida son antiarrítmicos de primera elección para reducir recurrencias de fibrilación auricular (FA) paroxística y persistente en pacientes sin cardiopatía estructural relevante, pudiendo utilizarse la dronedarona en aquellos con cardiopatía hipertensiva con hipertrofia ventricular izquierda significativa y en pacientes con cardiopatía isquémica.

OBJETIVO: Identificar variables predictoras de recurrencia de FA en pacientes de la práctica clínica habitual tratados con flecainida o dronedarona para mantenimiento de ritmo sinusal a largo plazo.

MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo, con inclusión consecutiva de 123 pacientes con FA paroxística o persistente desde octubre de 2010 hasta febrero de 2013 en los que se pauta flecainida (71p) o dronedarona (52p). El seguimiento medio fue de 311 días, (media de 2,8 revisiones por paciente).

ESTADÍSTICAS: Análisis univariable de regresión logística considerando variables clínicas, ecocardiográficas y analíticas que pudieran condicionar recurrencia y posterior análisis multivariante (regresión de Cox).

RESULTADOS: El tratamiento con dronedarona se mostró como la única variable que demostró reducir de forma independiente la recurrencia de FA. Se mostraron como variables predictoras independientes de recurrencia de FA el tratamiento con digoxina, la utilización del antiarrítmico tras fracaso de algún antiarrítmico y la prescripción en FA persistente. El tamaño de la aurícula izquierda mostró tendencia a la asociación con recurrencia de FA.

CONCLUSIONES: Según nuestra experiencia en pacientes tratados con flecainida o dronedarona, ésta última se muestra como la única variable que reduce de forma independiente la recurrencia de fibrilación auricular.

42. Screening electrocardiográfico de DAI subcutáneo en una población de pacientes con Tetralogía de Fallot. Estudio de vectores alternativos.

ALONSO P., ANDRÉS A., PIMENTA P., OSCA J., CANO Ó., SANCHO-TELLO MJ., RUEDA J., OLAGÜE J., MARTÍNEZ-DOLZ L.
Hosp. Univ. y Pol. La Fe de Valencia.

INTRODUCCIÓN: Los pacientes con Tetralogía de Fallot son una población con alto riesgo de arritmias ventriculares que se benefician del implante de un desfibrilador. Sin embargo el uso de dispositivos transvenosos se asocia con oclusión venosa, endocarditis y fractura del electrodo en esta cohorte, por lo que resulta especialmente interesante el implante de un DAI subcutáneo (S-ICD).La elegibilidad de pacientes con T. de Fallot para un S-ICD no se ha estudiado. Nuestros objetivos son determinar el porcentaje de pacientes que supera el screening electrocardiográfico convencional y alternativo.
MÉTODOS: El screening electrocardiográfico se realizó con un ECG modificado que representa los componentes del S-ICD. El electrodo del brazo izquierdo (BI) se ubica 1 cm lateral a la izquierda de la apófisis xifoides y el del derecho (BD) 14 cm sobre BI. El electrodo de la pierna izquierda (PI) se sitúa en la línea axilar media, en el quinto espacio intercostal. Para la configuración derecha BD y BI se desplazan 1 cm a la derecha del esternón. Las derivaciones resultantes (I, II y alternativa) emulan los vectores de sensado del S-ICD. Se analizaron los trazados obtenidos en decúbito y sedestación mediante la herramienta específica diseñada por Boston Scientific. Para que un paciente fuera elegible debía tener al menos un vector válido en ambas posiciones.
RESULTADOS: Se incluyeron 54 pacientes con diagnóstico de Tetralogía de Fallot. El 70% de ellos mostraban un BCRDHH, con una anchura media del QRS de 145±32 ms y un QT medio de 431±53 ms. Se obtuvo un mayor porcentaje de pacientes elegibles con el screening derecho que con el estándar (78% vs 67%; p=0,005). También se apreció un mayor número derivaciones positivas en el screening derecho (1,44±1 vs 1,16±1 ms; p=0,05).
CONCLUSIONES: El screening alternativo logró una elegibilidad para S-ICD superior al convencional. Este hallazgo podría condicionar la localización del electrodo de desfibrilación en los pacientes con T. de Fallot a los que se les implante un S-ICD.

43. Rendimiento diagnóstico y predictores clínicos de implante de marcapasos del Hólter implantable en el estudio de síncope.

GUNTURIZ C., CASTILLO J., BERTOMEU-GONZÁLEZ V., MORENO J., GARCÍA-CARRILERO M., SAMPER J., JUAN L., CORDERO A., BERTOMEU-MARTÍNEZ V.
Hosp. Clín. Univ. San Juan de Alicante.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El Hólter implantable subcutáneo (HIS) constituye una herramienta diagnóstica en el estudio de síncope. El rendimiento diagnóstico puede ser variable dependiendo del espectro de pacientes a los cuales se implantan dichos dispositivos. El objetivo del presente estudio es analizar el rendimiento diagnóstico del HIS en el estudio de síncope e identificar los predictores clínicos de implante de marcapasos.

MÉTODOS: Incluimos de forma retrospectiva todos aquellos pacientes a los cuales se les implantó un HIS para el estudio de síncope entre enero de 2011 y agosto de 2015. Se recogieron las variables clínicas, electrocardiográficas y del estudio electrofisiológico (en los pacientes en los que se llevó a cabo); así como los episodios de bradicardia que requirieron el implante de marcapasos durante el seguimiento.

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 95 pacientes, 66 de los cuales eran hombres. La edad media fue de 70 años y el 51,6% de la población era mayor de 75 años. En el 18,7% de los pacientes se documentó un episodio de bradicardia que requirió el implante de marcapasos durante un seguimiento medio de 15,6 meses. El único factor que se asoció de forma independiente al implante de marcapasos fue la identificación electrocardiográfica de bloqueo completo de rama izquierda (BCRI) o bloqueo completo de rama derecha (BCRD) asociado a hemibloqueo (HB) de alguna de las subdivisiones de la rama izquierda (HR 0.35, IC95% 0.13-0.91, p=0.03). En cambio, la edad, el sexo o la presencia de cardiopatía previa no se asociaron independientemente al implante de marcapasos.

CONCLUSIÓN: Aproximadamente una quinta parte de los pacientes portadores de un HIS por síncope necesitarán el implante de un marcapasos. La presencia de BCRI o BCRD y HB constituye el único factor independiente que se asocia a la necesidad de implante.

44. Análisis de eventos arrítmicos tras implante de desfibrilador en pacientes con cardiopatías congénitas.

MORILLAS H., CANO O., RUEDA J., OSA A., ANDRÉS A., ALONSO P., OSCA J., SANCHO-TELLO M.J., OLAGÜE J., MARTÍNEZ-DOLZ L.
Hosp. Univ. y Pol. La Fe de Valencia.

OBJETIVOS: Analizar la incidencia de eventos arrítmicos tras implante de desfibrilador automático implantable (DAI) en pacientes con cardiopatías congénitas (CC), tanto en prevención primaria (PP) como secundaria (PS) de muerte súbita (MS) e identificar variables predictoras de los mismos.

MÉTODOS: Seleccionamos a los pacientes con CC en que se implantó DAI como PP o PS de MS. Recopilamos información de la indicación y complicaciones del implante, cardiopatía de base, características clínicas, electrocardiográficas, ecocardiográficas y medicación concomitante. Analizamos la aparición de eventos (descarga apropiada o MS) y descargas inapropiadas durante el seguimiento.

RESULTADOS: Se implantó DAI a 30 pacientes: 70% por PP y 30% en PS. 7 casos (23,3%) tenían disfunción del ventrículo derecho (VD) subpulmonar, 14 (46,7%) del VD sistémico y 8 (26,7%) del ventrículo izquierdo (VI). Ocurrieron eventos en 9 pacientes (30%), la mayoría precozmente tras el implante del DAI (p75 a los 485 días). 3 arritmias cedieron con ATP, 5 con descarga, y en 1 caso sucedió 1 MS no detectada ni tratada. A pesar de la alta prevalencia (53,3%) de fibrilación auricular (FA) sólo 3 pacientes (10%) recibieron terapias inapropiadas, 2 de ellos con choque. No hubo diferencias en la incidencia de eventos entre PP (5/21; 23,8%) y PS (4/9; 44,4%). Aunque se observaron más eventos en los VD subpulmonares (p=0,009 y 0,051 en relación a disfunción de VI y VD sistémico), la significación desapareció al estratificar por tipo de prevención (6 de 9 implantes en PS corresponden a VD subpulmonar). Ninguna otra variable se asoció a la aparición de eventos, aunque hubo una tendencia hacia la significación en clase funcional avanzada (p=0,069).

CONCLUSIONES: Los eventos arrítmicos postimplante de DAI en CC son frecuentes, con más incidencia en pacientes con VD subpulmonar disfuncionante y sin diferencias entre PP y PS. Son escasas las descargas inapropiadas pese a la alta prevalencia de FA.

45. Factores predictores de estabilidad en el implante de electrodos de marcapasos y desfibriladores de fijación activa.

MARTÍNEZ-ABELLÁN R., CASTILLO J., BERTOMEU-GONZALEZ V., MORENO J., JUAN L., ELAMRANI A., BERTOMEU MARTÍNEZ V.
Hosp. Clín. Univ. San Juan de Alicante.

OBJETIVO: Evaluar la asociación entre los parámetros previos a la extracción de la hélice y la DA del electrodo de fijación activa.

MÉTODOS: Se incluyen de forma prospectiva y consecutiva todos aquellos electrodos de fijación activa (estimulación o desfibrilación) implantados en ventrículo derecho (VD) o aurícula derecha (AD) durante los últimos 24 meses. Se analizaron las siguientes variables en el momento previo a la extracción de la hélice, y en el minuto 0, 3 y 6 tras la misma: deflexión intrínseca, amplitud del electrograma, umbral de captura, impedancia de estimulación y morfología del electrograma bipolar endocavitario (presencia de corriente de lesión, definida como R positiva, T negativa y elevación del segmento ST). La DA se definió como ausencia de umbral de estimulación adecuado (1 V para VD y 1.5 V para AD), ausencia de caída de la impedancia tras extraer la hélice o inestabilidad del cable por escopia.

RESULTADOS: Se incluyeron un total 376 electrodos (252 en VD; 124 en AD), en los cuales hubo que realizar 62 recolocaciones por DA (44 en VD; 18 en AD). Los únicos factores que se asociaron independientemente a DA del electrodo ventricular fueron el umbral de captura previo a la extracción de la hélice (OR 2.32, IC95% 1.42-3.79, p=0.001) y la presencia de corriente de lesión (OR 3.12, IC95% 1.18-8.31, p=0.02). En cambio, la presencia de corriente de lesión fue el único factor que se asoció de forma independiente a DA del electrodo auricular (OR 4.17, IC95% 1.17-14.9, p=0.03).

CONCLUSIÓN: La morfología del electrograma bipolar endocavitario se asocia de forma independiente a DA tanto en aurícula como en ventrículo, mientras que el umbral de captura previo a la extracción de la hélice únicamente se asocia a DA en electrodos ventriculares. El análisis minucioso de estos factores puede ahorrar intentos infructuosos y minimizar el riesgo de complicaciones en el implante de electrodos.

46. La localización del electrodo ventricular a nivel septal en pacientes portadores de desfibriladores mejora la eficacia de la terapia antitaquicardia.

CHACÓN N., QUESADA A., ABEJARO B., BOCHARD B., GIMÉNEZ M., PAYA R., JIMÉNEZ J., RIDOCCI F., DE LA ESPRIELLA R., MORELL S.
Consorcio Hosp. Gen. Univ. de Valencia.

OBJETIVO: La posición apical del electrodo ventricular derecho (AVD) ha demostrado que conlleva mayor riesgo de perforación miocárdica y tiene efectos potencialmente deletéreos; creando un creciente interés en el posicionamiento del electrodo ventricular a nivel septal (SVD). Sin embargo, en pacientes (pts) con desfibriladores (DAI) la efectividad a largo plazo resulta incierta y persiste la preocupación sobre la eficacia de la terapia antitaquicardia (ATP) en esta posición. Nuestro objetivo fue realizar una comparación de la posición del electrodo SVD vs AVD en términos de efectividad y seguridad a largo plazo.

MÉTODO: Incluimos 292 pts (75% hombres, 63,3 ± 12,8 años) con implante de DAI (72,9% prevención primaria) entre los años 2002-2014. Fueron divididos en 2 grupos, de acuerdo con la posición del electrodo en el ventrículo derecho (VD): SVD (n=146) vs AVD (n=146); se evaluaron los parámetros del electrodo, la tasa de eventos clínicos y la frecuencia y resultado de las terapias apropiadas del DAI en ambos grupos.

RESULTADOS: La media de seguimiento fue de 46,3 ± 22,9 meses. La colocación del electrodo en SVD fue más frecuente en mujeres que en hombres (30 vs 20% p=0.02); sin otras diferencias entre los grupos. En el momento del implante los pts con el electrodo SVD tenían un umbral de estimulación menor que los AVD (0,8 vs 1,01 V p=0.02) sin cambios en el seguimiento. Se documentaron 331 episodios de TV/FV en 70 pts (21,9% grupo SVD vs 26% grupo AVD p= 0,411). En el grupo SVD, la ATP fue más efectiva para tratar la TV que en el grupo AVD (92% vs 82,5% respectivamente p= 0,023). No hubo diferencias significativas en las tasas de hospitalización por IC, muerte, tiempo hasta el primer episodio de TV/FV, ni en la eficacia del choque entre los dos grupos.

CONCLUSIÓN: El electrodo en posición SVD es una opción segura en pts con implante de DAI. Específicamente, la efectividad de las ATP no está comprometida con la posición septal a largo plazo, de hecho incluso podría mejorarla.

47. Resultado de la terapia de resincronización cardiaca con desfibriladores según la duración del qrs en pacientes con bloqueo de rama izquierda

BOCHARD B., CHACÓN N., QUESADA A., MARTÍNEZ-FERRER J., PÉREZ L., VIÑOLAS X., RUBIO J., BASTERRA N., ALZUETA F.J., FERNÁNDEZ-DE LA CONCHA J.
Consorcio Hosp. Gen. Univ. de Valencia.

OBJETIVO: Datos recientes sugieren que el beneficio real de la terapia de resincronización cardiaca con desfibrilador (TRC-D) se limita a pacientes (pts) con una duración del QRS mayor de 150 milisegundos (ms). Sin embargo, existe poca evidencia en cuanto a si esto se aplica al subgrupo de pts con bloqueo de rama izquierda (BRI). El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la efectividad a largo plazo de la TRC-D en pts con BRI según la duración del QRS.
MÉTODO: Estudiamos retrospectivamente 303 pts (edad 66±9.5 años, 75.2% hombres) incluidos en el registro nacional UMBRELLA Care Link con primoimplante de TRC-D entre Marzo de 2007 y Octubre de 2014. Todos tenían BRI, FEVI ≤35% y clase funcional NYHA II, III o IV. Dividimos los pacientes en 2 grupos de acuerdo a la duración del QRS: 120-149 ms (grupo 1 n=72) y ≥150 ms (grupo 2 n=231). Estudiamos las características basales de la muestra y la frecuencia de eventos. Realizamos un análisis de supervivencia con el método de Kaplan-Meyer y utilizamos el modelo de regresión multivariado de Cox para predecir la probabilidad de muerte o arritmias ventriculares sostenidas.
RESULTADOS: La media de seguimiento fue de 900±596 días. En la mayoría de los casos (91,4%) la TRC-D estaba indicada en prevención primaria de muerte súbita, 39.3% tenían cardiopatía isquémica y solo el 2,6% estaban en clase funcional IV. Las características basales de ambos grupos eran similares excepto por una mayor tasa de hipertensión en el grupo 1 (76.4% vs 61.5% p=0.020). No hubo diferencias significativas en mortalidad (11.1% vs 10.8%, p=0.945), arritmias ventriculares sostenidas (16.7% vs 19.9% p=0.541), episodios de tormenta arrítmica o alertas del OptiVol® entre los grupos 1 y 2 respectivamente. En el análisis multivariado, ninguna variable fue un predictor independiente de muerte o de arritmia ventricular.
CONCLUSIÓN: La duración del QRS parece ser menos determinante en el beneficio de la TRC-D cuando existe BRI dado que los resultados a largo plazo fueron similares en pts con QRS entre 120-149 ms y ≥150 ms.

48. ¿Predice la fibrilación auricular perioperatoria en cirugía de revascularización coronaria futuros episodios de fibrilación auricular en población mediterránea?

DE LARA G., AHUMADA M., IBARRA N.V.,V PERNIAS V., NÚÑEZ L., GUEDES P., CASTILLA E., MORILLAS P., GARCÍA-HONRUBIA A., GARCÍA-DE BURGOS F.
Hosp. Gen. Univ. de Elche

ANTECEDENTES Y OBJETIVO: La fibrilación auricular (FA) es frecuente en el perioperatorio de cirugía de revascularización coronaria (CRC). Las guías recomiendan una visita al año en estos pacientes en base a opinión de expertos. El objetivo de nuestro estudio es analizar si el desarrollo de FA durante el período perioperatorio implica un riesgo de futuros episodios en población mediterránea.
MÉTODOS: Se estudiaron 98 pacientes sometidos a CRC en 2002 en una región mediterránea de España. Las características basales y los episodios de FA perioperatoria se recogieron prospectivamente como parte de un registro. Los episodios de FA durante el seguimiento hasta el año 2014 se recogieron de forma exhaustiva. Las variables continuas se expresaron como media±DE y las proporciones como porcentajes. Las diferencias fueron analizadas mediante t de Student o χ^2 de Pearson según el tipo de variables. Los contrastes fueron bilaterales, y los valores de p<0,05 se consideraron significativos. Se utilizó un modelo de regresión logística para analizar los factores de confusión.
RESULTADOS: Un total de 35 pacientes (35,7%) desarrollaron FA en el perioperatorio. En el momento de la CRC, la edad media fue 64,31±9,15 años, el 58,2% de los pacientes eran hipertensos, el 7,1% tenían episodios previos de FA, el 26,5% eran fumadores, el 3,1% tenía insuficiencia renal, el 5,2% tenía insuficiencia cardiaca crónica, el 70% fueron sometidos a CRC con circulación extracorpórea, y en el 5,8% fue necesario balón de contrapulsación. No hubo diferencias en las características basales entre los pacientes con y sin FA perioperatoria, a excepción de los episodios previos de FA (17,1vs.1,6%, p=0,004). En el seguimiento, 20 pacientes (20,4%) desarrollaron FA; de entre los que tuvieron FA perioperatoria y de entre los que no la tuvieron, el 40% y el 9,5% tuvieron episodios de FA a largo plazo respectivamente (p<0,001). En el modelo multivariado, incluyendo los factores de riesgo clásicos de FA, la FA perioperatoria se mantuvo como un factor de riesgo independiente (OR=5,4; IC95%:1,6-18,5; p=0,007).
CONCLUSIONES: La FA perioperatoria es frecuente y un predictor de aparición de FA hasta 12 años tras CRC en población mediterránea. Recomendamos un seguimiento más estrecho de estos pacientes. Parece razonable la revisión de las indicaciones de seguimiento de las guías clínicas en estos pacientes.

49. Experiencia inicial con dispositivos de oclusión transcatéter de orejuela izquierda en pacientes con fibrilación auricular ablacionada.

NÚÑEZ C., BONDANZA L., IZQUIERDO M.T., MARTÍNEZ A., FERRERO A., RUIZ R.
Hosp. Clín. Univ. de Valencia.

OBJETIVO: La oclusión transcatéter de la orejuela izquierda ha demostrado ser una alternativa eficaz al tratamiento anticoagulante para prevención de accidentes cerebrovasculares (ACV) isquémicos en pacientes con fibrilación auricular (FA) no valvular. Nuestro objetivo fue realizar un análisis descriptivo de los resultados obtenidos en pacientes seleccionados.
MÉTODO: Se seleccionaron, entre enero de 2015 y febrero de 2016, 10 pacientes para la realización conjunta de ablación de venas pulmonares y oclusión de orejuela izquierda mediante dispositivo Watchman ®. Antes de cada procedimiento, se llevó a cabo una RMN cardiaca en todos los pacientes, así como un ecocardiograma transesofágico (ETE) durante el mismo y en el seguimiento posterior. Realizamos un análisis descriptivo de los datos demográficos y características clínicas, datos del procedimiento y evolución en el primer seguimiento, realizado tras la ETE de seguimiento, a los 6 meses de la intervención.
RESULTADOS: Se completaron 9 de los 10 procedimientos, correspondiendo el restante a una ablación de venas pulmonares sin oclusión de orejuela izquierda por tamaño reducido de la misma. En la visita de seguimiento no se objetivaron complicaciones derivadas de la técnica de implante. El 100% de las ETE de seguimiento realizadas (6) valoraron los dispositivos como normoposicionados, con un 33% (2) de leaks periprotésicos residuales. Durante el seguimiento, 2 pacientes presentaron recidiva de FA persistente, 1 paciente presentó episodios de flutter auricular atípico y 1 paciente un episodio de FA paroxística. No hubo episodios de ACV. Los pacientes sometidos a cierre de orejuela pudieron sustituir la anticoagulación oral por doble antiagregación. 1 paciente presentó parálisis frénica, que se resolvió durante el seguimiento.
CONCLUSIONES: En nuestra serie, la oclusión transcatéter de orejuela mediante dispositivo Watchman ® resultó ser una alternativa eficaz y segura al tratamiento anticoagulante en pacientes seleccionados, datos que deberán confirmarse en un seguimiento a más largo plazo.

51. Utilidad del catéter guía Sheathless en la intervención coronaria percutánea del tronco coronario izquierdo por vía radial.

CARDELLS I, GARCÍA-BLAS S, NÚÑEZ J, CARRILLO P, CORDERO A, MIÑANA G, FRUTOS A, VALERO E, SANCHÍS J, LÓPEZ-PALOP R
Consorcio Hosp. Gen. Univ. de Valencia.

OBJETIVOS: El intervencionismo coronario percutáneo (ICP) vía radial presenta ventajas frente al femoral pero ofrece menor diámetro y soporte. El catéter Sheathless (ASAHI Intecc) aporta mayor volumen y menor diámetro externo. El objetivo fue evaluar la factibilidad del uso de sheathless en ICP radial de lesiones de tronco coronario izquierdo (TCI).

MÉTODOS: Registro prospectivo de pacientes a los que se les realizó ICP del TCI por vía radial usando este catéter entre Diciembre 2009 y Julio 2015 en dos centros. Se recogieron variables clínicas, anatomía coronaria y del ICP. Se evaluó la eficacia y complicaciones del procedimiento, y eventos clínicos (MACE) en el seguimiento.

RESULTADOS: Se incluyeron 109 pacientes, con edad media de 73.6, 81.7% hombres, 50.5% tenían enfermedad coronaria previa y en 80.7% la indicación fue síndrome coronario agudo. No se cambió en ningún caso a acceso femoral. 85.3% pacientes presentaron afectación de TCI distal, siendo 35% bifurcación verdadera. El Syntax score medio fue 32.4±15.8 y Euroscore 9.05± 8.5. En el 78.9% se usó catéter de 7.5F. Se usó técnica de doble stent en el 24,8% y stent provisional en el resto de bifurcaciones. El 22.9% requirió aterectomía rotacional y el 49.5% imagen intracoronaria. Se obtuvo éxito en 104 (95.5%) pacientes. A los 30 días hubo 15 MACE (13.8%), 13 muertes y 2 IAMSEST. Durante una mediana de seguimiento de 292 días a largo plazo se registraron 30 eventos (27.4%), 25 (23%) de ellos fueron muertes por cualquier causa (70% muerte cardiovascular). No se observaron complicaciones directamente relacionadas con el tipo de catéter, ni vasculares ni sangrados mayores.

CONCLUSIÓN: En nuestra experiencia, el uso del catéter sheathless por vía radial es una alternativa factible en el ICP de TCI.

VIERNES DÍA 13 (08:30 - 10:00 h.)
SALA B **HEMODINÁMICA Y CARDIO. INTERVENCIONISTA**

50. Estudio de eficacia y seguridad del caolín en la compresion de arteria radial tras cateterismo cardiaco.

VILLALBA N., PÉREZ-RODRÍGUEZ A., MARTÍ R., PALOMAR J., ROMERO C., HERNÁNDEZ C. SHAMI N.
Hosp. Univ. y Pol. La Fe de Valencia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Demostrar la eficacia y seguridad como hemostático del parche de caolín en el acceso radial tras cateterismo cardiaco. El nuevo dispositivo de compresión radial está basado en la liberación del caolín, con características hemostáticas ya demostradas. El caolín es un material inerte, adecuado para uso médico, antialergénico y 100% seguro; actúa sobre el factor XII de la coagulación, acelerando el proceso de hemostasia natural.
MATERIAL Y MÉTODO: Se trata de un estudio observacional, no aleatorizado y abierto en el que se han incluido 50 pacientes no consecutivos sometidos a cateterismo cardiaco. Se incluyeron pacientes a los que se les realizó cateterismos cardiacos diagnósticos, como intervencionismos coronarios percutáneos. Se utilizaron introductores de 5 y 6 French. Se excluyeron pacientes ingresados en otros hospitales, así como los que presentaron perforación de arteria radial, cross-over a arteria femoral y aparición de hematoma previo uso del dispositivo. Se registró la situación de la punción radial basal, a la hora, a las dos horas y 24 horas. Se comprobó la presencia de pulso radial.
RESULTADOS: El 73% de los pacientes eran hombres y 27% mujeres. De ellos el 72% fueron cateterismos cardiacos diagnósticos y el 28% angioplastias. El 56% presentaban HTA. El 16% llevaban en el momento del cateterismo AAS, otro antiagregante y HBPM. El 20% llevaban AAS y otro antiagregante. Y el 16% HBPM. Obtuvimos una tasa de éxito del 94% en la primera hora. Y de fracasos de 6%, con dos hematomas menores de 10 cm y uno con necesidad de vendaje compresivo. A las dos horas y 24 horas se mantuvieron los porcentajes de éxito y fracaso. Se constató presencia de pulso radial en el 100% de los pacientes.
CONCLUSIÓN: El parche radial de caolín ha resultado seguro como hemostático, con una baja tasa de incidencias. Aporta una mayor confortabilidad al paciente frente a otros dispositivos. Por las características de su compresión asegura la correcta perfusión de la arteria radial. Facilita el trabajo de enfermería de hospitalización por su fácil manejo.

52. Asociación del cociente entre neutrófilos y linfocitos con la gravedad de la enfermedad coronaria en pacientes con síndrome coronario agudo.

DUBOIS D., ROLDÁN I., FERNÁNDEZ-GALERA R., FERRANDO J., PÉREZ-GOZALBO J., PÉREZ-OLIVARES C., SAURÍ A., MONTEAGUDO M., ROMERO E., MORA V.
Hosp. Univ. Dr. Peset de Valencia.

OBJETIVO: La inflamación juega un papel central en la patogénesis de la aterosclerosis de ahí el interés por nuevos biomarcadores inflamatorios, como el cociente entre neutrófilos y linfocitos (CNL). Evaluamos la relación entre el CNL y la gravedad de enfermedad arterial coronaria (EAC) en pacientes (p) sometidos a coronariografía tras un síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCASEST).
MÉTODOS: Estudio prospectivo de cohortes en condiciones de práctica clínica. Consideramos EAC la estenosis >70% en al menos 1 vaso y EAC severa (EACse) la afectación de 3 vasos y/o del tronco común izquierdo. Categorizamos el CNL en cuartiles (<1,82, 1,82-2,46, 2,47-3,60 y ≥3,61) y comparamos el mayor (4º cuartil) frente al resto. Valoramos la relación con otros biomarcadores y determinamos con regresión logística la asociación entre el CNL y la EAC sin y tras ajustar por factores de confusión basales.
RESULTADOS: Incluimos 248 p con edad media (DE) de 66,9 (12,6) años, 25% mujeres. Observamos una tendencia lineal de los niveles más altos de CNL con mayor edad (p=0,012) y antecedentes de HTA (p=0,047), EPOC (p=0,009), enfermedad renal crónica (ERC) (p=0,031) y anemia (p=0,003). El CNL se relacionó directamente con el recuento de leucocitos y PCRus (para ambos p< 0,0001), e inversamente con los niveles de hemoglobina (p=0,017), colesterol total (p=0,002), LDL (p=0,004) y triglicéridos (p=0,003). Asímismo, los niveles más altos del CNL se asociaron con EACse (tabla).

Asociación entre CNL (4º cuartil) y EAC severa				
Variable	OR (IC95%) sin ajustar	p	OR (IC95%) ajustada	p
EAC severa	2,032 (1,102-3,747)	0,023	2,264 (1,158-4,425)	0,017

CONCLUSIONES: En pacientes con SCASEST a los que se realiza coronariografía, los niveles más altos del CNL se relacionan independientemente con la prevalencia y severidad de la EAC. Su determinación puede ser útil para estratificar el riesgo de EAC.

53. Utilidad del balón liberador de fármaco en situación de práctica clínica habitual en un laboratorio de hemodinámica.

DE LA ESPRIELLA R., BERENGUER A., VILAR J.V., CUBILLOS A., RUMIZ E., SANMIGUEL D., ALBIACH C., CHACÓN N., HIGUERAS L., MORELL S.
Consorcio Hosp. Gen. Univ. de Valencia.

INTRODUCCIÓN.
Los balones liberadores de fármaco (BLF) han demostrado ser seguros y eficaces tanto en el tratamiento de las reestenosis intrastent (RIS) así como en el abordaje de lesiones de novo de vaso pequeño y lesiones en bifurcación. Nuestro objetivo es describir su utilidad en situación de practica clínica habitual en un laboratorio de hemodinámica.

MÉTODOS.
Se incluyeron de forma retrospectiva todos los pacientes tratados con BLF en dos años consecutivos en situación de práctica clínica habitual. Se analizaron las características basales y angiográficas de cada paciente y se evaluó la necesidad de nueva revascularización en el seguimiento.

RESULTADOS.
Entre enero de 2014 y diciembre de 2015, 29 pacientes fueron tratados con BLF. El 53% eran hombres, 67% tenían múltiples factores de riesgo cardiovascular y el 70% antecedentes de cardiopatía isquémica crónica. La indicación para el implante fue en su mayoría reestenosis intrastent (62%: 10 focales y 8 difusas) siendo el resto de casos angioplastia sobre vasos secundarios de pequeño calibre y segmentos distales de vasos principales (38%). Durante una media de seguimiento de 501,38 días (percentil25: 295,6, - percentil75: 727), solo se registró un caso de reestenosis (3.4%) que correspondía a un paciente tratado por RIS recurrente.

CONCLUSIONES.
Los BLF ofrecen una alternativa útil, segura y eficaz en ciertos escenarios de la práctica clínica habitual, fundamentalmente en la RIS.

54. ¿Funcionarán a largo plazo las prótesis valvulares aórticas tras el implante transcatéter?

SANMIGUEL D., BERENGUER A., RUMIZ E., VILAR J.V., PAYÁ R., PÉREZ-BOSCA J.L., GIL O., VALLS A., CUBILLOS A., MORELL S.
Consorcio Hosp. Gen. Univ. de Valencia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Una de las principales incertidumbres tras el implante transcatéter valvular aórtico (TAVI) es la durabilidad de las prótesis a largo plazo. El objetivo principal es analizar la disfunción protésica en una cohorte de pacientes consecutivos intervenidos de TAVI.
MÉTODOS: Estudio observacional, prospectivo y con seguimiento ecocardiográfico (ECO) de pacientes sometidos a TAVI desde junio 2008. Se excluyeron pacientes que fallecieron antes del alta hospitalaria o antes de alcanzar los 12 meses de seguimiento. Se obtuvieron las medidas por ECO basales, postprocedimiento y en el máximo seguimiento. Se definió disfunción protésica (DP) según criterios combinados VARC-2 (Insuficiencia aórtica moderada (IAo) o grave y/o gradiente medio (G med) > 20 mmHg).
RESULTADOS: Se incluyeron 84 pacientes, mediana seguimiento 37 meses (mínimo 12 y máximo 81), mediana edad 80 años[77-83,75], Euroscore Log 15,3±7,5. La medidas ECO mostraron un G med basal de 51±11, con una reducción significativa tras implante 10,86±3,4, y manteniéndose esa reducción en el máximo seguimiento 12,59±14, con un ligero incremento no significativo. La variable combinada de DP fue del 7,1% (6 pacientes); 4 IAo moderada, 1 paciente disfunción mixta severa y otro paciente DP secundaria a endocarditis, este el único caso de fallecimiento relacionado con disfunción protésica.
CONCLUSIONES: La mejora de parámetros hemodinámicos obtenidos tras el TAVI perduró en el seguimiento a largo plazo, destacando además de la durabilidad una tasa de disfunción protésica del 7,1%.

	Basal	Post-TAVI	Máx. seguim	p bas-post
V max (m/sg)	4,4±0,47	2,06±0,3	2,03±0,4	<0,001
G med (mmHg)	51±11	10,86±3,4	12,59±14	<0,001
FEVI (%)	57,3±13	58,99±10	60,44±8	NS
TIV (mm)	13,8±2,4	13,06±1,9	12,68±1,4	NS
DTDVI (mm)	46,85±5,1	47,7±6	46,9±5,2	NS
PsAP	47,41±12	40,5±13	41,5±14	0,08

55. Añadiendo "azucar" al diagnostico y la etiopatogenia del sindrome de Tako-Tsubo empleando tomografia de coherencia optica intracoronaria.

SANMIGUEL D., BERENGUER A., RUMIZ E., VILA J.V., CUBILLOS A., VALLS A., CHACÓN N., HIGUERA L., GIMÉNEZ V., MORELL S.
Consorcio Hosp. Gen. Univ. de Valencia.

INTRODUCCIÓN-OBJETIVOS: El síndrome de Tako-Tsubo (STK) sigue siendo una entidad de etiopatogenia incierta. El objetivo es describir los hallazgos obtenidos mediante el estudio intracoronario con Tomografía de Coherencia Optica (TCO) y su utilidad diagnóstica en el STK.

MÉTODOS: Se incluyeron desde Abril 2012 hasta Diciembre 2015 todos los pacientes con diagnóstico inicial STK, ausencia en coronariografía (CNG) de lesiones (estenosis <50%, ausencia de placas ulceradas, disección o trombos). Se realizó TCO con técnica no oclusiva (Dragon Fly, C7-XR, RightLab Imaging, St Jude Medical, St Louis, MO) desde los segmentos más distales de la arteria descendente anterior hasta el tronco común izquierdo. Seguimiento con confirmación de normalización alteraciones contractiliad.

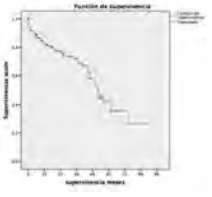
RESULTADOS: Se incluyeron 9 pacientes, edad 70 años [63,5-72], mujeres 9(100%), ≥1 factor de riesgo cardiovascular 6(66,6%), hipotiroidismo 3(33,3%), estrés físico o psíquico 6(66,6%), ECG inversión T precordiales 4(44%), CNG no emergente 7(77,8%), ausencia lesiones angiográficas 8(88,8%), FEVI (%) 42,2±11,2, elevación discreta biomarcadores 8(88,8%). CTO sin lesiones en 3 pacientes, placa arterioesclerótica con signos de estabilidad y no estenótica en 6(66,7%), placa rota 1, fibroateroma de cápsula fina (TCFA) 1, nódulos de calcio superficial 2, y trombo en 2 pacientes

CONCLUSIONES: La utilización de la TCO en el STK ha permitido identificar enfermedad arterioesclerótica en la mayoría de pacientes (66,7%). De la información obtenida en este trabajo se podría considerar el STK un "cajón de sastre" que engloba etiologías muy variadas de aturdimiento miocárdico.

56. ¿Cuándo y de que se nos mueren nuestros pacientes tras implante valvular aortico percutaneo?

SANMIGUEL D., BERENGUER A., RUMIZ E., VILAR J.V., GIL O., CUBILLOS A., VALLS A., DE LA ESPRIELLA R., ALMELA P., MORELL S.
Consorcio Hosp. Gen. Univ. de Valencia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:
Existen pocas series publicadas de seguimiento a largo plazo tras implante valvular aórtico transcatéter (TAVI). El objetivo es analizar a largo plazo la supervivencia libre de muerte por cualquier causa, describir la causa y secuencia temporal tras TAVI.
MÉTODO:
Estudio observacional, prospectivo y con seguimiento de todos los pacientes consecutivos (n=127) a los que se realizó procedimiento de TAVI en el centro entre junio 2008 hasta diciembre de 2015.
RESULTADOS:
Se realizaron un total de 127 procedimientos. Mediana de seguimiento (meses) 23[6,7-46], edad (años) 80 [77-83], mujeres 72 (55,8%), Euroscore Log 16,2±8,2, vía femoral 100 (87,9%), localización correcta 126 (97,7%) y éxito técnico 125 (96,9%). La mediana de supervivencia (meses) 52 (IC 95% 47,46-56,53)(Figura 1 curva supervivencia Kaplan-Meier). Máximo seguimiento vivo 81 meses (6,7 años). Seguimiento acumulado 3.480 pacientes/mes. Total de muertes 47, causa cardiovascular (CV) 27 (57,4 %) y no CV 20 (42,5%), mortalidad a 30 días 7 (14,8%), todas de causa CV. La supervivencias acumuladas al final de los años 1 a 5 fueron 77, 71, 58, 42 y 33% respectivamente. A partir del primer año 17 muertes no CV (57,14%) siendo las causas específicas más frecuentes las infecciones (50%) y neoplasias (37,5%).
CONCLUSIONES:
La mediana de supervivencia libre de muerte por cualquier causa tras TAVI fue de 52 meses (4,3 años). Con una supervivencia acumulada del primer, segundo y tercer año del 77, 71 y 58 % respectivamente. La mortalidad relacionada con el procedimiento (30 días) presentó un predominio absoluto de las causas CV. A partir del año casi dos tercios de las muertes son de causa no CV.



57. ¿Se cumplen los tiempos de actuación en los pacientes tratados con angioplastia primaria ?

FEDERICO P., CASTELLÓ T., MARTÍNEZ L., PERIS E., POMAR F.
Hosp. Univ. de la Ribera.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:
La angioplastia primaria es el tratamiento de elección en el IAM siempre que el tiempo entre el primer contacto médico y la apertura de la arteria sea <120 min. Analizamos si esos tiempos hasta la apertura de la arteria se cumplen, pues es un factor crucial para determinar la eficacia del procedimiento y los resultados.

MÉTODOS:
Analizamos de forma prospectiva todos los pacientes consecutivos remitidos a nuestro centro para reperfusión mediante angioplastia primaria desde septiembre de 2014 que iniciamos el "Código Infarto" (CI) hasta febrero 2015. Se han recogido datos de filiación, procedencia de los pacientes, características clínicas y del procedimiento. Se han valorado tiempos de inicio de los síntomas, primer contacto médico (PCM), tiempo de activación (ACT), llegada al laboratorio de hemodinámica (LL) y tiempo de apertura de la arteria (AA).

RESULTADOS:
En el período de estudio, se activó el CI en nuestro centro en 204 pacientes (edad 64,3±13 años, 72% varones). En 13% la activación fue erronea, 2% no se identificó la arteria responsable y un 2% se indicó revascularización quirúrgica. En el resto (83%) se realizó angioplastia primaria. Los intervalos (min.) de actuación fueron: PCM-ACT: 45(1-740); ACT-LL: 43(5-142); LL-AP: 25(9-68). En 62% de los casos el intervalo desde PCM hasta la AA fue menor de 120 min. La principal causa de los retrasos han sido el tiempo desde PCM-ACT (18% >120 min.) y traslados (20% >60 min).

CONCLUSIÓN:
Aunque la mayoría de los pacientes tratados con angioplastia primaria en nuestro centro cumplen los criterios de actuación del CI, es necesario mejorar los intervalos en la activación y traslado para que todos puedan beneficiarse por igual de la reperfusión mecánica.

58. Revascularización completa intrahospitalaria vs ambulatoria en pacientes multivaso sometidos a angioplastia primaria.

HIGUERAS L., RUMIZ E., BERENGUER A., VILAR J.V., SANMIGUEL D., VALLS A., CUBILLOS A., JIMÉNEZ V., ROSELLÓ M., MORELL S.
Consorcio Hosp. Gen. Univ. de Valencia.

OBJETIVO: La revascularización completa de pacientes multivaso sometidos a angioplastia primaria (ICP primaria) es motivo de controversia. Nuestro objetivo fue examinar las diferencias en mortalidad, reinfarto (ReIAM) y reingreso por insuficiencia cardiaca (IC) entre una estrategia de revascularización completa intrahospitalaria (RevascIntra) vs ambulatoria (RevascAmb) en pacientes multivaso sometidos a ICP primaria.

MÉTODOS: Desde el 1 de Junio de 2014 se randomizó de forma consecutiva 1:1 aquellos pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST sometidos a ICP primaria que mostraban estenosis ≥70% en algún vaso no culpable, a una estrategia RevascIntra, al menos 24 horas depués de la ICP primaria y a una estrategia RevascAmb. Se excluyeron aquellos pacientes en shock cardiogénico.

RESULTADOS: Se han randomizado 70 pacientes, 35 (50%) fueron asignados inicialmente a una estrategia RevascIntra y 35 (50%) a una estrategia RevasAmb. En un paciente con RevasIntra se realizó cambio a ambulatoria por trombopenia severa y en un paciente con RevasAmb se convirtió a RevascIntra por IC refractaria. La revascularización completa se llevó a cabo en una mediana (IQR) de 4 días (3-5) para la RevascIntra y de 30 días (15-50) para la RevascAmb. Durante una mediana de seguimiento de 127 días (RIQ 86-182), no hubo diferencias significativas en cuanto a muerte de causa cardiaca (1 vs 0, p>0,05), reinfarto (1 vs 0, p>0,05) o reingreso por IC (0 vs 0) entre RevascIntra y RevascAmb respectivamente. Sin embargo, se observó un aumento significativo en los días de estancia hospitalaria en el grupo de pacientes con RevascIntra (8 ± 5 vs 4 ± 1, p=0,03).

CONCLUSIONES: La revascularización completa ambulatoria de pacientes multivaso sometidos a ICP primaria es segura, ocasionando una reducción significativa de la estancia hospitalaria en comparación con una estrategia de revascularización completa intrahospitalaria.

59. Papel de la oclusión crónica total en pacientes sometidos a angioplastia primaria.

CHACÓN N., RUMIZ E., BERENGUER A., VILAR J.V., VALLS A., CUBILLOS A, ALMELA P., LÓPEZ-LÓPEZ I., TREJO B., MORELL S.
Consorcio Hosp. Gen. Univ. de Valencia.

INTRODUCCIÓN: Estudios recientes, han demostrado que la revascularización completa de pacientes multivaso sometidos a angioplastia primaria (ICP Primaria) reduce la mortalidad a largo plazo. Sin embargo, estos estudios no hacen referencia a pacientes con oclusión crónica total (OCT). El objetivo de este trabajo es conocer el papel pronóstico de la presencia de una OCT en vaso no culpable en pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMCEST) sometidos a ICP primaria/rescate.

MÉTODOS: Analizamos una cohorte prospectiva de 554 pacientes con IAMCEST sometidos a ICP primaria/rescate desde el 01/06/2009 hasta 01/12/2014. Para evaluar el efecto de la interacción de una OCT sobre mortalidad y reingreso se utilizó el modelo de regresión de Cox y binomial respectivamente.

RESULTADOS: La edad media de nuestra cohorte fue 65±24 años y el 64,1% fueron sometidos a ICP primaria. 50 pacientes (9%) presentaban una OCT en vaso no culpable. Los pacientes con OCT mostraban un porcentaje mayor de disfunción sistólica severa (<35%), con una incidencia mayor de shock cardiogénico en el momento del infarto. Durante una mediana de seguimiento de 57 meses RIQ (17-101), no se observaron diferencias significativas en reinfarto o reingreso por insuficiencia cardiaca en ambos grupos. Sin embargo se observó un aumento de la mortalidad intrahospitalaria y durante el seguimiento en pacientes con OCT (20,5% vs 6,2%, p<0,001) y (38,8% vs 12,4%, p<0,001) En el análisis multivariado tras ajustar por variables clínicas y hemodinámicas, se observó que la presencia de una OCT se asociaba de forma independiente con un aumento del riesgo de muerte HR 3,16 IC95% 1,1-8.70.

CONCLUSIONES: La presencia de una OCT triplica el riesgo de muerte a largo plazo en pacientes sometidos a ICP primaria/rescate, constituyendo un subgrupo de alto riesgo que podría beneficiarse de una revascularización completa preventiva.

60. Experiencia inicial con el implante percutáneo de la válvula pulmonar Melody en tractos de salida disfuncionantes del ventrículo derecho.

ANDRÉS LM, DOMENECH M.D., SÁNCHEZ-LACUESTA M.E., TEN F., DIEZ J.L.
Hosp. Univ. y Pol. La Fe de Valencia.

Una alternativa segura y eficaz para prolongar su vida útil de conductos protésicos entre ventrículo derecho(VD) y arteria pulmonar (AP) es el implante percutáneo de una válvula pulmonar transcatéter Melody® (IPVP).
OBJETIVO: Estudio descriptivo de los primeros 4 casos de IPVP realizados en el Hospital La Fe durante 2015.
MATERIAL Y MÉTODO: 3 varones. Edad media: 24,5±3 años. En todos los casos el conducto era estenótico y en 2 además insuficiente. Se indicó la intervención por dilatación del VD y/o deterioro funcional. En un caso además, por muerte súbita reanimada por FV en ese contexto. Se realizó prestenting en todos los casos. Seguimiento (media de 217±142 días).
RESULTADOS:

Presiones	Basales			Post-Tratamiento		
	Sistólica	Diastólica	Media	Sistólica	Diastólica	Media
V. Derecho	89	11,25		55	8,75	
Art. Pulmonar	29	13,25	19,75	37,5	14,75	22,75
Aorta	90,5	54,25		122,25	58,75	
Gradiente pico (mm de Hg)	49			17		

SITUACIÓN CLÍNICA: Mejoría funcional subjetiva en todos los casos.
COMPLICACIONES: En un caso hematoma localizado suprapúbico derecho (6x4 cm).
CONCLUSIONES: Describimos nuestra experiencia inicial en el tratamiento, mediante IPVP de la disfunción de conductos protésicos interpuestos entre VD y AP, que resulta en una mejoría inmediata de los parámetros hemodinámicos de sobrecarga de presión del VD, y en una mejora en el seguimiento de la situación clínica de los pacientes.

VIERNES DÍA 13 (08:30 - 10:00 h.)
SALA C **CARDIOLOGÍA CLÍNICA**

61. Peculiaridades de la fibrilación auricular no valvular en función del sexo. Estudio AFINVA.

PÉREZ-GOZALBO J., MORA V., DUBOIS D., SEOANE A., GONZÁLEZ J., NAVARRO F., CASAO S., PLATAS J., PÉREZ-OLIVARES C., ROLDÁN I. Representación del Estudio AFINVA.
Hosp. Univ. Dr. Peset de Valencia. Dep. de Salud Valencia-Dr. Peset.

El sexo femenino se ha asociado con un aumento del riesgo tromboembólico en pacientes (p) con fibrilación auricular no valvular (FANV).
OBJETIVO. Determinar si existen rasgos diferenciales entre sexos en los p con FANV del estudio AFINVA (Actualidad en Fibrilación aurIcular No ValvulAr).
MÉTODOS. Estudio transversal exploratorio de una muestra de 30.024 p correspondiente al 10% de la población de un Departamento de Salud. Se incluyen pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de FA. Se excluyen p con FA valvular y aquellos con FA<1 mes de evolución. Analizamos datos demográficos, clínicos, y características del tratamiento anticoagulante oral (ACO) en función del sexo.
RESULTADOS. Entre los 505 p con FANV las mujeres representan el 55% de la muestra y fueron de mayor edad (79±9 vs 75±11, p<0,01). Las características de la población aparecen en la tabla. En hombres y mujeres el uso de tratamiento ACO (72,8 vs 71,4%) y el control de ACO (57,1 vs 49,4%) no presentó diferencias significativas (ambos con p=0,7). Las mujeres tuvieron mayor puntuación CHA_2DS_2VASc (4,6±0,9 vs 3,4±1,7 p<0,001). No hubo diferencias en score HASBLED (2,3±0,9 vs 2,2±1 p=0,12).
CONCLUSIONES. En p con FANV el sexo femenino tiene un perfil de mayor riesgo embolígeno por su penalización de género. El uso de tratamiento anticoagulante y su adecuado control no presentó diferencias de género.

	HTA (%)	Diabetes (%)	FGR < 60 (%)	CIsq (%)	FE <50 (%)
Hombres	74,1	33	28	25,4	20
Mujeres	81,6	30	36,8	14,8	8,6
p	< 0,05	ns	< 0,05	< 0,01	< 0,01

HTA: Hipertensión arterial. **FGR:** Filtrado glomerular renal (1,73 ml/min/m). **CIsq:** Cardiopatía isquémica. **FE:** Fracción de eyección ventricular izquierda.

62. Rasgos diferenciales de los pacientes con cardiopatía estructural y fibrilación auricular no valvular. Estudio AFINVA

PÉREZ-GOZALBO J., MORA V., DUBOIS D., CASAL E., RODRIGO V.M., MEDINA J.S., SALAVERT M., RIBELLES J., BERTOLÍN J., ROLDÁN I.. Representación del Estudio AFINVA.
Hosp. Univ. Dr. Peset de Valencia. Dep. de Salud Valencia-Dr. Peset.

El concepto de fibrilación auricular no valvular (FANV) es muy amplio, abarcando desde pacientes (p) sin cardiopatía hasta p con cardiopatía estructural (CEst) grave.
OBJETIVO. Conocer los rasgos diferenciales de los p con CEst y FA no valvular (FANV) del estudio AFINVA (Actualidad en Fibrilación aurIcular No ValvulAr).
MÉTODOS. Estudio transversal exploratorio de una muestra de 30.024 p correspondiente al 10% de la población de un Departamento de Salud. Se incluyen pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de FA. Se excluyen p con FA valvular y aquellos con FA <1 mes de evolución. Analizamos datos demográficos, clínicos y características del tratamiento anticoagulante en función de la presencia de CEst.
RESULTADOS. Entre los 505 p con FANV el 32% tuvieron CEst (isquémica 19,5%, valvulopatía 7,5%, miocardioptía dilatada 2%, miocardiopatía hipertrófica 1%, otras 2%). Edad media 77,4±10 años. No hubo diferencias en la indicación de anticoagulación. El porcentaje de insuficiencia cardiaca fue mayor en la CEst (55,2 vs 17,4%, p<0,01), la mitad de ellos con función sistólica conservada. El grupo con CEst tuvo mayor puntuación CHA_2DS_2VASc (4,7±1,7 vs 3,7±1, p<0,01) y HASBLED (2,5±0,8 vs 2±0,6, p<0,01). Otros rasgos diferenciales aparecen en la tabla.
CONCLUSIONES. La CEst tiene una prevalencia elevada entre los p con FANV, sobre todo la cardiopatía isquémica. Los p con CEst muestran un perfil de riesgo cardiovascular más desfavorable, y tienen mayor riesgo embolígeno y hemorrágico.

	Hombres (%)	HTA (%)	Diabetes (%)	EPOC (%)	FGR <45(%)
CEst (n 161)	52,1	83,8	37,2	32,6	19,8
No CEst (n 344)	41,9	75,6	28,4	14,8	13,3
p	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	0,05

HTA: Hipertensión arterial. **EPOC:** Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. **FGR:** Filtrado glomerular renal (1,73 ml/min/m^2).

63. Utilidad de la puntuación $SAMeTT_2R_2$ para predecir el control de la anticoagulación en la fibrilación auricular no valvular. Estudio AFINVA.

DUBOIS D., MORA V., MIRA S., PÉREZ-OLIVARES C., VIÑAS A., MORENO V., TORRES M.J., HERMIDA H., PÉREZ-GOZALBO J., ROLDÁN I. Representación del Estudio AFINVA
Hosp. Univ. Dr. Peset de Valencia. Dep. de Salud Valencia-Dr. Peset.

La puntuación $SAMeTT_2R_2$ se ha postulado como predictora de la calidad del tratamiento anticoagulante con antivitamina K (AVK), con resultados controvertidos.
OBJETIVO. Conocer la capacidad de $SAMeTT_2R_2$ para predecir los resultados del tratamiento con AVK en pacientes (p) con FA no valvular (FANV) incluidos en el estudio AFINVA (Actualidad en Fibrilación aurIcular No ValvulAr).
MÉTODOS. Estudio de 304 pacientes de raza blanca con FANV tratados con AVK durante los 6 meses previos. El tiempo en rango terapéutico (TRT) se utilizó para medir la calidad de la anticoagulación (ACO) (correcto si TRT ≥65% por Método de Rosendaal (MR) o ≥60% por Estimación Directa (ED)). La puntuación $SAMeTT_2R_2$ considera valores 0-1 como bajo riesgo, y ≥2 como alto riesgo de mal control de la ACO.
RESULTADOS. Edad media 78,6±8,3 años, mujeres 54%. La puntuación $SAMeTT_2R_2$ en 2 niveles referida no mostró capacidad predictiva en grupos de bajo y alto riesgo de mal control de ACO (55% vs 51%, p=0,45 según MR, y 59% vs 52%, p=0,23 según ED).
En nuestra serie, observamos una tendencia lineal significativa entre los valores de $SAMeTT_2R_2$ categorizados en 3 niveles y la probabilidad de presentar un buen control de la ACO con AVK estimada por ambos métodos (ver tabla). Sin embargo, la significación se pierde en los valores centrales 1-3 (p=0,7 para MR y p=0,3 para ED).
CONCLUSIONES. Puesto que la mayoría de nuestra población (89%) está situada en rango intermedio (1-3) de la puntuación $SAMeTT_2R_2$, la aplicabilidad de este score se reduce a una minoría de pacientes (11%) con puntuación $SAMeTT_2R_2$ situada en los extremos.

Puntuación $SAMeTT_2R_2$ (n)	0 (25)	1-3 (271)	≥4 (8)	p
% TRT Método Rosendaal	68	51,7	12,5	<0,01
% TRT Estimación Directa	64	43,5	12,5	<0,01

64. Déficit de hierro y riesgo de rehospitalización precoz tras ingreso por insuficiencia cardiaca aguda.

CARDELLS I., SANTAS E., GARCÍA-BLAS S., MIÑANA G., VALERO E., PAYÁ A., ESCRIBANO D., SANCHÍS J., CHORRO F.J., NÚÑEZ J.
Hosp. Clín. Univ. de Valencia.

OBJETIVO:
La rehospitalización precoz tras un episodio de insuficiencia cardiaca aguda (ICA) sigue siendo excesivamente alta y su predicción y adopción de medidas para su reducción supone un reto clínico. El déficit de hierro (DH) es un hallazgo frecuente en ICA pero su valor pronóstico es incierto. Nuestro objetivo fue evaluar la asociación entre el déficit de hierro y el riesgo de reingreso a 30 días en una cohorte de pacientes dados de alta por ICA.
MÉTODOS:
La ferritina sérica y el índice de saturación de la transferrina (IST) fueron medidos antes del alta en 626 pacientes consecutivos con ICA en un único centro. El DH fue definido como ferritina sérica <100 µg/l (DH absoluto) y como ferritina 100-299 µg/l con IST <20% (DH funcional). El análisis de regresión de Cox adaptado para eventos competitivos fue utilizado para determinar la asociación entre DH-parámetros relacionados y riesgo de reingreso a 30 días.
RESULTADOS:
La edad media fue 75.6±10.4, 48% fueron mujeres y 52.1% tenían fracción de eyección ventricular izquierda >50%. El DH fue encontrado en 463 pacientes (74%): 302 (48.2%) con DH absoluto y 161 (25.7%) DH funcional. A los 30 días del alta, 20 (3.2%) pacientes fallecieron y 103 (16.5%) reingresaron. Los pacientes con DH absoluto presentaron un aumento de la tasa de reingresos comparados con aquellos con DH funcional y ausencia de DH (19.9%, 13% y 13.5%, respectivamente, p=0.005). En el análisis multivariado, el DH absoluto se asoció con riesgo elevado de reingreso (HR= 1.72; IC 95%: 1.13-2.60, p=0.011). Comparado con los pacientes sin DH, el DH funcional no se relacionó con riesgo de reingreso (HR= 0.87; IC 95%: 0.46-1.62, p=0.652).
CONCLUSIÓN:
En los pacientes con ICA, el DH absoluto, pero no el funcional, se asoció con mayor riesgo de reingreso a 30 días.

65. Utilidad de la hipertrofia ventricular izquierda por ecocardiograma para el screening de la enfermedad de Fabry.

MATEO I., TOCADO B., ZUAZOLA P., LÓPEZ-VAQUERO C., LÓPEZ-ARANDA M.A., DE LA GUIA F., ERDOCIAIN E.
Hosp. Marina Baixa de Villajoyosa.

ANTECEDENTES: La afectación cardiaca en la enfermedad de Fabry es conocida y cursa con hipertrofia ventricular izquierda (HVI) fundamentalmente. En nuestro país no existen datos reales de la incidencia de la enfermedad de Fabry en pacientes con HVI.
OBJETIVOS: Determinar la incidencia y la utilidad del ecocardiograma como método de screening de la enfermedad de Fabry en pacientes con HVI excluyendo la estenosis aórtica severa.
METODOLOGÍA: Estudio descriptivo trasversal representativo del área de nuestro hospital. En un periodo de inclusión de marzo a diciembre 2015, se incluyeron 30 voluntarios entre 18 y 65 años, con HVI (grosor de 13mm de septo y/o pared posterior). Se les realizó una evaluación clínica, de laboratorio, electrocardiográfica y ecocardiográfica así como el test de gota seca para determinar la incidencia de la enfermedad de Fabry.
RESULTADOS: El 76.7% eran varones, el 46.7% eran hipertensos y el 20% tenían insuficiencia renal. No hubo ningún paciente con angioqueratomas, acroparestesias ni fiebre intermitente. Dos pacientes presentaron eventos cerebrovasculares y 7 patología digestiva. El prolapso de válvula mitral fue severo en un paciente. El septo medio fue 16,55+/-6mm y masa media 280,94+/-134,52 g/m^2 con un patrón diastólico pseudonormal (ratio E/A medio 1,29+/-05; TD medio 169,23+/-83ms). El índice Sokolov medio 20+/-12m. El BNP medio 184+/-418,4pg/mL). No se encontró ningún caso de Fabry entre la población estudiada.
CONCLUSIONES: El diagnóstico precoz de la enfermedad de Fabry es importante ya que existe un tratamiento y posible reversión de las manifestaciones cardiovasculares. En nuestro estudio no se detectó ningún caso de Fabry aunque se trata de una muestra pequeña. Tanto la severidad de la HVI como el grado de la disfunción diastólica fueron mayores de lo esperado en nuestra serie. A destacar los parámetros electrocardiográficos no correlativos al grado de HVI y los valores bajos de BNP probablemente por la estabilidad clínica de estos pacientes. El uso de strain hubiera mejorado el rendimiento del estudio.

66. Experiencia inicial en el tratamiento quirúrgico de la hipertesión pulmonar tromboembólica crónica.

PÉREZ M., BEL A.M., BERBEL A., BLANCO O., DOMÍNGUEZ C., BUENO M., HEREDIA T., LÓPEZ-REYES R., MARTÍNEZ-DOLZ L.V., MONTERO J.A.
Hosp. Univ. y Pol. La Fe de Valencia.

OBJETIVOS:
El tratamiento quirúrgico de la hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (HPTEC), la endarterectomía pulmonar (EP), se ha demostrado como el tratamiento de elección para todos los pacientes con esta patología. El objetivo de esta comunicación es describir nuestra experiencia inicial en este tipo de cirugía que se ha iniciado con éxito en nuestro centro.
MÉTODOS:
Desde Enero del 2015 hasta Febrero del 2016 se han intervenido en nuestro hospital cuatro pacientes con HPTEC. La edad media fue de 57 años (rango 42-67 años) siendo tres de ellos varones (75%). Todos los pacientes se encontraban en clase funcional avanzada NYHA/WHO III y bajo tratamiento con vasodilatadores pulmonares y anticoagulación oral. La presión arterial pulmonar media (PAPm) preoperatoria medida por cateterismo cardiaco derecho fue de 55 mmHg (rango 30-68 mmHg) y en tres de los pacientes existía una disfunción ventricular derecha significativa.
RESULTADOS:
Se somete a los pacientes a cirugía de EP bajo circulación extracorpórea e hipotermia profunda (20ºC) con parada circulatoria total durante el proceso de la trombectomia pulmonar (bilateral en un caso). Con una estancia hospitalaria media postoperatoria de 7 dias, no hubo ningún caso de fallecimiento ni de secuelas neurológicas. Al alta la reducción media de la PAPm fue de 30 mmHg y todos los pacientes se encontraban en una clase funcional NYHA/WHO I-II.
CONCLUSIONES:
A pesar que la indicación quirúrgica en la HPTEC esta bien definida en las guias de practica clínica como una indicación tipo I, la falta de experiencia de los equipos quirugicos, y del manejo medico postoperatorio, siguen limitando la difusión de este tipo de cirugía. En nuestro centro se creó un grupo de trabajo multidisciplinar que ha permitido ofrecer a los pacientes el acceso a este tipo de terapéutica con unos resultados iniciales prometedores.

67. La fibrilación auricular no afecta el pronóstico a largo plazo en pacientes con insuficiencia cardiaca.

GARCÍA-CARRILERO M., GUNTURIZ C., CORDERO A., MORENO J, RIBES F., JUSKOVA M., ELAMRANI A., MARTÍNEZ-ABELLÁN R., BERTOMEU V.
Hosp. Clín. Univ. San Juan de Alicante.

INTRODUCCIÓN: La fibrilación auricular (FA) es la arritmia sostenida más frecuente en la población y es altamente prevalente en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica o aguda (IC). Puede ser causa o consecuencia de la IC aguda, pero el impacto a largo plazo tras una hospitalización es menos conocido.

OBJETIVOS: Conocer el pronóstico a largo plazo de pacientes con FA que ingresan por IC aguda.

MÉTODOS: Estudio observacional de pacientes consecutivos ingresados en un único centro por IC aguda en 2009. La mortalidad a largo plazo se analizó mediante análisis de Kaplan-Meier y regresión de Cox. Los resultados se expresan como hazard ratio (HR). El riesgo de re-hospitalización se evaluó mediante regresión logística binomial y los resultados se expresan como incidencias (IRR).

RESULTADOS: Se incluyeron 305 pacientes, edad media 77,0 (10,6) años, 44,9% de hombres y 63,3% con fracción de eyección de ventrículo izquierdo (FEVI) >0,50. La prevalencia de FA fue del 42,3% y los pacientes con FA tenían mayor prevalencia de hipertensión (85,3% vs. 76,1%) y FEVI >0,50. Se observó una tendencia a la reducción de la mortalidad hospitalaria en los pacientes con FA (7,0 vs. 13,6%; p=0,06). Durante el seguimiento, mediana de 41,0 (intercuartil 13,5-63,0) meses, la mortalidad por todas las causas fue de 73,9% y la mortalidad cardiovascular 51,8 %, sin observarse diferencias entre los pacientes con o sin FA; el análisis multivariado encontró asociación no significativa (HR: 1,32; IC del 95% 0,88 a 2,00; p=0,18). La FA no se asoció a un mayor riesgo de hospitalizaciones recurrentes por IC (IRR: 1,30; IC del 95% 0,95 a 1,77).

CONCLUSIONES: La FA no se asocia a una mayor mortalidad o re-hospitalizaciones después de un ingreso hospitalario por IC aguda.

68. Valoracion del uso de la telemedicina en un servicio de cardiologia en un hospital comarcal.

JACAS V., SELLER J., RODRÍGUEZ-ARGUESO A., ALANIA E., LUCAS E., MASCARELL B., MADERO S., VALLE A.
Hosp. Marina Salud de Denia.

OBJETIVO: Valorar el uso de la telemedicina como nuevo modelo de integración asistencial en un servicio de Cardiología de un hospital comarcal con atención primaria.

MÉTODO: Se desarrolla una consulta no presencial (sin paciente) donde se incluyen un máximo de 6 solicitudes al día en horario de 08-09h, desde atención primaria, con indicaciones detalladas: exploraciones complementarias/dudas diagnósticas/renovación visados/valoración ECG/otros. La actividad se asigna diariamente a un cardiólogo durante una hora al día. La información complementaria (ECG y/o analítica) se integra en la historia clínica electrónica compartida entre los dos niveles asistenciales. La consulta se responde en tiempo máximo de 48 horas desde la solicitud.

RESULTADOS: Desde inicio de este nuevo modelo de consulta se ha incrementado el uso desde atención primaria. En 2013 se registraron 610 consultas no presenciales, 723 en 2014 y durante el 2015, 949, lo que ha generado un descenso progresivo en el número de consultas sucesivas (desde 9.230 en el año 2013 a 7.270 en el 2015) manteniendo el número de primeras visitas, lo que ha generado una reducción en el ratio sucesivas/primeras de 2.6 en el año 2013 a 2.1 en el 2015. A lo largo de 2015, el 35% de las consultas no presenciales desde atención primaria tuvieron que convertirse a consulta presencial habitual.

CONCLUSIÓN: La utilización de la tecnología de la comunicación (Tele medicina) en la práctica clínica diaria permite mejorar la comunicación entre los niveles asistenciales, priorizar la asistencia al paciente, reducir tiempos de espera y evitar desplazamientos, permitiendo una gestión más eficientes de los recursos existentes.

69. Aortoplastia de reducción frente a sustitución por conducto en los aneurismas de aorta ascendente: estudio comparativo y seguimiento.

DOMÍNGUEZ C., VALERA F.J., SCHULER M., BERBEL A., BLANCO O.R., CANDELA G., BUENO M., MONTERO J.A.
Hosp. Univ. y Pol. La Fe de Valencia.

INTRODUCCIÓN:

La aortoplastia reductora (AoP) es una técnica controvertida, poco utilizada y reservada en general para pacientes de muy alto riesgo y dilatación leve o moderada de la aorta. Presentamos un estudio comparativo entre AoP y sustitución por conducto (CtoAo), con los resultados quirúrgicos y la evolución a medio plazo de la técnica de reducción aórtica.

MÉTODOS:

Se analizaron 238 pacientes consecutivos, 102 (42,9%) con AoP y 136 (57,1%) con CtoAo. Se describen las variables preoperatorias, los resultados quirúrgicos y el seguimiento con técnicas de imagen de la reparación aórtica.

RESULTADOS:

Hubo diferencias significativas entre AoP y CtoAo en edad (71,2/60,9 p=0,000), aórtico (45,8/51,5 p=0,000), índice aórtico (2,5/2,8 p=0,000), presencia de válvula bicúspide (VAB) (26,2%/73,8% p=0,000), estenosis aórtica (47,1%/30,9% p=0,011), euroscore logístico (16,6/10,4 p=0,000) y II (6,7/4,6 p=0,000). Los tiempos de circulación extracorpórea e isquemia fueron menores en la AoP (p=0,003 y 0,000). La mortalidad hospitalaria fue 2,9% (AoP) y 2,9% (Cto Ao) (p=ns), en ambos casos muy por debajo de euroscore. En el seguimiento (32±28 meses) la dilatación de aorta en la AoP fue de 0,5±1 mm/año, no relacionado con VAB ni con ninguna otra variable preoperatoria, y no hubo reintervenciones.

CONCLUSIONES:

La AoP, aunque indicada para pacientes con mayor perfil de riesgo y aneurismas por debajo de 45-50 mm, tiene buenos resultados, con baja mortalidad y progresión lenta en el seguimiento, incluso en pacientes con VAB.

70. Análisis descriptivo de una unidad de insuficiencia cardiaca comarcal: características diferenciales y comorbilidades según etiología

SELLER J., NÚÑEZ C., ROLDÁN I., JACAS V., RODRÍGUEZ-ARGÜESO A., ALAINA E., VALLE D., LUCAS E., MASCARELL B., VALLE A.
Hosp. Marina Salud de Denia.

Los registros de pacientes (p) incluidos en una unidad de insuficiencia cardiaca (UIC) son fundamentales, sobre todo en las fases iniciales, para conocer las características de los p, así como datos de seguimiento que posteriormente nos permitirán analizar el impacto de nuestras intervenciones.

OBJETIVO: Valorar la utilidad de un registro para analizar de forma global las características de los p incluidos en las fases iniciales de una UIC de un hospital comarcal.

MÉTODOS: Análisis descriptivo de los datos recogidos en un estudio prospectivo de cohortes en condiciones de práctica clínica habitual de p incluidos en una UIC entre Junio/2015 y Enero/2016. Se dividió a los p entre IC de causa isquémica (ICI) y aquellos con etiología no isquémica (ICNI), y se analizaron las características basales y comorbilidades.

RESULTADOS: Se reclutaron 83 p, un 27,7% fueron mujeres, con edad media de 69,02 años (a). La media de la fracción de eyección de ventrículo izquierdo fue de 35,8%. El porcentaje de paciente con ICI fue del 44,6%. No se encontraron diferencias entre el porcentaje de mujeres (18,9% vs 34,8%; p=0,1) y la edad media (69,45 a vs 68,67 a; p=0,45) entre ICI y ICNI, respectivamente. Hubo más antecedentes de hipertensión arterial (94,6% vs 76,1%; p=0,021), diabetes mellitus (43,2% vs 21,7%; p=0,032) y dislipemia (83,8% vs 56,5%; p=0,008) en los p con ICI. La fibrilación auricular (FA) fue más frecuente en ICNI (60,9% vs 32,4%; p=0,010). No existieron diferencias entre p con ICI y ICNI en enfermedad renal crónica (ERC) (44,4% vs 25%; p=0,067), patología pulmonar (PP) (10,80% vs 12,04%; p=0,78) y valores medios de hemoglobina (Hb) (13,9g/dL vs 13,2 g/dL; p=0.189).

CONCLUSIONES: Los p con ICI presentaron más factores de riesgo cardiovascular, pero no se hallaron diferencias entre otras comorbilidades como ERC, PP y valores de Hb. La FA fue más frecuente en la ICNI.

71. Estimación de la mortalidad en el sindrome coronario agudo. Comparación de las escalas RACE y Saps 3.

CEBRIÁN J., PINOS A.D., CIGES T., CONCHA P., PIÑOL M., BROCH M.J., CASTELLANOS A.
Hosp. Univ. y Pol. La Fe de Valencia.

OBJETIVO:
Comparar la calibración de un índice de gravedad general en cuidados intensivos (Saps 3) con la de la escala Grace (específica para SCA) en los pacientes ingresados en nuestra unidad de medicina intensiva (UMI).

MÉTODOS:
Se analizaron retrospectivamente 287 pacientes con SCA ingresados consecutivamente en nuestra UCI durante el periodo 1/1/2015 - 30/9/2015. La mortalidad estimada por la escalas Saps 3 se obtiene de forma sistemática en nuestra UMI. La puntuación Grace se obtuvo mediante una revisión de las historias clínicas según las especificaciones de sus autores y el cálculo del riego Grace mediante la aplicación de los coeficientes de regresión de Granger a las variables originales. Se comparó la mortalidad real observada con las dos mortalidades predichas por cada uno de los índices mediante una prueba de bondad de ajuste (comparación de una proporción observada a una teórica).

RESULTADOS:
La edad media fue de 63,2 años (DE 13,6) y el 24% fueron mujeres. La puntación Grace media fue de 152,8 (DE 37,6) mientras que la puntuación Saps 3 fue de 44,1 (DE 7,8) La mortalidades predichas por las escalas Saps 3 y Grace fueron de 12% y 5,1% respectivamente. La mortalidad real observada en UCI fue de 3,1% (IC 95% 1,7 a 5,9) y en el hospital de 5,2% (IC 95% 3,2 a 8,4).

CONCLUSIONES:
La mortalidad del síndrome coronario agudo en nuestro medio es claramente sobreestimada por un índice de gravedad general como es la escala Saps 3. Parece pues prudente realizar esta estimación con la escala Grace, específicamente diseñada para pacientes coronarios.

72. Carga de hospitalizaciones recurrentes tras una hospitalización por insuficiencia cardíaca aguda: función sistólica conservada frente a deprimida.

ESCRIBANO D., SANTAS E., VALERO E., MOLLAR A., GARCÍA S., PALAU P., CARDELLS I., PAYÁ A., CHORRO F.J., NÚÑEZ J.
Hosp. Clín. Univ. de Valencia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La insuficiencia cardíaca con función sistólica preservada (ICFSP) y función sistólica deprimida (ICFSD) comparten una elevada mortalidad. Sin embargo, las diferencias entre ellas en la carga de reingresos no son bien conocidas.

MÉTODOS: Incluimos a una cohorte de 2.013 pacientes consecutivos tras una hospitalización por IC aguda (1.082 con ICFSP y 931 con ICFSD). Se realizó un análisis de Cox y una regresión binomial negativa para evaluar los riesgos de muerte e ingresos repetidos, respectivamente.

RESULTADOS: Tras un seguimiento de 2,36 años (rango intercuartílico: 0,96-4,65), 1.018 pacientes (50,6%) fallecieron, y 3.849 reingresos se registraron en 1.406 pacientes (69,8%). No se encontraron diferencias entre ICFSP y ICFSD en la incidencia de mortalidad (16,7 frente a 16,1 por 100 personas-año, respectivamente; p=0,794), ni de rehospitalizaciones (70,8 frente a 70,2 por 100 personas-año, respectivamente; p=0,791). En un análisis ajustado, el riesgo de reingreso por todas las causas fue comparable entre ambas entidades (incidence rate ratio [IRR]=1.04; intervalo de confianza [IC] del 95%, 0.93-1.17; p=0,461). Tampoco hubo diferencias en el riesgo de ingreso por causa cardiovascular o relacionada con la IC (IRR=0,93; IC 95%, 0,82-1,06; p=0,304; IRR=0,96; IC 95%, 0,83-1,13; p=0,677, respectivamente). Sin embargo, los pacientes con ICFSP mostraron un riesgo más elevado de ingreso de causa no cardiovascular (IRR=1,24; IC 95%, 1,04-1,47; p=0,012).

CONCLUSIONES: Tras un ingeso por IC aguda, no existen diferencias en la carga total de rehospitalizaciones entre los pacientes con ICFSP e ICFSD. Sin embargo, los pacientes con ICFSP tienden a reingresar más por causas no cardiovasculares.

73. Factores relacionados con el control de cifras de LDL en pacientes dislipémicos con enfermedad carviovascular.

FERNÁNDEZ-DÍAZ C., FÁCILA L., MONTAGUD V., VAÑÓ J., BELCHI J., FABREGAT O., SÁNCHEZ-ÁLVAREZ S., DE LA ESPRIELLA R., HIGUERAS L., MORELL S.,
Consorcio Hosp. Gen. Univ. de Valencia.

OBJETIVOS: Determinar factores relacionados con mal control de cifras de LDL en pacientes dislipémicos con antecedentes de enfermedad cardiovascular que ingresan en Cardiología por cualquier motivo.

MÉTODOS: Se efectuó un estudio analítico observacional incluyendo todos los pacientes ingresados consecutivamente desde Oct-2011 a Feb-2016 en el Servicio de Cardiología de un hospital terciario y que presentaban antecedentes de enfermedad cardiovascular previa y dislipemia en tratamiento. Se realizó análisis estadístico con SPSS.

RESULTADOS: Se analizaron un total de 1.138 pacientes con los criterios descritos que ingresaron por: cardiopatía isquémica(41,6%), insuficiencia cardíaca(31,4%), arritmias(12,8%), derrame pericardio(8%), síncope (4,6%), otros(13,3%). De ellos, 637 (55,97%)presentaban mal control de cifras de LDL, entendiendo como tal LDL>70 mg/dl a pesar de tratamiento. En el análisis univariado se observó un mayor porcentaje de pacientes mal controlados entre los no diabéticos (N=466) [61,6% vs 72,7% (p<0,001)], en pacientes sin enfermedad renal crónica (N=253) [57,7% vs 70,6%(p< 0.001)], en mujeres (N=331) [64,2% vs 73,1% (p=0,04)] y en pacientes de menor edad (71,59+/-11,7 años vs 73,5+/-10,4 años (p=0,015). En un análisis multivariante, las variables que mostraron una relación independiente estadísticamente significativa para mal control de LDL fueron la edad [OR= 0,984 IC: 0,97-0,997 (p=0,019)], la enfermedad renal crónica [OR=0,656 IC: 0,479-0,899 (p=0,09)], la diabetes mellitus [OR=0,644 IC: 0.483-0,858 (p=0,03)] y varón [OR:0,579 IC:0,423-0,793 (p<0,001)], todas ellas como protectores.

CONCLUSIONES: A pesar de que en los pacientes que ingresan en cardiología con antecedentes de enfermedad cardiovascular y dislipemia, el antecedente de diabetes, enfermedad renal, ser varón y tener una mayor edad son predictores de mejor control de LDL, son ingresados de nuevo por enfermedad cardiovascular. En estos pacientes, probablemente no es suficiente con el control de la dislipemia para evitar nuevos episodios.

74. Ventajas del tratamiento quirúrgico precoz en la miocardiopatía hipertrófica obstructiva.

DOMÍNGUEZ C., SCHULER M., BERBEL A., BLANCO O.R., HEREDIA T., MONTERO J.A.
Hosp. Univ. y Pol. La Fe de Valencia.

OBJETIVO: La anticipación en la indicación de la cirugía de la miocardiopatía hipertrófica obstructiva (MHO) tiene una muy baja mortalidad y comorbilidad asociada. Sin embargo, se reserva únicamente a casos clínicamente avanzados. Pretendemos demostrar el impacto en la mortalidad hospitalaria de aquellos casos intervenidos en una clase funcional avanzada.

MATERIAL Y MÉTODOS: Desde febrero de 1998 hemos intervenido un total de 97 casos consecutivos mediante una miectomía septal ampliada, 71 miectomías simples (MS) y 26 procedimientos combinados (MC). Se separa la muestra en dos grupos según estén en clase funcional grado I-II o bien III-IV de la NYHA preoperatoriamente. Se utilizó la herramienta estadística SPSS v20.0.

RESULTADOS: La mortalidad hospitalaria fue del 1,03% para MS y del 3,09% para MC. Todos los enfermos experimentaron una reducción inmediata del gradiente gradiente intraventricular, con una caída media del gradiente pico de 68,97 mmHg (DE 32,6, p<0.001). Ninguno de los fallecidos se encontraba en el grupo de cirugía precoz. El 89,1% refirió una mejoría significativa en sus síntomas preoperatorios (p<0.001). La insuficiencia renal crónica, un segundo periodo de isquemia, el tiempo de CEC y cualquier complicación mayor postoperatoria alcanzaron la significación estadística en el análisis univariado, sin embargo, sólo la CEC se identificó como un factor independiente predictor del evento combinado muerte y/o complicaciones postoperatorias (OR 1,04 IC 95% 1,01–1,08). La supervivencia actuarial global a 5 años fue del 92%, observando una tendencia a la significación entre grupos (log-rang Mantel-Cox p=0.08).

CONCLUSIÓN: A la vista de los resultados el retraso en la indicación aumenta el riesgo de mortalidad hospitalaria postoperatoria. Por ello, debería tenerse en consideración la remisión a centros con programas específicos a los pacientes con gradiente residual antes del desarrollo de síntomas invalidantes.

75. ¿Qué saben los pacientes sobre los resultados de su cateterismo reciente?

ERDOCIAIN M., MATEO I., LÓPEZ-VAQUERO C., TOCADO B., LÓPEZ-ARANDA M.Á., DE LA GUÍA F., ZUAZOLA P., CORTÉS E.A.
Hosp. Marina Baixa de Villajoyosa.

OBJETIVO: Estudiar el conocimiento de los pacientes sobre el resultado del cateterismo cardíaco al que han sido sometidos recientemente.

MÉTODO: Se realizó una encuesta telefónica formulando las siguientes preguntas: "¿Cuantas arterias tenía obstruidas en el último cateterismo que le hicieron?""¿sabe el nombre de esa/s arteria/s?""¿cuántos stents le pusieron ?""¿sabe qué medicación toma usted para que los stents permanezcan abiertos?".

RESULTADOS: Se realizaron 40 cateterismos cardíacos remitidos desde nuestro hospital del 15 de noviembre de 2015 al 31 de enero de 2016. Se obtuvieron 30 encuestas válidas. El 73 % de los encuestados fueron hombres, edad media 69 años. El motivo de petición del cateterismo fue: síndrome coronario agudo en el 47% de los casos, angina inestable y ángor de esfuerzo en el 15,7% y previo a cirugía cardíaca el 21%. La arteria descendente anterior presentó lesiones significativas en el 26% de los cateterismos, diagonal en el 21%, circunfleja en el 10%, rama marginal en el 21% y la coronaria derecha en el 42%. No se objetivaron lesiones coronarias en el 36% de los estudios. La media de stents fue de 1,16 stents por cateterismo. A todos los pacientes con lesiones coronarias significativas se les pautó ácido acetilsalicílico 100 mgr al día, excepto a un alérgico. Al 66,6% se le pautó clopidogrel y al 33,3 % ticagrelol. De los pacientes que tenían lesiones coronarias, el 46% sabía el número de vasos afectos y el 83% de los pacientes que no presentaban lesiones eran conocedores de este resultado. Ningún paciente conocía el nombre de las arterias afectadas. El 41% conocían el número de stents que se le habían implantado. El 25% de los pacientes portadores de stents sabían que medicación ejercía el efecto antiagregante.

CONCLUSIÓN: El nivel de conocimiento de los pacientes sobre los resultados de un cateterismo reciente es pobre. Deberíamos intentar mejorar este hecho por las implicaciones, sobretodo a la hora del cumplimiento terapeútico, que esto puede tener.

76. Tratamiento de la enfermedad coronaria estable con Ivabradina. Situación en la práctica clínica diaria.

DE LA GUÍA F., FAYOS L., LÓPEZ-ARANDA M.Á, TOCADO B., ERDOCIAÍN M., LÓPEZ-VAQUERO C., MATEO I., ZUAZOLA P.
Hosp. Marina Baixa de Villajoyosa.

OBJETIVOS: Ivabradina ha sido incluida como tratamiento de 2ª línea con una evidencia IIA en las guías europeas de enfermedad arterial coronaria estable. Analizamos que tratamientos concomitantes tienen los pacientes coronarios de nuestra área sanitaria.

MÉTODOS: Estudio descriptivo, retrospectivo, clínico, incluyendo pacientes diagnosticados de cardiopatía isquémica, angina estable crónica y síndrome coronario agudo tratados con Ivabradina. Periodo: agosto de 2012 hasta diciembre de 2014.

RESULTADOS: 175 pacientes cumplían los criterios de inclusión. Edad media: 68.3 años. 59.4% varones. Respecto al tipo de tratamiento realizado antes de la prescripción de ivabradina, 96 pacientes (54,8%) precisaron intervencionismo percutáneo (ICP), 65 pacientes (37%) únicamente tratamiento conservador y 14 pacientes (9%) cirugía coronaria. Existe relación entre el género y el ICP, siendo los hombres los que presentan mayor necesidad de ICP que las mujeres (68 varones, 28 mujeres, p=0.001). 39 pacientes (22,3%) asociaban betabloqueantes e ivabradina (13 mujeres, 26 varones). Bisoprolol fue el betabloqueante más utilizado (66,6%, dosis media: 5,4 mg/día), seguido de carvedilol (17,9%, dosis media: 10,7 mg/día) y metoprolol (5,1%, 150 mg/día). Otros fármacos: AAS 90.9%, IECA/ARA-2 67.4%, Estatinas 78.3%. La función sistólica estaba preservada (FEVI cuantificada por ecocardiografía) antes del inicio de la terapia con ivabradina (78.7% pacientes), no apreciándose diferencias significativas en el análisis posterior (79.9%). La frecuencia cardiaca media sin ivabradina fue de 79,5 latidos/minuto, descendiendo a 65,4 latidos/minuto tras tratamiento con ivabradina (reducción de 14,1 latidos/minuto; p<0.001).

CONCLUSIONES: La ivabradina puede ser una opción antianginosa útil en pacientes que usan betabloqueantes, con frecuencias cardiacas superiores a 75 lpm y función sistólica conservada, apreciándose una reducción significativa de frecuencia cardiaca.

77. Papel actual de la ivabradina en cardiopatía isquémica crónica respecto a otros agentes antianginosos.

DE LA GUÍA F., FAYOS L., LÓPEZ-ARANDA M.Á., MATEO I., LÓPEZ-VAQUERO C., TOCADO B., ERDOCIAÍN M., ZUAZOLA P.
Hosp. Marina Baixa de Villajoyosa.

OBJETIVOS: Ivabradina ha sido incluida en las últimas guías europeas de enfermedad arterial coronaria estable (agosto de 2013). Se analiza el empleo concomitante de ivabradina con otros antianginosos incluidos en estas guías en el contexto de la práctica clínica real en nuestra población coronaria.

MÉTODOS: Estudio descriptivo, retrospectivo y clínico, incluyendo pacientes diagnosticados de cardiopatía isquémica en tratamiento farmacológico convencional, incluida ivabradina, analizando el uso concomitantes con otros fármacos antianginosos (betabloqueantes, calcioantagonistas, nitratos y ranolazina). Periodo de tiempo estudiado: agosto 2012-diciembre 2014.

RESULTADOS: De un total de 350 pacientes en tratamiento con ivabradina, se incluyeron 175 pacientes que cumplían los criterios de inclusión. Edad media: 68.3 años. El 59.4% eran varones. 87.4% hipertensos, 86.2% hipercolesterolemia, 50.3% diabéticos. Respecto al tratamiento antianginoso asociado a ivabradina se registra que el 22.3% de pacientes asociaba un betabloqueante (bisoprolol: 66,6%, dosis media: 5,4 mg/día), un 2.3% de pacientes asociaba diltiazem, el 22.3% un calcioantagonista dihidropiridinico, el 18.9% asociaba un nitrato, y el 18.3% tomaba ranolazina junto a ivabradina. Se aprecia una disminución no significativa de empleo de betabloqueantes (26.5% pre-guía, 16.4% post-guía) y nitratos (23.5% pre-guía, 12.3% post-guía) combinados a ivabradina en aquellos pacientes en los que se prescribe ivabradina tras las guías europeas.

CONCLUSIONES: La asociación de ivabradina con otros antianginosos clásicos (betabloqueantes, nitratos y antagonistas del calcio) es más baja a la obtenida en estudios previos, con una leve reducción tras la publicación de las guías europeas. La asociación con ranolazina es baja, pero no comparativa por falta de registros previos.

78. Pronóstico a largo plazo y años de vida potencialmente perdidos en pacientes jóvenes tras hospitalización por insuficiencia cardiaca.

GUNTURIZ C., GARCÍA-CARRILERO M., CORDERO A., MORENO J., RIBES F., JUSKOVA M., CASTILLO J., BERTOMEU-GONZÁLEZ V., BERTOMEU-MARTÍNEZ V.
Hosp. Clín. Univ. San Juan de Alicante.

OBJETIVOS: La insuficiencia cardiaca (IC) reduce la calidad y esperanza de vida. Hay escasa evidencia relacionada con el pronóstico a largo plazo y los años de vida potencialmente perdidos (AVPP) en jóvenes con IC.

MÉTODOS: Estudio observacional unicéntrico de todos los pacientes consecutivos ingresados por IC en 2009. Se consideraron jóvenes si edad <65 años. AVPP fue evaluado por la diferencia entre edad al éxitus y esperanza de vida. La mortalidad a largo plazo se analizó mediante análisis de Kaplan-Meyer y análisis multivariado por regresión de Cox.

RESULTADOS: Se incluyeron 305 pacientes con edad promedio de 77,0 (10,6) años, 44,9% hombres y 63,3% de fracción de eyección ventrículo izquierdo> 0,50. Los jóvenes representaron el 13,1% de la cohorte con una edad media significativamente menor (56,3±6,7 vs 80,7±6,6). Mayoría sexo masculino (p=0,002). Tuvieron menor mortalidad hospitalaria (p<0,049). Durante el seguimiento, mediana de 41,0(rango intercuartil 13.5-63.0 meses), los jóvenes tenían significativa menor mortalidad cardiovascular (MC)(32,5%vs 56,6%) y mortalidad total (MT)(52,5% vs 80,4%). Sin diferencias en reingresos hospitalarios por causas cardiovasculares (p=0,80).El análisis multivariante identificó que edad <65 se asociaba negativamente como factor independiente, a la MC (HR: 0,40 IC95% 0,21 a 0,77) y MT(HR: 0,45 IC95%: 0,27 a 0,76). AVPP totales fueron 3,8±7,5 años, siendo 10 veces mayor en jóvenes (p<0,01).Sexo femenino, diabetes y edad <65 predictores independientes de AVPP.

CONCLUSIONES: Los pacientes jóvenes representan un bajo porcentaje de todos los pacientes ingresados por IC con pronóstico significativamente mejor; Sin embargo, los pacientes <65 años también tienen tasas de mortalidad relevantes y, lo que es más importante, ello conlleva a una gran cantidad de AVPP.

79. Análisis de la comorbilidad asociada, consumo de recursos sanitarios y supervivencia libre de eventos cardiovasculares en pacientes con Coartaciones de aorta.

FERNÁNDEZ-PORTILLA T., MELERO J.L., RUEDA J., OSA A., MORILLAS H., PLAZA D., BUENDÍA F., SERRANO F., MARTÍNEZ-DOLZ L.
Hosp. Univ. y Pol. La Fe de Valencia.

La Coartación de aorta (CoA) es una cardiopatía congénita (CC) de complejidad moderada (5% de todas las CC). El objetivo del estudio fue analizar la comorbilidad asociada, el consumo de recursos sanitarios y la supervivencia libre de eventos cardiovasculares.
METODOS: Se incluyó una cohorte de 90 pacientes con CoA (edad 33±15; 58,9% varones). Se estudiaron diversas variables clínicas (CC asociadas, comorbilidades extracardíacas (CEC), edad de reparación) relacionándose con la incidencia de HTA y uso de recursos sanitarios. Se analizó la supervivencia libre de eventos (reintervención, arritmias, ACV, insuficiencia cardíaca, endocarditis o muerte).
RESULTADOS: El 73% tenía otra CC asociada (valvulopatía aórtica bicúspide 58%, CC simples 21%). Un 60% de CEC, siendo psiquiátricas (18%) y neurológicas (13%) las más frecuentes. El 53% desarrollaron HTA, el 11% aneurisma de aorta. Un 38% fue polifrecuentador de servicios médicos. Los pacientes con CoA y otras CC presentaron un mayor número de consultas médicas (p=0,03). Los pacientes con HTA se intervinieron más tardíamente (7 vs 21% p<0,001) y tuvieron con mayor frecuencia problemas neurológicos (p=0,05). Los pacientes con CEC fueron intervenidos a edades más adultas (11 vs 17% p=0,05), fueron más frecuentadores (12 vs 55% p<0,00), consumieron más fármacos (p=0,010) y presentaron múltiples episodios infecciosos (3 vs 26% p=0,026). Un 44% desarrolló algún evento desde la reparación (reintervención 33%, arritmias 11%, ACV 4%, IC 5,6%, endocarditis 3%). Dos pacientes fallecieron en el seguimiento. La supervivencia libre de eventos a los 1, 5, 10, 20 y 30 años fue del 91, 78, 71, 60 y 45%.
CONCLUSION: La CoA se asocia comúnmente con otras CC y CEC. La prevalencia de HTA es muy alta los operados en la edad adulta y se asocia con frecuencia a problemas neurológicos. A pesar de la baja edad media, desarrollaron un elevado número de eventos y precisaron de un uso frecuente de recursos sanitarios.

80. Control de la anticoagulación oral con antagonistas de la vitamina K en la fibrilación auricular no valvular. Estudio AFINVA.

DUBOIS D., MORA V., PÉREZ-GOZALBO J., TORRES M.J., MORENO V., MIRA S., VIÑAS A., VICENTE M., PÉREZ-OLIVARES C., RODÁN I. Representación del Estudio AFINVA.
Hosp. Univ. Dr. Peset de Valencia. Dep. de Salud Valencia-Dr. Peset.

El tratamiento con antagonistas de la vitamina K (AVK) reduce el riesgo de embolias en la fibrilación auricular (FA). El margen terapéutico con AVK es muy estrecho.
OBJETIVO. Evaluar los factores asociados con deficiente control de la anticoagulación (ACO) con AVK en pacientes (p) con FA no valvular (FANV) del estudio AFINVA (Actualidad en Fibrilación aurIcular No ValvulAr).
MÉTODOS. Estudio transversal exploratorio de una muestra de 30.024 pacientes (p) correspondiente al 10% de la población de un Departamento de Salud. En los 505 p con diagnóstico de FANV analizamos datos demográficos, clínicos, y características del tratamiento. En los pacientes anticoagulados con AVK se registran los INR de los 6 meses previos a la inclusión. Se acepta como buen control de la ACO (INR entre 2-3) un tiempo en rango terapéutico (TRT) ≥65% mediante método de Rosendaal.
RESULTADOS. En 304 p con FANV tratados con AVK se obtuvo control de ACO en 53%. Edad media 78,6±10 años, mujeres 54%. Ver en la tabla las características de los p según control de ACO. En análisis multivariado el factor independiente relacionado con mal control de ACO fue HASBLED ≥3 [OR 17 IC 95% (9,5-30,6) p<0,01].
CONCLUSIONES. La prevalencia de mal control de la ACO fue muy elevada. Revertir esta situación es necesaria para reducir los riesgos de tromboembolismo y hemorragia.

	Total (304 p)	Buen control (n 161) (53%)	Mal control (n 143) (47%)	p
Edad (años±DE)	78,6±8	78,7±8	78,5±8	ns
Mujeres (%)	54	50	58	ns
Anemia (Hb<12) (%)	22,3	18	27,2	<0,05
CKD-EPI <45(%)	17,1	13,6	21	0,08
CHA_2DS_2VASc ≥1(%)	99	99,3	98,6	ns
HASBLED ≥3(%)	50,7	21,7	83,2	p<0,01

VIERNES DÍA 13 (08:30 - 10:00 h.)
SALA D **CARDIOPATÍA ISQUÉMICA Y FISIOPATOLOGÍA Y ECG DEL EJERCICIO.**

81. Análisis de la atención al paciente cardiológico agudo en la Comunidad Valenciana.

RASO R., NAVARRO J., PAYÁ R., PERIS E., ALMENAR L., CHAMORRO C., NÚÑEZ J., SANDIM M., COSÍN J., VALLE A.
Sociedad Valenciana de Cardiología.

INTRODUCCIÓN: Recientemente la Sociedad Española de Cardiología ha realizado un análisis y una serie de propuestas en relación a la atención del paciente con patología aguda cardiológica en nuestro país. Una de los objetivos a medio plazo es que las unidades coronarias se incorporen de forma progresiva a los Servicios de Cardiología con el fin de ofrecer a este tipo de pacientes una correcta continuidad asistencial así como una adecuada formación a los residentes. Los cardiólogos debemos concienciarnos que nuestra misión es asumir el diagnóstico y el tratamiento de todos los pacientes cardiacos y, especialmente, los que se encuentran en fase aguda y estado crítico. El objetivo del presente estudio es conocer cual es el estado actual de la atención al paciente cardiológico agudo en la Comunidad Valenciana (CV).
MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio observacional trasversal. En enero de 2016 se solicitó la cumplimentación de un cuestionario elaborado por la Sociedad Valenciana de Cardiología. Se remitió a un representante de cada hospital (24 hospitales).
RESULTADOS: Tasa de respuesta fue del 100%. 8 hospitales imparten formación MIR en cardiología. 6 Hospitales tienen guardia de cardiología (cubren el 35% de la población). En 1 hospital la Unidad Coronaria depende de cardiología (6 camas) lo que supone un 5.83% de la población. 2 Hospitales disponen de Unidad de Cuidados Intermedios. En el 75% de la población la decisiones de tratamiento en bradiarritmias severas la toma exclusivamente UCI. Los porcentajes de implante de marcapasos fueron: 38.25% UCI, el 34% cardiología, 3.30% anestesia y el 23.77% colaboración cardiología/UCI. Los porcentajes en cuanto al seguimiento de marcapasos fueron los siguientes: 49.14% Cardiología, 29% UCI, Colaboración UCI/Cardiología 18.55%, Anestesia 3.30%
CONCLUSIONES: La atención del paciente cardiológico agudo en la CV no depende de los servicios de cardiología. Es por ello que los responsables de los servicios deberían de establecer medidas a medio plazo para que cambie esta situación.

82. Valor pronóstico de los síndromes geriátricos en pacientes ancianos con síndrome coronario agudo.

HEREDIA R., BONANAD C., RUIZ V., ROMERO G., VALERO E., PELLICER M., CÀNOVES J., NÚÑEZ J.
Hosp. Clín. Univ. de Valencia.

INTRODUCCIÓN:
Los síndromes geriátricos pueden predecir eventos adversos en el contexto del síndrome coronario agudo (SCA) más allá de la propia edad y de los clásicos factores de riesgo cardiovascular. El objetivo fue cuantificar y evaluar un amplio espectro de síndromes geriátricos en pacientes supervivientes a la fase aguda de un SCA y analizar su valor pronóstico para predecir mortalidad total y el evento mayor (EM) considerado como el evento cominado de muerte/infarto de miocardio no fatal.

MÉTODOS:
Se incluyeron 342 pacientes ≥65 años que ingresaron de forma consecutiva en el servicio de Cardiología de un único hospital. Al alta, se evaluaron 5 síndromes geriátricos: fragilidad, dependencia física e instrumental, deterioro cognitivo y comorbilidad. Se analizó su impacto pronóstico sobre la mortalidad por todas las causas y para el EM durante un seguimiento a largo plazo.

RESULTADOS:
La edad media fue de 77 años, 43% fueron mujeres, 80% hipertensos, 60% dislipémicos, 42% diabéticos y hasta el 35% tenían cardiopatía isquémica previa. En un 92% se observó elevación de troponina y hasta en un 30% presentaron insuficiencia cardiaca al ingreso (clase Killip ≥2). La mediana de seguimiento de la población total con intervalos 25-75% fue de 40 meses (29 a 46 meses). Durante el seguimiento 105 pacientes murieron (31%), en 71 de ellos la muerte fue de causa cardiovascular (21%), 44 pacientes (13%) tuvieron un IAM y 137 pacientes (40%) presentaron un EM. Todos los síndromes geriátricos se asociaron con la mortalidad y el EM (p<0,001) en el análisis univariado. Además, fragilidad y comorbilidad, demostraron tener un valor pronóstico potente e independiente para mortalidad total (HR=2,357 y HR=1,69, respectivamente) y su adición a los modelos clínicos elaborados para cada evento, mejoraron la capacidad discriminativa.

CONCLUSIÓN:
Los síndromes geriátricos son predictores del mal pronóstico, sobretodo de mortalidad por todas las causas tras un SCA.

83. Manejo del paciente anciano con síndrome coronario agudo y síndromes geriátricos.

HEREDIA R., BONANAD C., RUIZ V., VALERO E., ROMERO G., CÀNOVES J., PELLICER M., NÚÑEZ J.
Hosp. Clín. Univ. de Valencia.

INTRODUCCIÓN: Existe la percepción subjetiva de que en los pacientes ancianos con síndrome coronario agudo (SCA) se realiza un manejo más frecuentemente conservador. El objetivo fue cuantificar y evaluar un amplio espectro de síndromes geriátricos en pacientes supervivientes a la fase aguda de un SCA, así como describir y analizar las diferencias de manejo en este contexto clínico.

MÉTODOS: Se incluyeron 342 pacientes ≥65 años que ingresaron de forma consecutiva en el servicio de Cardiología de un único hospital durante 2 años. Al alta, se evaluaron 5 síndromes geriátricos: fragilidad, dependencia física e instrumental, deterioro cognitivo y comorbilidad y se recogieron variables clínicas, analíticas y de manejo terapéutico.

RESULTADOS: La edad media fue de 77 años, 43% fueron mujeres, 80% hipertensos, 60% dislipémicos, 42% diabéticos y hasta el 35% tenían cardiopatía isquémica previa.

Del total de pacientes, 275 (80%) se sometieron a cateterismo cardiaco durante el ingreso y en 144 (52%) se realizó angioplastia coronaria percutánea. Dentro de nuestra población de estudio, 89 pacientes presentaron un IAMCEST y 253 un SCASEST. Dentro de este último grupo, se realizó cateterismo cardiaco a 197 (78%) y ACTP a 88 (35%) de los pacientes. De los 89 pacientes con IAMCEST se realizó ACTP primaria a 25 (28%), trombólisis en 24 (26%) (de los cuales 6 requirieron ACTP de rescate), y en 40 (45%) de ellos se llevó a cabo un manejo inicialmente conservador. En total, a los pacientes que se presentaron con IAMCEST, se realizó coronariografía durante el ingreso a 78 (87%), y de ellos a 56 (62%) revascularización percutánea. Además, comparamos aquellos pacientes con y sin síndromes geriátricos y se observó que en los pacientes con cualquiera de los 5 síndromes geriátricos, se realizaron menos coronariografías (p≤0.001).

CONCLUSIÓN: En los pacientes ancianos con SCA que presentan síndromes geriátricos, se realiza un manejo más frecuentemente conservador.

84. Tiempo de isquemia en angioplastia primaria y repercusión en parámetros de strain y contractilidad miocárdica por Ecocardiografía Speckle-Tracking.

SAURÍ A, MORA V., AGUAR P., DÍEZ J.L., FERNÁNDEZ-GALERA R., SÁNCHEZ-LACUESTA E., VIZUETE J., MARTÍN G., DOMENECH M.D., ROLDÁN I.
Hosp. Univ. Dr. Peset de Valencia.

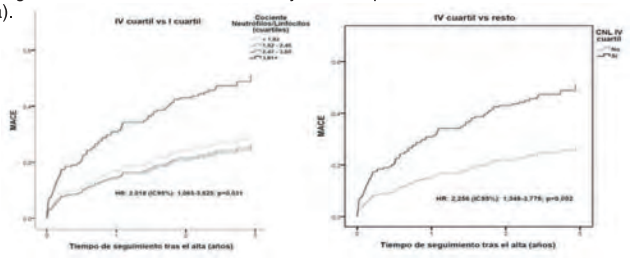
El retraso en la reperfusión del infarto de miocardio con elevación del ST (IMACEST) se ha relacionado con peor función del ventrículo izquierdo (VI) y pronóstico.
OBJETIVO. Evaluar la influencia del tiempo de isquemia hasta la reperfusión en el Strain Longitudinal (SL) y rotación del ventrículo izquierdo (VI) en el IMACEST.
MÉTODOS. Estudio del VI mediante Ecografía Speckle-Tracking (EST) a los 3 y 40 días después del IMACEST en 25 pacientes (p) reperfundidos en las primeras 3 horas del comienzo de los síntomas (grupo 1, n=14) frente a los reperfundidos entre 3 y 12 horas (grupo 2, n=11). Se determinó función del VI por resonancia (FE-CR) el día 40.
RESULTADOS. Edad media 60±7 años. La lesión culpable fue la descendente anterior 40%, coronaria derecha 44% y circunfleja 16%. Lesión multivaso en el 44%. Ambos grupos temporales de reperfusión presentaron aumento del SL y de la fracción de eyección ecográfica desde la fase aguda (FEa) a la crónica (FEc). Hubo una tendencia no significativa en estos parámetros hacia mayor FE y SL en el grupo 1 frente al grupo 2. Sin embargo, la FE-CR fue mayor en el grupo revascularizado en las primeras 3 h (46,5±8,4 vs 39,3±10,7, p=0,07). No hubo diferencias entre grupos en parámetros de rotación (Torsión, Rotación apical, Torsión/SL, Rotación apical/SL).
CONCLUSIONES. Tras el aturdimiento inicial, la reperfusión del IMACEST se tradujo en mejora del SL y de la función ventricular en ambos grupos, mayor cuanto más precoz.

	FEa	FEc	p	SLa	SLc	p
≤180 min (n14)	51,8±15,4	58,9±11,8	<0,01	-13,9±4,6	-16,2±3,9	<0,01
>180 min (n11)	49,4±13,7	54,9±14,3	<0,05	-11,6±4,9	-13,9±4,8	<0,05
p	ns	ns		ns	ns	

85. Valor pronóstico a largo plazo del cociente entre neutrófilos y linfocitos un biomarcador inflamatorio tras síndrome coronario agudo.

FERNÁNDEZ R., ROLDÁN I., DOBOIS D., SAURÍ A., PÉREZ-OLIVARES C., PÉREZ-GOZALBO J., SELLER J., SALVADOR I., BERTOLÍN J., MORA V.
Hosp. Univ. Dr. Peset de Valencia.

OBJETIVO: Evaluar el valor pronóstico a largo plazo del cociente entre neutrófilos y linfocitos (CNL), biomarcador inflamatorio, en pacientes (p) con SCA.
MÉTODOS: Estudio prospectivo de cohortes de p ingresados por SCA con y sin elevación del ST a los que se realizó coronariografía. Categorizamos el CNL en cuartiles (<1,82, 1,82-2,46, 2,47-3,60 y ≥3,61) y comparamos el mayor (4º cuartil) frente al resto. La variable de valoración final fue el combinado de muerte cardíaca, nuevo infarto no fatal o reingreso por insuficiencia cardíaca (MACE). Analizamos, con modelo de regresión de riesgos proporcionales de Cox ajustado la tasa de incidencia (HR) de MACE en el seguimiento a 30 meses según el nivel del CNL.
RESULTADOS: Incluimos 361p, con edad media (DE) de 66,2 (12,8) años, 24,2% mujeres. Los niveles más altos de CNL se relacionaron con mayor edad (p=0,012) y antecedentes de HTA (p=0,004), tabaquismo (p=0,006), enfermedad renal crónica (p=0,014) y anemia (p=0,004) y la presencia de enfermedad multivaso (p<0,0001). En el seguimiento la HR de MACE fue mayor en los p con niveles más altos de CNL (figura).



CONCLUSIONES: Los niveles más altos del CNL durante el ingreso por SCA se relacionan independientemente con la incidencia de MACE en el seguimiento a largo plazo. Su determinación puede ser útil para estratificar el riesgo residual de eventos tras el alta.

86. Mayor estado inflamatorio y nivel de uricemia determinan menores niveles de hdl-colesterol en población no reumática.

GUEDES P., VICENTE N., DE LARA G., PERNIAS V., NÚÑEZ L., QUINTANILLA M.A., ANDRÉS M., PALLARÉS V., FÁCILA L., MORILLAS P.
Hosp. Gen. Univ. de Elche.

INTRODUCCIÓN. En las enfermedades inflamatorias la mayor incidencia de eventos CV se produce paradójicamente a menor nivel lipídico, sobre todo de HDLc. En población general parece existir un fenómeno similar de menor entidad. Los niveles de uricemia parecen condicionar el estado inflamatorio de los sujetos, incluso en situación de normouricemia. El objetivo de este trabajo es analizar si existe asociación entre estado inflamatorio, niveles de uricemia y niveles de HDLc en población ≥65 años e hipertensa.

MÉTODOS. Análisis retrospectivo de la base FAPRES de pacientes hipertensos de edad ≥65 años. Se han comparado los niveles de lípidos (HDLc, LDLc, colesterol total –CT-, triglicéridos–TG) por terciles de leucocitos y de uricemia mediante ANOVA. En caso de diferencias significativas se construyó un modelo de regresión lineal multivariante para ajuste por posibles factores de confusión.

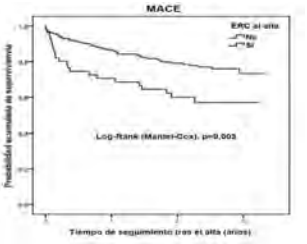
RESULTADOS. Se han analizado 860 pacientes hipertensos de 72,9 años de edad, 52,7% mujeres. Un 27,4% eran diabéticos, 48,3% dislipémicos, 9% fumadores activos y el 7,1% tenía antecedentes de enfermedad coronaria. Los sujetos con mayor tercil de leucocitos o de uricemia presentaron de forma significativa menor nivel de HDLc (p=0,006 y p<0,001) y mayor de TG (p=0,03 y p=0,001), sin diferencias en CT y LDLc. El análisis multivariante confirmó una asociación independiente significativa e inversa de los niveles de HDLc tanto con leucocitos (β=-0,001, p=0,02) como con uricemia (β=-1,054, p=0,03); para TG, una asociación directa significativa con uricemia (β=8,254, p=0,004) y próxima a la significación para los leucocitos (β=0,003, p=0,06).

DISCUSIÓN. En población ≥65 años e hipertensa el estado inflamatorio (medido por leucocitos) y el nivel uricémico determinan de forma independiente e inversa los niveles de HDLc, confirmando lo descrito en pacientes inflamatorios. Este fenómeno podría ayudar a definir un perfil proaterogénico en población libre de enfermedad inflamatoria.

87. Impacto a largo plazo de la enfermedad renal al alta en pacientes con sindrome coronario agudo sin elevación del ST sometidos a cateterismo.

ROMERO E., ROLDÁN I., FERNÁNDEZ R., DUBOIS D., SAURÍ A., PÉREZ J., PEREZ-OLIVARES C., NÚÑEZ C., FERRANDO J., MORA V.
Hosp. Univ. Dr. Peset de Valencia.

OBJETIVO: En los síndromes coronarios agudos (SCA), la función renal determinada al ingreso puede verse afectada durante la hospitalización. Estudiar el impacto pronóstico a largo plazo de la enfermedad renal crónica al alta (ERCa) en pacientes (p) con SCA sin elevación del ST (SCASEST) sometidos a coronariografía.
MÉTODOS: Registro clínico observacional. Seleccionamos los p con SCASEST a los que se les había realizado cateterismo y se disponía de creatinina sérica (Cr) en ≤48 horas previas al alta. Excluimos p en diálisis crónica. Definimos ERCa como tasa de filtrado glomerular <60 mL/min. La variable de valoración final fue el combinado de muerte cardiovascular (CV) y reingreso CV (MACE). Estimamos con método de Kaplan-Meier las probabilidades acumuladas de MACE según ERCa y con modelos multivariables de regresión de Cox los predictores independientes de MACE en el seguimiento.
RESULTADOS: 248 p. Los p con ERCa presentaron mayor proporción de MACE (38,6% vs. 21,5%, p=0,009) y muerte CV (8,8% vs. 2,6%, p=0,023) (figura). La Cr al alta fue un predictor independiente de MACE (HR:3,19 (IC95%): 2,06-4,94; p< 0,0001).



CONCLUSIONES. En p con SCASEST sometidos a coronariografía la ERC al alta se asocia a mayores tasas de MACE en el seguimiento a largo plazo. Los valores de creatinina previos al alta son un predictor independiente de eventos CV.

88. Diferencias en el manejo de LDL-colesterol en un programa de rehabilitación cardiaca tras la actualización de las guías de prevención cardiovascular.

PESET A.M., CORTELL A., RODRÍGUEZ C., MARTÍNEZ-TELLO I., TELLO M., FLOR A., MOLINER N., ARAGÓN M.C., DE DIEGO M.A., CUELLO E.
Hosp. Prov. de Castellón.

OBJETIVO: En los pacientes incluidos en un programa de rehabilitación cardiaca (RHC) tras un sínrome coronario agudo (SCA) es importante conseguir un buen control de las cifras de LDL. El objetivo de este estudio es determinar si existen diferencias en el control de LDL tras la publicación de las guías actuales de prevención cardiovascular.

DISEÑO: Estudio observacional. Se incluyeron de forma consecutiva aquellos pacientes derivados a una unidad de RHC desde el año 2010 al 2015. Los pacientes se dividieron en dos cohortes: pacientes incluidos hasta el año 2012 y pacientes incluidos en años posteriores (2013-2015). A todos los pacientes se les realizó un análisis al inicio y final del programa que incluía LDL y otros valores de perfil lipídico.

RESULTADOS: Se incluyeron 383 pacientes (edad 57±10 años, 77% varones, 25% fumadores, 52% dislipémicos, 47% hipertensos y 21% diabéticos). No hubo diferencias significativas en estas características epidemiológicas, salvo un mayor porcentaje de pacientes diabéticos en la cohorte más actual (29% vs 19%, p=0.02). Se observaron niveles de LDL significativamente más bajos en el grupo de inclusión de años 2013-2015 (LDL 76±26 vs 83±27 mg/dl al inicio y 73±23 vs 81±27 mg/dl al final, p=0.03 y p=0.005, respectivamente), así como niveles de HDL más elevados (HDL 38±10 vs 34±10 mg/dl al inicio y 41±10 vs 38±10 mg/dl al final, p=0.002 y p=0.006, respectivamente). El 45% de los pacientes incluidos en 2013-2015 tenían un LDL final menor de 70 mg/dl frente al 36% de los incluidos en 2010-2012 (p=0.09). No se observaron diferencias significativas en el colesterol total, triglicéridos ni transaminasas.

CONCLUSIONES: En los pacientes incluidos en rehabilitación cardiaca tras SCA hemos conseguido en los últimos años alcanzar cifras de LDL-colesterol más bajas, que se acercan algo más a los objetivos recomendados. Sin embargo, un porcentaje importante de los pacientes no alcanzan todavía el objetivo recomendado.

89. Avances en el control de la frecuencia cardiaca y la presión arterial durante el ejercicio físico tras un síndrome coronario agudo.

PESET A.M., CORTELL A., RODRÍGUEZ C., MARTÍNEZ-TELLO I., TELLO M, FLOR A., MOLINER N., ARAGÓN M.C., DE DIEGO M.A., CUELLO E.
Hosp. Prov. de Castellón.

OBJETIVO: En los pacientes incluidos en un programa de rehabilitación cardiaca (RHC) tras un síndrome coronario agudo (SCA) es importante conseguir un buen control de la frecuencia cardiaca (FC) y de la presión arterial (PA). El objetivo de este estudio es determinar si existen diferencias evolutivas en el manejo de estos parámetros.

DISEÑO: Se incluyeron de forma consecutiva aquellos pacientes derivados a una unidad de RHC desde el año 2010 al 2015. Los pacientes se dividieron en dos grupos, pacientes incluidos hasta el año 2012 y pacientes incluidos en años posteriores (2013-2015). A todos los pacientes se les realizó una prueba de esfuerzo submáxima, siguiendo un protocolo de Bruce, para guiar las sesiones de entrenamiento físico del programa de rehabilitación.

RESULTADOS: Se incluyeron 383 pacientes (edad 57±10 años, 77% varones, 25% fumadores, 52% dislipémicos, 47% hipertensos y 21% diabéticos). No hubo diferencias significativas en estas características epidemiológicas, salvo un mayor porcentaje de pacientes diabéticos en la cohorte más actual (29% vs 19%, p=0.02). No se observaron diferencias en el valor de la FC y PA en reposo (FC 62±10 lpm vs 64±10 lpm, p=NS; PA sistólica 122±18 mm Hg vs 124±18 mm Hg y PA diastólica 73±10 mm Hg vs 74±10 mm Hg). En cuanto a los parámetros obtenidos en la prueba de esfuerzo no hubo diferencias en el esfuerzo total realizado (valor medio 7 METS, p= NS) pero si en la FC y la PA sistólica máxima alcanzada, donde los valores resultaron ser significativamente más bajos en el grupo de inclusión correspondiente al periodo 2013-2015 (FC máxima 121±18 lpm vs 125±19 lpm, p=0.05; PA sistólica máxima 159±25 mmHg vs 174±28 mmHg).

CONCLUSIONES: En los pacientes incluidos en RHC tras un SCA actualmente se consigue un mejor control de la PA sistólica y la FC durante el ejercicio físico.

90. Impacto de un programa de rehabilitación cardiaca en la clase funcional tras sufrir un evento coronario.

NÚÑEZ L., VICENTE N., DE LARA G., PERNIAS V., GUEDES P., MAS G., PUJALTE M., LÓPEZ-ARTEAGA R., MARTÍNEZ M., GARCÍA-DE BURGOS F.
Hosp. Gen. Univ. de Elche.

INTRODUCCIÓN: Tanto en cardiopatía isquémica como en otras patologías cardiovasculares el entrenamiento físico en el marco de un programa de rehabilitación cardíaca mejora la capacidad funcional, la calidad de vida y disminuye la morbimortalidad de los pacientes. El objetivo del presente estudio es analizar el impacto de un programa de rehabilitación cardíaca sobre la capacidad funcional tras un evento coronario.

MÉTODOS: Se incluyeron pacientes dados de alta hospitalaria tras un evento coronario (angina estable, síndrome coronario agudo con/sin elevación del segmento ST) independientemente de la clase funcional previa, interesados en el programa y comprometidos en su cumplimiento. Se recogieron sus factores de riesgo, antecedentes cardiovasculares, realizándose una ergometría basal tras el alta del evento y una nueva ergometría al finalizar el programa.

RESULTADOS: Del total de 107 pacientes el 88.8% eran menores de 65 años. El 81.3% varones. El 44.9% hipertensos, el 24.39% diabéticos, un 46.7% dislipémicos, un 38.3% fumadores y el 2,8% consumieron cocaína. El principal motivo de inclusión fue el infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (44.9%).

Tras finalizar el programa se produjo una mejoría significativa en la clase funcional de los pacientes (aumentando de 10.8+/-2.6 a 12.3+/-2.7 METS, p<0.001). En el análisis por subgrupos se objetivó mejoría estadísticamente significativa en todos los grupos independientemente de la clase funcional basal, siendo mayor la mejoría en aquellos con menor capacidad de esfuerzo basal (Mejoría relativa en METS del 50% en Grupo <7 METS basal, 18% en grupo de 7-10 METS y del 9% en el grupo de >10 METS).

CONCLUSIONES: La implementación de un programa de rehabilitación cardíaca mejora de la capacidad funcional tras evento coronario. El beneficio relativo del programa es mayor en aquellos con menor capacidad de esfuerzo basal.

91. Muerte súbita isquémica desde una perspectiva de género.

SANZ J., BRAZA BOÏLS A., MOLINA P., MONZÓ A., MARÍ J., FERRER P., ARNAU M.A., FERRER S., MARTÍNEZ-DOLZ L., ZORIO E.
Hosp. Univ. y Pol. La Fe de Valencia.

OBJETIVO: Perfil comparativo de la muerte súbita (MS) por cardiopatía isquémica (CI) en hombres (H) y mujeres (M).
MÉTODOS: Autopsias forenses de nuestra provincia de 2009-14, SPSS 23.
RESULTADOS: Incidencia anual de 2,32/100.000 habitantes 16-55 años (4 en H y 0,56 en M). En H, la trombosis no asocia cicatrices (29% vs 49%, p=0,025) y sucede en más jóvenes (p<0,001), ns en M. Los triggers, la arteria trombosada (ADA) y el número de vasos afectos fueron similares.

	Hombres (N=179)	Mujeres (N=25)	P, OR (IC 95%) si dicotómica
Edad (años)	45'7±7	47'5±7'6	0'234
IMC (kg/m2)	28±4	28±6	0'810
Toxicología +, N (%)	47 (32)	3 (2)	4 (16)
Benzodiacepinas (BZD)	3 (12)	0'105	0'004, 8'0 (1'5-42)
Trombosis coronaria, N (%)	44 (25)	10 (40)	0'102
Isquemia miocárdica, N (%)	22 (12)	3 (12)	0'967
Necrosis (>1día de evolución), N (%)	28 (16)	10 (40)	0'003, 3'6 (1'5-8'8)
Cicatrices previas, N (%)	79 (44)	8 (32)	0'251
Rotura miocárdica, N (%)	2 (1)	2 (8)	0'02, 7'7 (1'0-57)
Grosor VI>15mm, HVI, N (%)	62 (35)	3 (12)	0'02, 3'9 (1'1-13'5)
Aumento peso cardio/peso corporal, N %	128 (71)	8 (32)	<0'001, 5'3(2'2-13)

CONCLUSIÓN: Los prototipos de H son 42 años con trombosis como debut de CI o 47 años sin trombosis con infarto previo y HVI. El prototipo de M es con infarto de mayor evolución y más rotura cardiaca, quizás por clínica atípica, menos consultas a urgencias y más diagnósticos erróneos (probable prescripción de BZD) (SETH López-Borrasca, FEDER,RD12/0042/0029,FI12/00012,PI14/01477).AB-B es "Sara Borrell" CD13/0005.

92. Impacto pronóstico de la fragilidad y vulnerabilidad social para eventos post alta en población mayor con síndrome coronario agudo.

RUESCAS A., EZAATVAR Y., BONANAD C., RACUGNO P., MÉNDEZ J., VALERO E., PELLICER M., CÁNOVES J., RUIZ V., SANCHIS J.
Hosp. Clín. Univ. de Valencia. Deps. Fisioterapia y Enfermería. Univ. de Valencia.

INTRODUCCIÓN: La vulnerabilidad social (VS) se relaciona con la salud de la población mayor (PM). Su asociación con otros síndromes geriátricos y valor pronóstico en los síndromes coronarios agudos (SCA) no está suficientemente demostrada. Se estudia la relación entre VS y fragilidad y el impacto pronóstico a largo plazo para eventos mayores (EM) en una cohorte de PM (≥65 años) con SCA.
MÉTODOS: Se evaluaron en 369 pacientes (41% mujeres) de ≥65 años con SCA (media: 77±7 años) indicadores clínicos, sociodemográficos de VS (estado civil, convivencia, formación, situación económica, recursos de apoyo social). Se determinó la asociación entre estas variables y su relación con fragilidad (fenotipo de Fried). La variable de resultado fue la presencia de EM (muerte o reinfarto) a largo plazo.
RESULTADOS: Los indicadores VS identificaron 90% de pacientes con baja formación, 35% sin convivencia en pareja, 21% sin relación familiar (solos o institucionalizados), dependencia económica en el 35 % de los casos y recursos familiares de apoyo limitados (23%). Presentaron criterios de fragilidad 126 pacientes (34%) con una correlación significativa (p<0,001) con VS. El 57,3% referían mala salud. Con un seguimiento a 40 meses, 105 pacientes (31%) sufrieron un evento mayor (47% frágiles; 22% no frágiles). La fragilidad fue significativamente superior en mujeres; en PM ≥75 años y se relacionó con todos los indicadores de VS excepto la convivencia familiar y el número de recursos de apoyo. Solamente la fragilidad y edad ≥75 años se asociaron con EM, no apreciándose relación significativa entre las variables de VS y EM.
CONCLUSIONES: Aunque la VS se asocia con la mortalidad general en PM, no se ha demostrado relación con EM en los SCA. La fragilidad es un indicador de mal pronóstico en SCA y su estrecha relación con VS sugieren que el manejo adecuado de las condiciones sociales contribuirá a reducir la probabilidad de eventos tras un SCA.

93. Asociación de fragilidad y sedentarismo. valor pronóstico post alta en los síndromes coronarios agudos en pacientes de edad avanzada.

RUESCAS A., RUIZ V.; EZAATVAR Y., VALERO E., MOLLAR A., GONZÁLEZ Y., PAYÁ A., CARDELLS I., BONANAD C., SANCHIS J.
Hosp. Clín. Univ. de Valencia. Deps. Fisioterapia y Enfermería. Univ. de Valencia.

OBJETIVO: De manera independiente a la edad cronológica, la fragilidad deteriora el proceso natural de envejecimiento y determina una mayor riesgo de eventos en pacientes de edad avanzada (PEA). Dada su relación con sarcopenia y nivel de actividad física habitual se examina la relación de fragilidad con sedentarismo y capacidad funcional para actividades de la vida diaria (CFAVD) y su impacto pronóstico en PEA con síndrome coronario agudo (SCA).

MÉTODO: Se estudian 369 PEA ≥65 años ingresados por SCA en un hospital. El diagnóstico de fragilidad se determinó mediante el fenotipo de Fried. La CFAVD se evaluó mediante los índices de Barthel (BI) y Lawton-Brody (LBI). La conducta sedentaria se estimó calculando, a partir de un cuestionario de actividad diaria, el tiempo de permanencia sentado ("sitting time") (ST). La variable de resultado fue la presencia de mortalidad por cualquier causa a largo plazo.

RESULTADOS: El 34% de los pacientes cumplian criterios de fragilidad y el 58% eran prefrágiles. Los pacientes frágiles frente a prefrágiles y robustos presentaron respectivamente mayor edad media (81±7; 76±7 y 73±6; p<0,001); ST más prolongado (672±171; 571±148 y 513±110; p<0,001) y CFAVD reducida (BI: 89±17; 97±11 y 100±0; p<0,001); (LBI: 4,5±2,5; 5,7±1,9; 6,4±1,5 p<0,001).

CONCLUSIONES: A excepción del sexo, todas las variables presentaron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la mortalidad. El análisis multivariado demostró que son predictores independientes de mortalidad en el seguimiento a largo plazo: la fragilidad, ST y BI. En los PEA con SCA la situación de fragilidad y actividad física reducida influyen sobre el pronóstico de mortalidad post alta.

94. Fenotipos mixtos de miocardiopatía arritmogénica y no compactación.

SANZ J., MOLINA P., BRAZA A., BERMEJO M., IGUAL B., DOMINGO D., RIOS J.M., GINER J., MARTÍNEZ-DOLZ L., ZORIO E.
Hosp. Univ. y Pol. La Fe de Valencia.

Muy escasas publicaciones avalan el solapamiento de miocardiopatía arritmogénica (MCA) con otras miocardiopatías. Con no compactación (NC) se ha mencionado raramente en publicaciones en vivos y sólo hay 2 casos de muerte súbita (MS) con esta asociación en la literatura.
OBJETIVO: Analizar nuestros casos MCA+NC.
MÉTODOS: Revisión de autopsias forenses 2008-14, estudio familiar (FAM) y estudio genético (si posible). MCA definida por sustitución ventricular fibroadiposa y degeneración miocitaria. NC definida por NC/compactado(C)>2 en la autopsia y 2,3 en cRMN de vivos.
RESULTADOS: 4 de 28 MS por MCA asociaban NC.

	Familia 1	Familia 2	Familia 3	Familia 4
MS: Sexo/edad	H/14	H/21	M/43	H/29
MS: MS con deporte	Sí	Sí	No	Sí
MS: VD/VI/BiV	BiV	BiV	VI predom	BiV
MS: Aumento peso cardio /peso corporal	No	Sí	No	Sí
MS: NC/C	1.8-3.3	2-3.25	3	2-5.5
MS: genética *en breve, resultados	Sanger 2 muts en DSP (pendiente NGS)*	Pnte NGS*	Pnte NGS*	Pnte NGS *
FAM: fenotipo +/total genotipo +/total	0/5 -	1/2 -	0/3 -	0/1 -

CONCLUSIÓN: La MCA con NC representa el 14% de las MS por MCA, quizás con mayor riesgo arrítmico. Una distorsión del citoesqueleto/sarcómero por mutaciones ra-dicales en DSP o la presencia de mutaciones adicionales en esos genes podrían explicar este fenotipo (comprobaremos genética), todo ello quizás modulado por el deporte, los andrógenos y otros factores ambientales (FEDER, RD12/0042/0029, PI14/01477).

95. Comparacion de la FEVI calculada por ecocardiografía y por resonancia para estratificacion de riesgo y valorar implante de DAI tras un IAMEST.

GONZÁLEZ DE GREGORIO J., BODÍ V., CHORRO F.J., BONANAD C., CARDELLS I., PAYÁ A., RACUGNO P., MONMENEU J.V., GAVARA J., LÓPEZ-LEREU M.P.
Hosp. Clín. Univ. de Valencia.

INTRODUCCIÓN: El presente trabajo compara el valor pronóstico de la Fracción de Eyección del Ventrículo Izquierdo (FE) calculada precozmente mediante ecocardiografía (Eco) y Resonancia Magnética Cardiaca (RMC) tras un IAMEST, y las posibles implicaciones del uso de éstas técnicas respecto a la indicación de un Desfibrilador Automático Implantable (DAI).

MÉTODOS Y RESULTADOS: Se obtuvo un registro de 407 pacientes con IAMEST del año 2001 al 2014. La FE fué calculada a través de RMC y Eco durante la primera semana, y se repitieron tras 4 a 8 semanas en 145 pacientes por indicación clínica. Se define el Evento Cardíaco Mayor (EC) como el combinado de: Muerte, reinfarto o readmisión por insuficiencia cardíaca (IC). Una FE <35% se consideró criterio para valorar el implante de DAI. Durante una media de seguimiento de 97 semanas, se registraron 60 primeros EC. En la primera semana, la FE calculada por RMC fué menor que la calculada mediante Eco (51±13% vs 55±11%). La tasa de EC en pacientes con FE por RMC <35%, del 36 al 55% y >55% fué: 41%, 15% y 5% respectivamente (log-rank:42, p 0,001) y 33%, 19 y 10% en las calculadas mediante Eco (log-rank=12, p=0,002). El estadístico C de la FE por RMC para predecir EC (0.76 [0.69-0.83]) fué significativamente mejor que por Eco (0.66 [0.59-0.74]), p <0.001). En 145 pacientes en los que se realizó control de la FE, el criterio de implante de DAI se detectó en 32 pacientes por RMC y en 14 pacientes por eco; de los 32 pacientes con FE <35% por RMC, sólo 9 se detectaron con Eco.

CONCLUSIONES. La RMC precoz permite mejor estratificación de riesgo precoz que la Eco en pacientes con IAMEST, y puede implicar diferencias importantes respecto a la indicación de DAI. Se necesitan más estudios para analizar la relación coste-efectividad y las implicaciones clínicas de éstos resultados.

96. Impacto de la angioplastia primaria en las estancias medias en unidades coronarias de hospitales terciarios y comarcales.

ALBIACH C., RUMIZ E., BERENGUER A., VILAR J., SANMIGUEL D., VALLS A., CUBILLOS A., JIMÉNEZ V., ROSELLÓ M., MORELL S.
Consorcio Hosp. Gen. Univ. de Valencia.

INTRODUCCIÓN: La angioplastia (ICP) primaria ha demostrado una reducción significativa de la mortalidad a largo plazo a partir de la revascularización inmediata del vaso responsable. Sin embargo, actualmente no disponemos de datos sobre su impacto en la estancia hospitalaria en las unidades coronarias (UCO) en nuestro medio.

MÉTODOS: Analizamos una cohorte prospectiva de 554 pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST), remitidos a nuestro centro para ICP primaria/rescate desde el año 2009 al 2014. Se recogieron variables demográficas, angiográficas y analíticas, así como la estancia en UCO y la estancia hospitalaria total.

RESULTADOS: De los 554 pacientes con IAMCEST, en 108 (19,5%) se realizó ICP de rescate y en 355 (64,1%) ICP primaria. No se observaron diferencias significativas en la estancia media en UCO (3,11±3 días vs 2,71±1,1 días, p=0,35) y estancia global (7,29±0,4 vs 6,44±2,4, p=0,29) entre los pacientes sometidos a ICP primaria y rescate. El 11% experimentaron altas precoces de UCO (24 horas de ingreso), constituyendo un grupo de pacientes con una mejor fracción de eyección de ventrículo izquierdo (FEVI) (53,35±9% vs 48,77±11%, p=0,011), menor porcentaje de pacientes con cardiopatía isquémica crónica, una tendencia a menor edad y una mayor procedencia de hospitales comarcales. Al categorizar a nuestra cohorte según hospital de procedencia, observamos en hospitales comarcales una menor estancia en UCO en pacientes sometidos a ICP primaria (3,45±3 días vs 2±1,6 días, p=0,001). Tras un análisis mutlivariado, el único predictor independiente de alta precoz (24 horas de ingreso) fue la FEVI (OR 1,037, IC 95%: 1,006-1,069, p=0,019). Observando un aumento significativo de mortalidad total en pacientes con FEVI deprimida (18,4% vs 6,9%, p=0,001).

CONCLUSIONES: La FEVI conservada en pacientes con IAMCEST sometidos a ICP primaria podría seleccionar a pacientes candidatos a alta precoz de UCO.

97. Factores predictores de reingreso por síndrome coronario agudo en pacientes tratados con Clopidogrel.

VAÑÓ J., FÁCILA L., MONTAGUD V., FERNÁNDEZ-DIAZ C., FABREGAT F., BELCHI J., DE LA ESPRIELLA R., HIGUERAS L., RUMIZ E., MORELL S.
Consorcio Hosp. Gen. Univ. de Valencia.

OBJETIVOS: Conocer los factores favorecedores de reingreso en los pacientes ingresados por síndrome coronario agudo (SCA) (infarto agudo de miocardio (IAM) o angina inestable (AI)) tratados al alta con doble antiagregación que incluya clopidogrel.

MÉTODOS: Se llevó a cabo un estudio analítico observacional que incluyó a todos los pacientes ingresados consecutivamente en la sala de cardiología de un hospital terciario entre Ago-2011 y Ene-2016, diagnosticados de SCA dados de alta en tratamiento con doble antiagregación que incluyera el clopidogrel como parte del tratamiento. Se realizó análisis estadístico con SPSS.

RESULTADOS: Se analizaron un total de 1.405 pacientes con los criterios descritos. Tras seguimiento con una mediana de 606 días (RI 8-982), reingresaron por SCA 147 (10,5%). Entre los que reingresaron se identificó una mayor proporción de pacientes con diabetes mellitus (DM) (48.3% vs 37,4% p=0,012), peores cifras de HbA1c (6.9±1.6% vs 6.5±1.4% p=0.023); mayor porcentaje de enfermedad cardiovascular previa (ECV) (59.9% vs 45.3% p=0.001); menor tasa de ACTP primaria (11.6% vs 21.2% p=0.005); así como un mayor empleo de antidiabéticos orales (ADOs) (40,1% vs 29.3% p=0.008), calcioantagonistas (32% vs 21.9% p=0.007), nitritos (29.3% vs 16.6% p<0.001), ranolazina (12.9% vs 7% p=0.02) y diuréticos (46.9% vs 36.7% p=0.019). En el análisis multivariante, las variables relacionadas independientemente con reingreso fueron la DM (OR 1.77 IC 95% (1.24–2.52) p=0.002); y la ECV previa (OR 1.47 IC 95% (1.03–2.01) p=0.031).

CONCLUSIONES: Los antecedentes de DM y ECV son predictores independientes de reingreso por SCA en pacientes dados de alta con doble antiagregación que incluya clopidogrel. En los pacientes que reingresan a pesar de no tener dichos antecedentes (n=36, 24,49% en nuestra muestra) debe existir algún otro factor no estudiado que favorezca el reingreso, como podría ser la resistencia a clopidogrel.

98. Prescripción de Ivabradina en contexto de práctica clínica real tras publicación de guías europeas de enfermedad arterial coronaria estable.

DE LA GUÍA F., FAYOS L., LÓPEZ-ARANDA M.A., MATEO I., LÓPEZ-VAQUERO C., TOCADO B., ERDOCIAÍN M., ZUAZOLA P.
Hosp. Marina Baixa de Villajoyosa.

OBJETIVOS: Ivabradina ha sido incluida en las últimas guías europeas de enfermedad arterial coronaria estable (agosto 2013). Analizamos cómo ha influido esta publicación en el empleo de ivabradina en el contexto de la práctica clínica real en nuestra población.

MÉTODOS: Estudio descriptivo, retrospectivo y clínico, incluyendo pacientes diagnosticados de cardiopatía isquémica en tratamiento farmacológico convencional, incluida ivabradina. El periodo de tiempo seleccionado fue agosto de 2012 hasta diciembre de 2014, es decir, 1 año antes y 1 año después de la publicación de las Guías de Práctica Clínica de angina estable de la Sociedad Europea de Cardiología.

RESULTADOS: De un total de 350 pacientes en tratamiento con ivabradina, se incluyeron 175 pacientes, con una edad media de 68.3 años. El 59.4% eran varones. Se apreció una alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular: 87.4% hipertensos, 86.2% hipercolesterolemia, 50.3% diabéticos. El 58.3% de las prescripciones se realizaron antes de la publicación de las guías de la ESC, mientras que el 41,7% de prescripciones se realizaron con fecha posterior a las guías. El 70.9% de tratamientos fueron prescritos en consultas externas; siempre fueron realizadas por cardiólogos. El 29.1% de las recetas de ivabradina fueron realizadas tras ingreso hospitalario. De éstos últimos, 29 pacientes pertenecían al grupo post-guías (posterior a agosto de 2013), mientras que 22 pacientes habían recibido ivabradina en ingresos previos a la publicación de las guías europeas.

CONCLUSIONES: No se ha observado en nuestra población aumento de prescripción de ivabradina tras su inclusión en las nuevas guías. Se trata de pacientes coronarios con alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular. Mayoritariamente las prescripciones proceden de consultas externas, siempre realizadas por cardiólogos.

99. Perfil de seguridad y tolerancia de ivabradina en pacientes diagnosticados de enfermedad arterial coronaria estable.

DE LA GUÍA F., FAYOS L., LÓPEZ-ARANDA M.A., ERDOCIAÍN M., TOCADO B., MATEO I., LÓPEZ-VAQUERO C., ZUAZOLA P
Hosp. Marina Baixa de Villajoyosa.

OBJETIVOS: En las últimas guías europeas de enfermedad arterial coronaria estable, ivabradina fue incluida como tratamiento de segunda línea con una evidencia IIA. Analizamos el perfil de seguridad y tolerancia de ivabradina en la población coronaria de nuestra área.

MÉTODOS: Estudio descriptivo, retrospectivo y clínico, incluyendo pacientes diagnosticados de cardiopatía isquémica, angina estable crónica y síndrome coronario agudo tratados con ivabradina. Periodo de tiempo seleccionado: Agosto de 2012 hasta diciembre de 2014.

RESULTADOS: 175 pacientes cumplían los criterios de inclusión. Edad media: 68.3 años. 59.4% varones. Por grupos etarios, hay una alta prescripción en pacientes con ≥65 años (135 pacientes, 77.1%), y octogenarios (28 pacientes, 16% de todas las prescripciones). En relación con seguridad y tolerancia, las tasas de interrupción fueron nulas. Un total de 8 pacientes sufrieron reacciones adversas asociadas a ivabradina: bradicardia (7 pacientes), aunque sólo 1 de los casos fue sintomático, que desapareció al disminuir la dosis del fármaco. 1 paciente tuvo alteraciones visuales, sin tener que interrumpir el tratamiento. Un total de 147 pacientes (84%) iniciaron tratamiento con 5 mg/12 horas de ivabradina, y en el registro final, esta dosis la mantenían 139 pacientes (79%). La máxima dosis registrada fue de 7,5 mg/12 horas en 10 pacientes (5.7%) al principio del estudio, siendo prescrita en 26 pacientes al final del registro. En cuanto a los parámetros analíticos no se apreció alteraciones ni en la función renal ni en las transaminas durante el tratamiento.

CONCLUSIONES: Ivabradina puede ser una válida opción antianginosa en pacientes con edad superior a 75-80 años. Presenta un buen perfil de seguridad y tolerabilidad, con escasos efectos secundarios, sin necesidad de su retirada en los pacientes tratados.

VIERNES DÍA 13 (08:30 - 10:00 h.)
SALA E **ECOCARDIOGRAFÍA, DOPPLER Y MEDICINA NUCLEAR**

100. Relación de la torsión con el acortamiento longitudinal en la mecánica contráctil del ventrículo izquierdo en población normal.

MONTEAGUDO M., MORA V., AGUAR P., SALIM M., DÍEZ J.L., ROMERO-SALVADOR J.E., SAURÍ A., ROMERO-DORTA E., CABADÉS C., ROLDÁN I.
Hosp. Univ. Dr. Peset de Valencia.

La relación entre el acortamiento longitudinal y la torsión del ventrículo izquierdo (VI) proporciona una visión fisiopatológica de la mecánica ventricular y su comportamiento en diferentes tipos de disfunción del VI. El tipo de afectación miocárdica no es uniforme en todas las cardiopatías.
OBJETIVO. Evaluar la relación de parámetros que miden el acortamiento y la deformación longitudinal con parámetros de torsión del VI en sujetos sanos.
MÉTODOS. Estudio en 28 voluntarios sanos con ecocardiografía speckle-tracking (EST) de los parámetros de strain longitudinal (SL) y torsión del VI, junto con el desplazamiento sistólico del anillo mitral (MAPSE). El MAPSE y SL se obtienen a partir de planos apicales de 4, 3, y 2 cámaras. Los parámetros de torsión ventricular se obtienen a partir de planos transversales basal y apical del VI.
RESULTADOS. Edad media 52±12 años, 50% mujeres. La tensión arterial fue 129±16 mmHg, frecuencia cardiaca 66±9 l/m y fracción de eyección 67±5%. Los valores obtenidos sobre parámetros de acortamiento longitudinal (MAPSE y SL), rotación apical (RotA), Torsión (Tor) y sus relaciones aparecen en la tabla.
CONCLUSIONES. Con la EST han surgido nuevos algoritmos sobre la caracterización de la mecánica ventricular. Disponer de sus valores normales que evalúen diferentes mecanismos de afectación miocárdica son necesarios previo a su utilización en clínica.

MAPSE (mm)	SL (%)	RotA (°)	Tor (°)	RotA/MAPSE (°/mm)	Tor/MAPSE (°/mm)	RotA/SL (°/%)	Tor/SL (°/%)
14,8±1,8	-21,3±2,6	13,4±6,7	19,3±9,1	0,9±0,4	1,3±0,6	-0,6±0,2	-0,8±0,3

MAPSE: Movimiento sistólico anillo mitral. ***SL***: Strain longitudinal. ***RotA:*** Rotación apical. ***Tor:*** Torsión.

101. Mecánica rotacional del ventrículo izquierdo en individuos sanos.

PÉREZ-GOZALVO J., MORA V., SALIM M., FERRANDO J., FERNÁNDEZ-GALERA R., ROMERO-SALVADOR J.E., SAURÍ A., CABADÉS C., MONTEAGUDO M., ROLDÁN I.
Hosp. Univ. Dr. Peset de Valencia.

La ecocardiografía speckle tracking bidimensional (EST) es una técnica útil para evaluar la función del ventrículo izquierdo (VI). El movimiento de torsión del VI es uno de los componentes que contribuye al mantenimiento de la función contráctil.

OBJETIVO. Analizar la mecánica rotacional regional y de torsión del VI.

MÉTODOS. Estudio de 28 voluntarios sanos en los que determinamos mediante EST bidimensional los parámetros a nivel regional de strain circunferencial (SC) y torsión del VI. Los parámetros se obtienen a partir de planos transversales a nivel basal (válvula mitral), medial (músculos papilares) y apical (ápex) del VI.

RESULTADOS. Edad media 52±12 años, 50% mujeres. La tensión arterial fue 129±16 mmHg, frecuencia cardiaca 66±9 l/m y fracción de eyección del VI 67±5%. La torsión del VI viene determinada por la suma de un giro antagónico entre la rotación de la base (sentido agujas del reloj, codificada en negativo) y la rotación del ápex (sentido contrario a las agujas del reloj, codificada en positivo). Los valores medios obtenidos para hombres y mujeres aparecen en la tabla. El giro apical es de mayor amplitud que el basal en el 96% de los controles estudiados. En el tiempo, la máxima amplitud del giro apical se alcanza más tarde o junto al basal en el 86% de los casos.

CONCLUSIONES. Presentamos una evaluación detallada de la mecánica rotacional del ventrículo izquierdo en voluntarios sanos. Disponer de valores de referencia es imprescindible como paso previo a su aplicación en la practica clínica.

	Rotación basal (º)	Rotación apical (º)	Torsión (º)
Total (n 28)	-6±4	13,4±6,7	19,3±9,1
Hombres (n 14)	-5,5±3,5	12,5±4,7	17,9±5,9
Mujeres (n 14)	-6,6±4,5	14,3±8,4	20,7±11,5
p	0,47	0,50	0,43

102. Estudio del Strain Longitudinal miocárdico del ventrículo izquierdo mediante ecocardiografía speckle tracking bidimensional.

ROMERO-DORTA E., MORA V., CABADÉS C., ROMERO-SALVADOR J.E., MONTEAGUDO M., AGUAR P., FERRANDO J., BERTOLÍN J., PÉREZ-OLIVARES C., ROLDÁN I.
Hosp. Univ. Dr. Peset de Valencia.

La medición del Strain Longitudinal (SL) mediante ecocardiografía speckle tracking (EST) es una técnica útil para evaluar la función del miocardio ventricular.
OBJETIVO. Evaluar los parámetros de SL a nivel global, regional y segmentario del ventrículo izquierdo (VI) en sujetos sanos.
MÉTODOS. Determinamos en 28 voluntarios sanos mediante EST del VI los parámetros de SL. El VI se divide en 17 segmentos (6 basales, 6 mediales, 4 apicales y 1 ápex) con imágenes obtenidas a partir de planos apicales de 4, 3 y 2 cámaras.
RESULTADOS. Edad media 52±12 años, 50% mujeres. La tensión arterial fue 129±16mmHg, frecuencia cardiaca 66±9l/m y fracción de eyección 67±5%. El valor global del SL en VI fue -21.7±2.8%. Los valores de SL segmentario y regional aparecen en la tabla. Observamos un patrón en que los valores del SL van aumentando a nivel regional desde la base del VI en dirección al ápex ($p<0,01$). A nivel segmentario, los valores de SL de pared posteroinferior predominan sobre el resto en los 3 niveles.
CONCLUSIONES. Presentamos una evaluación detallada de la deformación longitudinal del miocardio ventricular izquierdo en voluntarios sanos. Disponer de valores de referencia es necesario para poder interpretar sus alteraciones en diversas afecciones cardiacas.

	Basal (6)	Medial (6)	Apical (4)	Apex (1)	p
Segmentos	-	-	-	-22,7±3,7	-
Anteroseptal	-19,3±3,7	-21,2±3,9	-21,6±4,9	-	-
Anterior	-18,7±4,5	-19,8±4,1	-	-	-
Lateral	20,4±3,8	-21,1±3,7	-22,8±4,9	-	-
Posterior	-21±4,5	-22±4,4	-23,2±4,6	-	-
Inferior	-22,3±4,6	-23±4,5	-	-	-
Inferoseptal	-19,1±3,6	-21,3±2,8	-23,5±3,7	-	-
Global	$-20,1\pm2,5^{a}$	$-21,4\pm2,5^{a,b}$	$-22,8\pm3,8^{b}$		$<0,01^{a,b}$

103. Estudio del Strain Radial y Circunferencial miocardico del ventrículo izquierdo mediante ecocardiografía speckle tracking bidimensional.

PÉREZ-OLIVARES C., MORA V., SALIM M., SAURÍ A., ROMERO SALVADOR J.E., MONTEAGUDO M., ROMERO DORTA E., MARTÍNEZ-RUIZ A, DUBOIS D., ROLDÁN I.
Hosp. Univ. Dr. Peset de Valencia.

La medición del Strain Radial (SR) y Circunferencial (SC) mediante ecocardiografía speckle tracking (EST) es una técnica útil en la evaluación del ventrículo izquierdo (VI).
OBJETIVO. Evaluar los parámetros segmentarios de SR y SC del VI en sujetos sanos.
MÉTODOS. Determinamos en 28 voluntarios sanos el SR y SC a nivel segmentario, regional y global del VI dividido en 18 segmentos obtenidos a partir de planos transversales de válvula mitral (basal), músculos papilares (medial) y apicales.
RESULTADOS. Edad media 52±12 años, 50% mujeres. Los valores globales en VI de SR y SC fueron 34.8±10.8% y -21.6±4.8%, respectivamente. Lo valores segementarios y regionales aparecen en tabla. El SR predomina a nivel medio-basal y el SC en ápex.
CONCLUSIONES. Disponer de valores de referencia de SR y SC es necesario para poder interpretar sus alteraciones en diversas afecciones cardiacas.

		Basal	Medial	Apical	p
Anteroseptal	SR	41,7±20,8	38,3±12,3	19,1±12,6	-
	SC	-21,5±8	-24,6±6,5	-29,4±10,3	-
Anterior	SR	42,6±21,9	39,2±13,2	18,1±11,4	-
	SC	-17,8±8,9	-21,9±8,8	-29,9±10,6	-
Lateral	SR	43,2±21,1	40,5±14,8	17,2±11,4	-
	SC	-12,4±6,5	-16,3±9,6	-29,6±10,2	-
Posterior	SR	46,2±22,1	41±15	17,5±12,0	-
	SC	-11,±7,1	-14,5±9,6	-29,0±9,7	-
Inferior	SR	48,6±24,4	41,8±16,1	20,1±12,7	-
	SC	-15,±8,2	-18,3±7,3	-26,2±13,9	-
Inferoseptal	SR	47,5±26	41,7±15,9	22,6±14,8	-
	SC	-23,3±6,9	-24±4,8	-24,6±16,6	-
Global	SR	$45\pm22,3^{a}$	$40,4\pm14,2^{a,b}$	$19,1\pm11,9^{b}$	ns^{a}, $<0,01^{b}$
	SC	$-16,8\pm3,5^{a}$	$-19,9\pm16,1^{a,b}$	$-28,1\pm9,3^{b}$	$<0,05^{a}$, $<0,01^{b}$

104. Deformación longitudinal en estenosis aórtica severa asintomática.

MACÍAS M., VICEDO A., GÓMEZ-SANSANO J.M., GUZMÁN E., GALCERÁ E., MARTÍNEZ-MORENO M., CLIMENT V., JORDÁN A.J.
Hosp. Gen. Univ. de Alicante.

La estenosis aórtica (EA) severa asintomática sólo se interviene cuando se cumplen determinadas condiciones clínicas o ecocardiográficas.

PACIENTES Y RESULTADOS. Con el objetivo de comparar la deformación longitudinal global (DLG) con ecocardiograma 2D (análisis de rastreo de marcas ("speckle tracking")) en pacientes con EA severa asintomática con la de pacientes sintomáticos, se mide este parámetro en 37 pacientes (79±8 años, 71% mujeres, 82% con HTA, 74% en ritmo sinusal): 12 pacientes con EA severa ingresados en el hospital por insuficiencia cardiaca, angina o síncope, 18 seguidos en consultas con EA severa oligosintomáticos y 7 con EA moderada asintomáticos. La DLG era peor en los pacientes sintomáticos ingresados que en los ambulantes y en la EA moderada (-17,7±4,1 frente a –19,8±5,1 y –19,5±0,8 %, respectivamente. P= 0,406). El 66,7% de los pacientes con EA severa sintomática tenían una DLG patológica (>-20% en el equipo utilizado), frente al 61,1% en la EA asintomática (p=0,878). Tras un seguimiento de 237±82,2 (6–342) días, los pacientes con EA severa asintomática tuvieron 3 sucesos cardiovasculares (muerte, recambio/implante valvular, episodio de insuficiencia cardiaca, angina o síncope): 1 los que tenían DLG alterada y 2 los que la tenían normal (p=0,223). Pensamos que no se alcanza significación estadística por el reducido número de pacientes.

CONCLUSIONES. Los pacientes con EA severa sintomáticos tienen la DLG más deteriorada que los asintomáticos. La DLG puede sugerirse como un parámetro ecocardiográfico a considerar en la evaluación quirúrgica de la EA severa asintomática.

105. Strain miocárdico longitudinal evaluado mediante ecocardiografía speckle tracking en relación con el grado de transmuralidad del IMACEST.

SAURÍ A., MORA V., SALIM M., SÁNCHEZ-LACUESTA E., VIZUETE J., MARTÍN G., FERNÁNDEZ-GALERA R., ROMERO-DORTA E., FERRANDO J., ROLDÁN I.
Hosp. Univ. Dr. Peset de Valencia.

La evaluación del tamaño y extensión transmural (ETR) de la necrosis intervienen en la predicción pronóstica tras un infarto de miocardio con elevación del ST (IMACEST).
OBJETIVO. Estudiar la evolución del Strain Longitudinal (SL) en segmentos miocárdicos infartados según ETR del realce tardío de gadolinio de pacientes (p) tras IMACEST.
MÉTODOS. Estudio de 25p con IMACEST reperfundidos en las primeras 12 horas del comienzo de los síntomas. Un modelo de 17 segmentos fue utilizado para el estudio del SL del ventrículo izquierdo (VI) mediante Ecocardiografía Speckle-Tracking (EST) los días 3 (aguda) y 40 (crónica) del IMACEST, y comparado sus valores con la ETR del realce tardío (>50% vs ≤50%) por Cardioresonancia (CR) el día 40 en los correspondientes segmentos. El SL fue también calculado en 28 sujetos normales.
RESULTADOS. Edad media 60±7 años. La lesión culpable fue: descendente anterior 40%, coronaria derecha 44% y circunfleja 16%. Lesión multivaso 44%. El SL medio en 476 segmentos control del VI sin necrosis fue -21,3±2,6. Los resultados del SL en fase aguda y crónica de los segmentos con necrosis en función de la ETR del realce tardío aparecen en la tabla. El aumento en el grado de ETR de necrosis se traduce en una disminución progresiva del SL, tanto en fase aguda como crónica (*p de tendencia <0,01 en ambas). Aún estando el SL bajo en todos los grados de ETR, solo los segmentos con ETR >50% presentaron un aumento del SL a los 40 días post-IMACEST (p<0,01).
CONCLUSIONES. La evolución del SL entre la fase aguda y crónica tras IMACEST podría diferenciar segmentos potencialmente viables (SL inmodificado) de no viables (en los que, siendo bajo, aumenta el SL a los 40 días).
(n: número de segmentos estudiados).

	Controles (n = 476)	1-50 % (n =18)	> 50 % (n =82)	*p
SL (aguda) (%)	21,3 ± 2,6	-11,8 ± 8,2	-7,9 ± 7,5	0,01
SL (crónica) (%)		-12,7 ± 7,8	-11,4 ± 6,7	0,01
p			ns	< 0,01

106. Afectación de los distintos tipos de strain del ventrículo izquierdo tras un infarto agudo de miocardio mediante ecocardiografía speckle-tracking.

SAURÍ A., MORA V., VIZUETE J., MARTÍN G., AGUAR P., SALIM M., MONTEAGUDO M., DÍEZ J.L., DUBOIS D., RODÁN I.
Hosp. Univ. Dr. Peset de Valencia.

OBJETIVO. Evaluar el Strain Longitudinal (SL), Radial (SR) y Circunferencial (SC) del ventrículo izquierdo (VI) en pacientes (p) con infarto de miocardio agudo con elevación del ST (IMACEST).
MÉTODOS. Estudio de 25 p con IMACEST reperfundidos en las primeras 12 horas del comienzo de los síntomas. Utilizamos un modelo de 18 segmentos para el estudio de los diferentes S del VI mediante Ecocardiografía Speckle-Tracking (EST)) los días 3 (fase aguda) y 40 (fase crónica) del IMACEST. El S fue también calculado en 28 sujetos controles La Fracción de Eyección del VI se calculó por Cardioresonancia (FE-CR) realizada el día 40.
RESULTADOS. Edad 60±7 años. Los valores del S en VI según FE-CR aparecen en tabla.
CONCLUSIONES. El SL, SR y SC observan una tendencia significativa hacia menor valor desde los p control según disminuye la FE-CR, en fase aguda y crónica. Tras el aturdimiento inicial, el SL mejora en fase crónica independiente de la FE-CR. El SR lo hace sólo en p con disfunción VI y el SC en aquellos con función más conservada.

	Controles (n 28)	Fase del IMACEST	FE-CR > 45 % (n 12)	FE-CR ≤ 45 % (n 13)	*p de tendencia
SL	-21,3±2,6	Aguda	-15,4±3,7	-10,5±4,6	<0,01
		Crónica	-17,7±3,3	-12,9±4,1	<0,01
		p	<0,05	<0,001	-
SR	34,8 ± 10,8	Aguda	28,7±7,6	17,2±7,1	<0,01
		Crónica	30,7±7,5	26,5±14,6	<0,05
		p	ns	<0,05	-
SC	-21,6 ± 4,8	Aguda	-17,1±3,3	- 13,9±3,4	<0,01
		Crónica	-19,4±2,5	- 13,7±4,6	<0,01
		p	<0,05	ns	-

107. Evaluación de la mecánica rotacional del ventrículo izquierdo en el IMACEST mediante ecocardiografía Speckle-Tracking.

SAURÍ A., MORA V., MARTÍN G., VIZUETE J., PÉREZ-OLIVARES C., PÉREZ-GOZALBO J., AGUAR P., PÉREZ-GIL M.M., ROMERO-DORTA E., ROLDÁN I.
Hosp. Univ. Dr. Peset de Valencia.

El desarrollo de la Ecografía Speckle-Tracking (EST) permite la evaluación no invasiva de la afectación de la rotación y torsión del ventrículo izquierdo (VI) en cardiopatías.
OBJETIVO. Influencia de la fracción de eyección del VI por cardioresonancia (FE-CR) en la mecánica rotacional tras infarto de miocardio con elevación del ST (IMACEST).
MÉTODOS. Estudio de 25 pacientes (p) con IMACEST reperfundidos en las primeras 12 horas del comienzo de síntomas. Un modelo de 18 segmentos fue utilizado para el estudio del VI mediante EST los días 3 (aguda) y 40 (crónica) del IMACEST. La CR se realizó el día 40 del IMACEST. La EST se comparó con 28 sujetos normales.
RESULTADOS. Edad media 60±7 años. En la tabla aparece la evolución de los parámetros de función longitudinal, rotación y sus relaciones según la FE-CR. Además, en fase aguda del IMACEST existe una tendencia significativa hacia un aumento del cociente Torsión/Strain longitudinal (Tor/SL) según disminuye la FE-CR (controles: -0,8±0,3, FE>45%: -1,0±0,3 y FE≤45%: -1,6±1,4. p de tendencia <0,01), al igual que ocurre con la Rotación apical/Strain longitudinal (RotApx/SL) (Controles: -0,6±0,2, FE>45%: -0,7±0,2 y FE≤45%: -0,9±0,3. p de tendencia <0,01).
CONCLUSIONES. Independientemente de la FE-CR, tras el aturdimiento miocárdico inicial del IMACEST reperfundido se produce una recuperación del SL. En la fase aguda la torsión a expensas de la rotación apical compensa el mayor deterioro del SL.

	FE-CR >4 % (n 12)		p	FE-CR ≤45% (n 13)		p
	Aguda	Crónica		Aguda	Crónica	
SL (%)	-15,4±3,7	-17,7±3,3	<0,05	-10,5±4,6	-12,9±4,1	<0,01
RotApx (º)	11,7±4,9	13,9±8,1	ns	9,7±5	9,5±5,8	ns
Torsión (º)	15,6±5,5	17,2±8,7	ns	14,6±8,3	13,1±4,9	ns
Tor/SL (º/%)	-1±0,3	-1±0,5	ns	-1,6±1,4	-1,2±0,9	ns
RotApx/SL (º/%)	-0,7±0,2	-0,8±0,5	ns	-0,9±0,3	-0,8±0,5	ns

108. Necrosis miocárdica por cardioresonancia y traducción en parámetros de strain y contractilidad determinados por ecografía speckle tracking.

SAURÍ A., MORA V., AGUAR P., MARTÍN G., VIZUETE J., SÁNCHEZ-LACUESTA E., FERNÁNDEZ-GALERA R., DÍEZ J.L., DOMENECH M.D., ROLDÁN I.
Hosp. Univ. Dr. Peset de Valencia.

La masa y transmuralidad de tejido necrosado en pacientes (p) con infarto de miocardio con elevación del ST (IMACEST) no solo interrelacionan con la función ventricular.
OBJETIVO. Evaluar la influencia de la masa de tejido necrosado sobre los parámetros de deformación y mecánica rotacional del ventrículo izquierdo (VI) en p con IMACEST.
MÉTODOS. Estudio de 25 p con IMACEST reperfundidos en las primeras 12 horas del comienzo de los síntomas. Un modelo de 18 segmentos fue utilizado para el estudio de la mecánica del VI mediante Ecocardiografía Speckle-Tracking (EST) en función del porcentaje de masa miocárdica necrosada medida por cardioresonancia (CR), realizadas ambas exploraciones el día 40 tras IMACEST.
RESULTADOS. Edad media 60±7 años. La lesión culpable fue: descendente anterior 40%, coronaria derecha 44% y circunfleja 16%. Lesión multivaso el 44%. En la tabla se aprecian los valores obtenidos en diferentes parámetros de deformación y función ventricular según el porcentaje de tejido miocárdico necrosado por CR.
CONCLUSIONES. Tras IMACEST, el aumento de miocardio necrosado comporta no sólo peor función ventricular, sino también empeoramiento del SL y de la rotación apical.

	≤5% (n 7)	6-15% (n 11)	>15 % (n 7)	*P
FEe	66±3	60±11	43±10	<0,01
FE-CR	53±3	43±7	33±7	<0,01
SL	-18,6±2,6	15,3±4,4	-11,7±3,2	<0,01
RotAp	15,2±9	12,2±5,5	7±5,7	<0,05
Tor	17,6±9,5	15,2±6,3	12,3±5,4	ns
RotAp/SL	-0,8±0,5	-0,8±0,5	-0,6±0,5	ns
Tor/SL	-1±0,6	-1,1±0,8	-1,2 ± 0,8	ns

FEe: Fracción eyección eco. **FE-CR:** Fracción eyección CR. **SL:** Strain longitudinal. **RotAp:** Rotación apical. **Tor:** Torsión. ***P:** p de tendencia.

109. Rentabilidad diagnóstica de la ecocardiografía en la cirugia bariátrica.

MELERO J., SANCHIS-HERRERO A., SIMOES A., BRIATORE A., SORIANO C.J., GARCÍA-PALOMAR C., DOMÍNGUEZ-MAFÉ E., SERRANO A., PLANAS A., BELLVER A.
Hosp. Gen. Univ. de Castellón.

OBJETIVO: Comprobar la rentabilidad diagnóstica de la ecocardiografía transtorácica (ETT) en el protocolo de evaluación preoperatoria de los pacientes candidatos a cirugía bariátrica.
MATERIAL Y MÉTODOS: Se trata de un estudio retrospectivo donde se registraron todos los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica desde el 01/01/2014 hasta el 31/12/2014.
RESULTADOS: Se observó un predominio de mujeres operadas: el 65.63% del total de pacientes con una edad media de 48 años (desviación estándar (DS): 10 años). El 53% del total de pacientes presentaban hipertensión arterial, el 35% eran diabéticos tipo II, el 34% dislipémicos y el 24% eran fumadores. La media del índice de masa corporal fue 48 kg/m^2 (DS: 8'1 kg/m^2). Respecto al complejo QRS la media de su duración fue 83ms sin que ninguno de ellos presentara un patrón de bloqueo completo de rama izquierda. Todos los pacientes estaban asintomáticos desde el punto de vista cardiovascular. En cuanto a las ETT realizadas, un total de 96 exploraciones, se observó que 9 eran patológicas, de las cuales 6 se debían a hipertrofia del ventrículo izquierdo y 3 a una función sistólica del ventrículo izquierdo (FEVI) ligeramente deprimida (FEVI entre 40 y 60%). Ninguno de estos resultados condicionó la posterior intervención quirúrgica en estos pacientes. De las 96 intervenciones quirúrgicas, se registró una complicación perioperatoria menor relacionada con patología cardiovascular (fibrilación auricular durante el procedimiento) sin repercusión hemodinámica. Según la Ley de Presupuestos de la Generalitat para el año 2014, una ecocardiografía Doppler color está valorada en 80'23 euros. Los costes directos totales de las exploraciones en los 96 pacientes fueron un total de 7.702'08 euros.
CONCLUSIONES: La ETT no es coste-efectiva en la valoración preanestésica de la cirugía bariátrica en el paciente asintomático desde el punto de vista cardiovascular. El análisis de la actividad de una unidad de ecocardiografías, que ha pasado a ser, por el origen y volumen de peticiones, una unidad central hospitalaria es necesario para una correcta gestión de los recursos.

110. Tomografía computarizada multicorte vs. ecocardiografía transesofágica 3D, para la evaluacion del anillo aórtico en pacientes sometidos a TAVI

SÁNCHEZ-ÁLVAREZ S., ESPRIELLA R., CARDENAS J., FERNANDEZ-DIAZ C., GARCÍA-GONZÁLEZ P., PEREZ-BOSCÁ L., SANMIGUEL D., BERENGUER A., MORELL S., PAYÁ R.
Consorcio Hosp. Gen. Univ. de Valencia.

INTRODUCCIÓN: La tomografía computarizada (MSCT) se considera el gold standard en la medición del anillo aórtico (AAo) para pacientes sometidos a reemplazo de la válvula aórtica transcatéter (TAVI). La ecocardiografía transesofágica 3D en tiempo real (3D-TEE) se ha propuesto como una técnica alternativa. Sin embargo, su papel aún no está bien definido.

MÉTODO: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo que incluyó 28 pacientes a los que se implantó un TAVI durante los años 2014 y 2015, con mediciones de AAo (diámetro medio, área y perímetro) mediante MSCT y 3DTEE. Se compararon las dimensiones del AAo, se calculó el tamaño de prótesis esperado para cada técnica por diámetro y área, y se evaluó su concordancia (intervalo de confianza absoluto ICC$_a$ y coeficiente kappa "k").

RESULTADOS: Las dimensiones evaluadas mediante MSCT y 3DTEE presentaban una correlación elevada (diámetro medio r=0,8, el área r=0,8 y perímetro r=0,86 p<0,05). No se observaron diferencias significativas en las mediciones: diámetro medio(mm) 3DTEE= 23,5±2,9 vs. MSCT= 23,2±2,3, p>0,05; área(cm^2) 3DTEE= 4,3±0,9 vs. MSCT= 4,3±0,8, p>0,05; perímetro(mm) 3DTEE= 74±8,9 vs. MSCT= 76,4±9,7, p>0,05; observando una concordancia moderada entre ambas técnicas (diámetro medio ICC$_a$=0,59, área ICC$_a$= 0,64, perímetro ICC$_a$= 0,56). La talla protésica teórica coincidió con las dos técnicas en un 76% en la elección por área, y en un 61% en la selección por diámetro medio, también con concordancia moderada (área k=0,55 p<0,001, diámetro medio k=0,42 p<0,001).

CONCLUSIONES: La 3DTEE es una técnica de imagen segura y precisa para la medición del anillo aórtico en pacientes sometidos a TAVI, especialmente cuando MSTC no está disponible, o en casos de calidad subóptima o resultados equívocos.

111. Valoracion ecocardiografica del tratamiento de la insuficiencia mitral severa no operable con clip mitral. Experiencia inicial.

TREJO B., PÉREZ-BOSCÁ J.L., BERENGUER A., PERDOMO D.C., ALBIACH C., SÁNCHEZ-ÁLVAREZ S., FABREGAT Ó., DE LA ESPRIELLA R., MORELL S., PAYÁ R.
Consorcio Hosp. Gen. Univ. de Valencia.

INTRODUCCIÓN: La insuficiencia mitral (IM) severa presenta una prevalencia significativa en pacientes de edad avanzada con múltiples comorbilidades, muchos de los cuales presentan también disfunción ventricular izquierda severa. En estos pacientes de alto riesgo quirúrgico, el tratamiento percutáneo con clip mitral ofrece una alternativa segura y eficaz. El objetivo del presente estudio es analizar los resultados iniciales obtenidos con esta técnica en nuestro centro.
MÉTODOS: Se incluyeron 4 pacientes consecutivos a los cuales se realizó implante de mitraclip. Se registraron variables epidemiológicas, de caracterización de la lesión valvular mediante ecocardiografía previa al procedimiento y tras el mismo.
RESULTADOS: Se intervinieron 3 varones y 1mujer con una edad media de 78,5+/-7 años, todos en clase funcional NYHA IV/IV. Hubo dos casos de IM funcional y dos de orgánica. Se implantó un único clip en 2 pacientes y 2 clips en los otros 2 casos, con excelente resultado en 3 de ellos con IM trivial o ligera y una reducción importante de la PAPs. En el último paciente persistió una IM moderada sin cambios en la PAPs. No hubo complicaciones derivadas del procedimiento. Los pacientes fueron dados de alta tras una media de 5 días.
CONCLUSION: El implante de clip mitral en nuestro centro ha sido una técnica segura, con buenos resultados en la reducción de la severidad de la IM, si bien se trata de resultados preliminares.

	Pre-procedimiento	Post-procedimiento
DTDVI (mm)	58,7 +/- 2,6	54.5 +/- 5.7
FEVI (%)	43,2 +/- 18,14	44.5 +/- 9.9
PAPs (mmHg)	55 +/- 18	41,2 +/- 19
IM ligera (%)	0/4	3/4
IM moderada (%)	0/4	1/4
IM severa(%)	4/4	0/4

112. Prevalencia y factores asociados con un índice cardíaco disminuido en pacientes con hipertrofia ventricular izquierda y función sistólica conservada.

ERDOCIAÍN M., CORTÉS E.A., TOCADO B., MATEO I., LÓPEZ-VAQUERO C, LÓPEZ-ARANDA M.A., DE LA GUÍA F., ZUAZOLA P.
Hosp. Marina Baixa de Villajoyosa.

OBJETIVOS: Conocer la prevalencia, factores asociados e implicaciones clínicas de un bajo índice cardíaco calculado mediante ecocardiografía en los pacientes con hipertrofia ventricular izquierda y fracción de ayección del ventriculo izquierdo (FEVI) conservada.

MÉTODOS: Se realizaron de manera prospectiva 100 estudios ecocardiográficos. Se estimó el indice de gasto cardíaco (IGC) mediante el cálculo del volumen látido (VL) a través de la obtención de la integral tiempo–velocidad (VTI) a nivel del tracto de salida del VI (TSVI). Se estudió la relación de un bajo IGC con diferentes características clínicas y ecocardiográficas.

RESULTADOS: Se estudiaron 100 pacientes con una media de edad de 73 años. 64% varones. El 76% hipertensos, 14% diabéticos, 36% obesos, el 14% presentaban insuficiencia renal y el 23% padecían cardiopatía isquémica. El VL indexado (VLi) medio fue de 36,6ml/m^2 y el IGC 2605,6 ml/min/m^2. El 40% de los pacientes presentaron un VL indexado disminuido (<35ml/m^2), la FA durante el estudio ecocardiográfico fue un factor relacionado de forma independiente con este hecho (VLi medio en pacientes con FA 32ml/m^2 Vs 39ml/m^2 en pacientes sin FA; p=0,003). Los pacientes con ingresos previos por IC presentaban un VL significativamente menor (32,07 vs 38,4ml/m^2, p=0,02) La prevalencia de IGC disminuido (<2.500ml/min/m^2) fue del 48%. Todos los pacientes portadores de marcapasos presentaron un VLi y IGC bajo. Los ingresos por IC fueron más frecuentes en pacientes con IGC disminuido que normal (25% vs 11,5%)

CONCLUSIONES: La prevalencia de un VLi y de un IGC disminuido entre los pacientes con hipertrofia de VI y FEVI conservada es elevada en nuestra serie. La FA es un factor predictor independiente de bajo VLi. Los ingresos por IC son más frecuentes en los pacientes con un IGC disminuido.

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

1E. Enseñanza de maniobras de reanimación cardiopulmonar a pacientes de rehabilitación cardiaca y a sus familiares.

PEIRÓ, A., SÁEZ M.R., SALOR M., BERMEJO E., SOLAZ C., ROCAFORT A., TORMO G.
Consorcio Hosp. Gen. Univ. de Valencia.

INTRODUCCION: La iniciación de reanimación cardiopulmonar (RCP) por las personas que presencian una víctima en parada cardiorespiratoria, disminuye la mortalidad y secuelas. Las personas que han sufrido un evento cardiaco son consideradas de alto riesgo. Es necesario el adiestramiento de las personas de su entorno.
OBJETIVO: Impartir clases teórico prácticas a pacientes de Rehabilitación cardiaca, familiares y amigos,con para divulgar las maniobras de RCP. Cuantificar su capacidad de inicio de las maniobras de RCP y atragantamiento, previo y posteriores a las clases.
MÉTODO: Estudio cuantitativo, descriptivo transversal. Muestra de 70 personas (64% pacientes, 36% familiares o amigos), (78% hombres, 22% mujeres). Tres sesiones clases teórico-práctica, impartidas por enfermeras. Mediante encuestas validadas, de cumplimentación anónima previas y posteriores a las clases. Periodo comprendido Diciembre 2015 - Enero 2016.
RESULTADOS: Encuestas previas: Conocimientos previos RCP (SI 18%, No 82%). Teléfono de asistencia médica urgente (lo conocen 55%, no lo conocen 45%). Capacidad de aplicar RCP (Si 20 %, No 80%) Capacidad de auxilio en atragantamiento (Si 22%, No 78%) Conocimiento posición lateral seguridad (Si 20%, No 80%). Encuestas posteriores: Teléfono de asistencia médica urgente (lo conocen 96%, no lo conocen 4%). Capacidad de aplicar RCP (Si 89%, No 11%) Capacidad de auxilio en atragantamiento (Si 81%, No 19%) Conocimiento posición lateral seguridad (Si 92%, No 8%).
CONCLUSIONES: Alto desconocimiento número de teléfono emergencias y de las maniobras de RCP, de lo que deriva la incapacidad para actuar. Los resultados posteriores a las charlas fueron satisfactorios, aumenta la capacidad de auxilio a una víctima de RCP o atragantamiento. Enfermería debe implicarse en la divulgación de la enseñanza RCP a toda la población en especial a los grupos de riesgo y personal responsable de colectivos.

2E. Efecto de un plan de seguridad sobre los errores de medicación en hospitalización de cardiología. seguimiento a 5 años.

REVERT R., GALLEGO C., GRAU G., GÓMEZ-PASTOR M.A., FERRERO M.J., PASTOR A., JORDÁ E., SÁNCHEZ-SORIANO R.M., RASO R., CHAMORRO C.I.
Departamento de Salud de Alcoi.

INTRODUCCIÓN: Los errores de medicación son incidentes que pueden llegar a ser graves y pueden prevenirse mediante sistemas de detección y control. El paciente (p) cardiológico, por sus especiales características (tipo de fármacos que recibe, edad y comorbilidades) presenta un perfil que obliga a establecer medidas preventivas.

OBJETIVO: Evaluar el efecto de un plan de Seguridad del p iniciado hace 5 años sobre la evolución de los errores de medicación en Hospitalización de una Unidad de Cardiología

METODOLOGÍA: Entre enero y diciembre de 2015 se han revisado 312 historias (6 por semana) cotejando el acuerdo entre la prescripción médica y el fármaco administrado. Se analizan, así mismo, los errores notificados de forma voluntaria por el personal y se realiza un análisis comparativo con los datos de los años 2011, 2012, 2013 y 2014. Anualmente, tras el análisis de los errores, tanto los detectados como los notificados, se establecen medidas en vistas a su control.

RESULTADOS: la tasa de errores detectados ha disminuido del 4,81% en 2011 al 2,24% (RRR del 53%), Se produce un aumento de la tasa de notificación que pasa de 0,005 por estancia a 0,014 (incremento del 180%). De un 38% de errores en los que están incriminados los anticoagulantes se pasa al 7% con una RRR del 79%. Los errores producidos con fármacos potencialmente peligrosos pasa del 78% al 50% con una RRR del 41%. Ninguno de los errores de medicación ha producido daño al paciente y sólo en el 2% de los casos el p precisó actuación médica y monitorización. Se reducen los errores de transcripción que pasan del 86% al 55% (RRR del 36%)

CONCLUSIÓN: El plan establecido en 2011 con el fin de aumentar la seguridad del paciente se ha mostrado eficaz en la reducción de errores de medicación, en el aumento de las notificaciones voluntarias y del número de errores que involucran a fármacos potencialmente peligrosos.

3E. Tasa de incidencia de oclusión radial minimizando el volumen hinchado del dispositivo hemostático.

LÓPEZ-LÓPEZ I., ALMELA P., JIMÉNEZ V., ROSELLÓ M., FERRERO A.J., RUMIZ E.
Consorcio Hosp. Gen. Univ. de Valencia.

INTRODUCCIÓN: Con la práctica cada vez más habitual de cateterismos cardíacos por vía radial nos encontramos que algunos pacientes a los que se realiza un segundo cateterismo presentan oclusión de la arteria radial, por lo que nos planteamos evaluar la frecuencia de esta complicación en nuestro centro de trabajo. Nuestro objetivo es valorar la tasa de incidencia de oclusión y posibles factores predisponentes.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo prospectivo. Muestra de 100 pacientes con dos criterios de inclusión: 1. primer cateterismo cardíaco realizado por vía radial, y 2. paciente que pertenezca a nuestro departamento de salud. Valoramos previamente al cateterismo la arteria radial mediante el test de Allen modificado inverso(m.i.). Analizamos la saturación de oxígeno y el tipo de curva de pulsioximetría obtenida según la clasificación de Barbeau. Después del cateterismo realizamos compresión radial con un dispositivo de compresión neumático, minimizando el volumen de hinchado del balón hasta la aparición de sangrado arterial y añadiendo 2cc de aire hasta conseguir la hemostasia. Citamos a los pacientes para revisión 30 días después y repetimos el test para valorar si existe oclusión.

RESULTADOS: Desde 16 de octubre 2015 a 21 de enero de 2016 se incluyeron de manera consecutiva 72 pacientes. La media de edad fue de 67´83±8´57años, 72´8% hipertensos, 27´12% diabeticos, 74´58% dislipemicos, 20´34% fumadores y 43´3% exfumadores. Volumen de hinchado medio de 11´6±1´94 cc. En un 90´28% de los casos el acceso utilizado fue la arteria radial izquierda y en el 9´72% fue la izquierda. Durante una mediana de seguimiento de 29±18 dias fueron sometidos a evaluación mediante nuevo test de Allen m.i. 59 pacientes, resultando una tasa de oclusión 6´66%.

CONCLUSIONES: A falta del análisis estadístico de los factores predisponentes, a priori no se observa ninguna relación con los factores estudiados.

4E. ENFERMERIA Y ACCESO ANTECUBITAL EN EL CATETERISMO DERECHO. EVOLUCIÓN DE LOS RESULTADOS.

ALMELA P., LÓPEZ-LÓPEZ I., ROSELLÓ M., FERRERO A.J., RUMIZ E.
Consorcio Hosp. Gen. Univ. 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 era 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. Nuestro objetivo es 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 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%. Desde enero hasta diciembre de 2015 se realizaron 55 cateterismos derechos. De estos 13 fueron por vía femoral y 42 por vía antecubital con una tasa de éxito del 82%. Desde el 5 de enero de 2016 hasta el 16 de febrero de 2016, los 16 cateterismos derechos realizados se han iniciado por vía antecubital y el 93'75% han finalizado con éxito por esta vía. Ningún paciente con cateterismo derecho completado por vía antecubital requirió ha requerido hospitalario ni ha tenido 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%, 82% y 93'75% respectivamente favoreciendo así la deambulación precoz del paciente y evitando su ingreso hospitalario.

5E. Hiperoxigenación, mejorando la seguridad de la cardioversión.

SAMPER J., JUAN L., OCHOA A., MORAN M.J., CASTILLO J., GUNTURIZ C, GARCÍA-CARRILERO M., MORENO J., BERTOMEU V.
Hosp. Clín. Univ. San Juan de Alicante.

OBJETIVOS: El objetivo de este trabajo es demostrar que la hiperoxigenación previa a la cardioversión eléctrica (CVE), reduce los episodios de desaturación.

MATERIAL Y METODOS: Incluimos de forma prospectiva a pacientes sometidos a CVE. La hiperoxigenación consistió en administrar O_2 con mascarilla con reservorio, mínimo 2 minutos hasta alcanzar máxima saturación arterial de oxígeno, posteriormente sedación con diazepam (5 mg) y etomidato (0,1 mg/kg, repitiendo dosis hasta sedación completa). Entrega de energía y posteriormente readministración de oxígeno hasta la recuperación del nivel de conciencia. Se registraron los episodios de desaturación <90%, desaturación ≥5% respecto de la basal y las apnea.

RESULTADOS: La muestra incluyó a 101 pacientes, 60 varones. La edad media fue de 66,7 (11,3) años. El 57% eran hipertensos, 17% diabéticos, 12% fumadores y 42% dislipemia. 21% tenían antecedentes de insuficiencia cardíaca, 19% de cardiopatía isquémica, 13% apnea del sueño y 59% dilatación de aurícula izquierda. 0 pacientes presentaron desaturación <90%, 2 apneas prolongadas y 11 desaturación ≥5%. En un análisis multivariado los predictores de desaturación fueron la saturación basal previa a la CVE (OR 0,52, IC95% 0,37-0,74, p<0,001) y la edad del paciente (IR 0,933/año, IC95% 0,878-0,99, p=0,023). El modelo fue altamente predictivo, con un estadístico C de 0,92.

CONCLUSIONES: La hiperoxigenación previa a la CVE reduce el riesgo de desaturación.

6E. Están los eventos cardiológicos condicionados por nuestro clima mediterráneo?.

JIMÉNEZ-ZAMORANO N., VECINA A., ZAMORANO M.
Consorcio Hosp. Gen. Univ. de Valencia.

OBJETIVO: Determinar si existe relación entre la incidencia de enfermedades cardiovasculares (cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca y arritmias) con los parámetros metereológicos (temperatura, humedad y presión atmosférica) del clima Mediterráneo.

MÉTODO: Se realizó un trabajo de recolección de los parámetros climáticos diarios en la ciudad de Valencia desde Junio de 2013 a Junio de 2015. Se elaboró una tabla con el número de ingresos en ese período de dos años en la Unidad Coronaria.y se estableció la comparativa entre las condiciones climatológicas y el día de ingreso. El criterio de inclusión fue el ingreso con uno de los diagnósticos establecidos, siendo la muestra final de 766 pacientes. Para el análisis estadístico se utilizó el paquete estadístico SPSS.

RESULTADOS: No se han encontrado diferencias significativas que permitan relacionar los cambios estacionales con la aparición de enfermedades cardiovasculares. El análisis de los datos tampoco sugiere que exista una relación directa entre los parámetros climatológicos analizados aisladamente y la incidencia de las mismas.

DISCUSIÓN: La ausencia de correlación en este estudio no implica que no exista una relación real entre las condiciones climáticas y la incidencia de enfermedades cardiovasculares. Las características de nuestro clima Mediterráneo, con valores anuales de temperatura, humedad y presión más estables que en otras regiones, pueden explicar la falta de picos acusados de incidencia a lo largo del año. Determinar hasta qué punto el clima es un factor causal en la aparición de estas enfermedades resulta interesante a nivel científico, por ello, será necesario seguir investigando sobre esta temática.

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

Índice de Autores, Ponentes y Moderadores*

A
Abejarro B. 46
Aguar Carrascosa P. 84, 100, 102, 106, 107, 108
Ahumada M. 25, 30, 48
Alania E. 68, 70
Albiach Montañana C. 53, 96, 111
Albiñana F. 11
Alcover V. 16
Alegría Ezquerra E. MR
Almela Alcaide P. 56, 59, 3E 4 E
Almenar Bonet L. SS, 36, 37, 81
Alonso Fernández P. 42, 44
Alzueta FJ. 47
Andrés Collado M. 3, 86
Andrés Lahuerta A. 42, 44
Andrés Lalaguna LM. 60
Aragón MC. 88, 89
Arnau Vives MA. MR, 91
Arrarte Esteban V. SS, 22, 24

B
Bailén JL. CO
Basterra N. 47
Bel Minguez AM. 9, 15, 66
Belchí Navarro J. 10, 73, 97
Bellver A. SS, 109
Berbel Bonillo A. 15, 66, 69, 74
Berenguer Jofresa A. 10, 31, 53, 54, 55, 56, 58, 59, 96, 110, 111
Bermejo M. 8, 94
Bertolín J. 12, 21, 62, 85, 102
Bertomeu González V. CO, 4, 43, 45, 67, 78
Bertomeu Martínez V. 43, 45, 67, 78
Blanco Herrera O. 15, 66, 69, 74
Bochard Villanueva B. 46, 47
Bodí Peris V. 33, 34, 35, 95
Bonanad Lozano C. 34, 82, 83, 92, 93, 95
Bondanza Saavedra L. 49
Bosch MJ. 4
Braza Boils A. 8, 91, 94
Briatore A. 109
Broch MJ. 71
Buendía Fuentes F. CO 9, 16, 20, 26, 79
Bueno M., 66, 69

C
Cabades Rumbeu C. TAP 11, 21, 32, 100, 101, 102
Camarasa R. 7, 30
Candela Navarro G. 69
Candela Sánchez E. 19, 22, 24
Cano MJ. 16
Cano Pérez Ó. 42, 44
Cánoves J. 82, 83, 92
Cardells Beltrán I. 1, 13, 17, 38, 51, 64, 72, 93, 95
Cárdenas Tealdo JP. 110
Carrillo Alemán L. 19, 22, 24
Carrillo Sáez P. MR, 51
Casal E. 40, 62
Casao S. 21, 61
Castellanos A. 71
Castelló T. 57
Castilla Cabanes E. 48
Castillo Castillo J. 43, 45, 78, 5E
Cebrián J. 71
Cerveró Rubio A. 36, 37
Chacón Hernández N. MR, 46, 59
Chamorro Fernández AJ 41
Chamorro Fernández CI. CC, 41, 81, 2E
Charney A. 5
Chen F. 5
Chorro Gascó FJ. CO, 1, 2, 13, 14, 17, 33, 34, 35, 64, 72, 95
Cigest T. 71
Climent V. 19, 39, 104
Colomer Martí J.L. SS
Comín Colet J. MR
Concha P. 71
Conde G. 16
Cordero A. CO, 4, 43, 51, 67, 78
Cortell Fuster A. 88, 89
Cosín Sales J., MCT 5, 16, 26, 81
Cubillos Arango A. 53, 54, 55, 56, 58, 59, 96
Cuello E. 88, 89

D
Dallí Peydro E. 26
De Diego MA. 88, 89
De Dios E. 33, 34, 35
De la Espriella Juan R. 23, 46, 53, 56, 73, 97, 110, 111
De la Guia Galipienso F. TAP, 27, 28, 29, 65, 75, 76, 77, 98, 99, 112
De Labaig P. 11
De Lara Delgado G. 3, 7, 25, 30, 48, 86, 90
Diez Gil JL. 60, 84, 100, 106, 108
Dolz Gimeno S. 36, 37
Doménech Tort MD. 36, 37, 60, 84, 108
Domingo Valero D. 8, 94
Domínguez Mafé E. 2, 14, 109
Domínguez Massa C. 15, 66, 69, 74
Dubois Marqués D. 11, 12, 21, 40, 52, 61, 62, 63, 80, 85, 87, 103, 106

E
Elamrani Rami A. 45, 67
Erdociaín Perales M. 65, 75, 76, 77, 98, 99, 112
Escribano Alarcón D. 1, 13, 17, 38, 64, 72
España L. 16
Espinosa R. 16
Ezaatvar Y. 92, 93

F
Fabregat Andrés O. 23, 73, 97, 111
Fácila Rubio L. SS, CO, 4, 10, 30, 73, 86, 97
Faga V. 11
Fayos de Arizón L. 76, 77, 98, 99
Federico P. 57
Fernández de la Concha J. 47
Fernández Díaz C. 73, 97, 110
Fernández Galera R. MR, 32, 52, 84, 85, 87, 101, 105, 108
Fernández Portilla T. 79
Ferrando Cervelló J. 32, 52, 87, 101, 102, 105
Ferrando Beltrán M. 23
Ferré Valverdú M. 37
Ferrer Gómez P. 91
Ferrer Zaera S. 91
Ferrero de Loma Osorio Á. 49
Ferrero Marco AJ. 3E, 2E
Ferrero Silvestre MJ. 41, 2E
Flor A. 88, 89
Frutos A. 51

G
Galcerá Jornet E. 104
Galindo A. 31
Gallego Escohotado C. 2E
Gallego J. 4
García de Burgos F. 7, 25, 48
García Blas S. 4, 13, 17, 38, 51, 64, 72
García Carrillero M. 43, 67, 78, 5E
García de Burgos F. 48, 90
García Fernández A. 19, 39
García González P. 10, 23, 110
García Palomar C. 109
García Pinilla JM. MR
Gasull S. 12
Gavara J. 33, 34, 35, 95
Gil Albarova O. 54, 56
Giménez Edo M. 46
Giner Crespo J. 8, 94
Girbes Ruiz VJ. CO, 18
Gisbert R. 26
Gómez M., CO
Gómez Martínez MJ. TAP, 25
Gómez Pastor 2E
Gómez Ribelles R. 26
Gómez Sansano JM. MR, 104
Gong J. 5, 6
González Aliaga J. 21, 61
González de Gregorio J. 1, 2, 13, 14, 95
González F. CO
González de Gregori Y. 93
González Rico M. MMR
González Juanatey JR. MR
Grau Jornet G. 41, 2 E
Gudín Uriel M. SS
Guedes P. 3, 7, 25, 30, 48, 86, 90
Gunturiz C. 43, 67, 78, 5E
Guzmán Román E. 19

H
Heras S. CO
Heredia Cambra R. 1, 2, 13, 14, 82, 83
Heredia Cambra T. 66, 74
Hermida H. 12, 63
Hernández C. 50
Hervás Botella MA. 33, 34, 35
Higueras Ortega L. 53, 55, 58, 73, 97
Hortelano I. 19, 24, 39

I
Ibarra NV. 25, 48
Igual Muñoz B. MR, 8, 15, 20, 94
Izquierdo MT. 49

J
Jacas V. 68, 70
Jhund P. 6
Jiménez J. 46
Jiménez Aguilella JJ. 36
Jiménez N. 6E
Jiménez Carreño R. 41
Jiménez Cruz V. 58, 96, 3E
Jordá Moll E. 2E
Jordán AJ. 104
Juan L. 43, 45, 5E
Juskova M. 67

K

L
Lefkowitz M. 6
León EM. 22, 24
Lillo IM. 22, 24
Llácer P. 4
Llario I. 18
López Aranda MA. 65, 75, 76, 77, 98, 99, 112
López Arteaga R. 7, 90
López Bueno L. 14
López de Sa E. SS
López Fernández I. 18
López Lereu MP. 95
López López I. 59, 3E, 4E
López Palop R. MR, 51
López Reyes R. 66
López Vaquero C. 65, 75, 76, 77, 98, 99, 112
López Vilella R. 37
Lozano Palencia MT. CO, 41
Lucas E. 18, 68, 70

M
Maceira González AM. 16, 26
Macías Villanego MJ. 19, 104
Manito Lorite N. MR
Marí Alexandre J. 91
Marín F. 25
Martí Bonanad R. 50
Martí Llinares S. 18
Martín Benítez G. 84, 105, 106, 107, 108
Martínez J. CO

Martínez Abellán R. MR, 45, 67
Martínez Brotons A. 49
Martínez Dolz L. 8, 9, 15, 20, 36, 37, 42, 44, 66, 79, 91, 94
Martínez Ferrer J. 47
Martínez Moreno I. 18, 104
Martìnez Moreno M. 90
Martínez Muñoz MC. COE
Martínez Navarro I. 31
Martínez Ortíz de Urbina L. 57
Martínez Ruiz A. 32, 103
Martínez Sales V. 36, 37
Martínez Tello I. 88, 89
Mas G. 7, 90
Mascarell B. 18, 68, 70
Masia Mondeja MD. MMR
Mateo Rodríguez I. 65, 75, 76, 77, 98, 99, 112
Mateu C. 12
McMurray J. 6
Medina Salom A. 11
Medina Aspas JS. 40, 62
Melero Ferrer JL. 9, 14, 36, 37, 79,109
Méndez Gallego J. 92
Merlós P. 4
Meyer C. 27, 28, 29
Mihi Hornos N., MMRE
Miñana Escriva G. 1, 13, 14, 17, 33, 34, 35, 51, 64
Mira S. 63, 80
Molina Aguilar P. 8, 91, 94
Moliner N. 88, 89
Mollar A. 17, 38, 72, 93
Monmeneu Menadas JV. MR, 95
Montagud Balaguer V. 4, 73, 97
Monteagudo Viana M. 32, 52, 100, 101, 102, 103, 106
Montero Argudo JA. 9, 15, 20, 66, 69, 74
Montoya A. 31
Monzó A. 91
Mora Lastra A. 31
Mora Llabata V. 11, 12, 21, 32, 40, 52, 61, 62, 63, 80, 84, 85, 87, 100, 101, 102, 103, 105, 106, 107, 108
Morán MJ. 5E
Morell Cabedo S. SS, 10, 23, 31, 46, 53, 54, 55, 56, 58, 59, 73, 96, 97, 110, 111
Moreno Arribas J. 43, 45, 67, 78, 5E
Moreno Ballester V. 63, 80
Moreno Casquete M. 12
Moreno Cardona O. 22, 24
Morillas Climent H. 30, 48, 86
Moro J. 16
Muñoz Macho A. 23

N
Navarro Manchón J. CC, 81
Navarro Ros F. 21, 61
Núñez Martínez L. 3, 7, 25, 30, 48, 86, 90
Núñez Piles C. 49, 70, 87
Núñez Villota J. SS, MR, 1, 2, 4, 6, 13, 14, 17, 38, 51, 64, 72, 81, 82, 83

O
Ochoa A. 5E
Okumura N. 6
Olagüe de Ros J. 42, 44
Osa Sáez A. 9, 15, 20, 44, 79
Osca Asensi J. SS, CT, 42, 44

P
Pacheco J., 11
Packer M. 6
Palau P. CO, 2, 14, 72
Pallarés Carratalá V. 30, 86
Palomar J. 50
Pascual DA. 25
Pastor Peidró A. 2E
Payá Chaume A. 1, 2, 13, 17, 38, 64, 72, 81, 93, 95
Payá Serrano R. MMR, CO, 46, 54, 110, 111
Peiró Andrés A. 1E
Pellicer M. 82, 83, 92
Perdomo Londoño DC. 111
Pérez L. 47
Pérez Boscá JL. MR, 54, 110, 111
Pérez Gil M. 107
Pérez Gozalbo J. 40, 52, 61, 62, 63, 80, 85, 87, 101, 107
Pérez Guillén M. 15, 66
Pérez Olivares C. 12, 40, 52, 61, 63, 80, 85, 87, 102, 103, 107
Pérez Ortega I. MRE
Pérez Pallares MJ. 26
Pérez Rodríguez A. 50
Pérez Sole N. 33, 34, 35
Peris Domingo E. 57, 81
Pernias Escrig V. 3, 7, 25, 30, 48, 86, 90
Peset Cubero AM. 88, 89
Pimienta P. 42
Pina Buded S. 23
Pinos AD. 71
Piñol M. 71
Piqueras L. 33
Planas A. 109
Platas J. 61
Plaza López D. 20, 79
Plaza Delgado R. 23
Pomar Domingo FM. 57
Pujalte M. 7, 90

Q
Quesada A. 46, 47
Quintanilla MA. 3, 86

R
Rabadán Ruiz M. MR
Racugno P. 92, 95
Ramón JM. 14
Raso Raso R. MMR, 41, 81, 2E
Revert Gandía R. 2E
Ribelles J. 40, 62
Ribes F. 67, 78
Ridocci Soriano F. SS, 46
Rios C. 33, 34, 35
Ríos Bort JM. 8, 94
Ripoll J. 11
Rizkala A. 6
Rocafort A. 1E
Rodrigo VM. 40, 62
Rodríguez Argueso A. 68, 70
Rodríguez Navarro C. 88, 89
Rodríguez Serrano M. 9, 20
Roldán Torres I. CO, 11, 12, 21, 32, 40, 52, 61, 62, 63, 70, 80, 84, 85, 87, 100, 01, 102, 103, 105, 106, 107, 108
Romero Dorta E. 100, 102, 103, 105, 107
Romero Escrig C. 50
Romero Salvador JE. 32, 52, 87, 100, 101, 102, 103
Romero Velázquez G. 82, 83
Roselló Hervás M. 58, 96, 3E, 4E
Rouleau J. 6
Rubio J. 47
Rueda Soriano J. 9, 42, 44, 79
Ruescas A. 92, 93
Ruiz A. 33, 34, 35
Ruiz Granell R. SS, CT, 49
Ruiz Nodar JM. MMR, 3, 41
Ruiz Ros V. 82, 83, 92, 93
Rumiz González E. 10, 31, 53, 54, 55, 56, 58, 59, 96, 97, 3E, 4E
Ruvira Durante J., 16, 26

S
Sáez Jiménez MR. 1E
Salavert M. 40, 62
Salim Martínez M. CC, 32, 100, 101, 103, 105, 106
Salor M. 1E
Salvador Mercader I. 85
Samper J. 43, 5E
Sánchez J., CO
Sánchez Álvarez S. 73, 110, 111
Sánchez Lacuesta ME. 60, 84, 105, 108
Sánchez Lázaro I. 36, 37
Sánchez Soriano RM. 41
Sánchez Torrijos J. 18
Sanchís Fores J. MR, CO, 51, 64, 92, 93
Sanchís Herrero A. 109
Sancho Tello MJ. 42, 44
Sandim Rollán M. 81
Sanmiguel Cervera D. CO, 10, 31, 53, 54, 55, 56, 58, 96, 110
Santas Olmeda E. CT, 1, 2, 13, 17, 38, 64, 72
Sánz García JJ. 12
Sánz Sánchez J. 8, 36, 91, 94
Saurí Ortiz A. 32, 52, 84, 85, 87, 100, 101, 103, 105, 106, 107, 108
Schuler M. 15, 69, 74
Seller Moyá J. 68, 70, 85
Senni M. 5
Seoane A. 21, 61
Serrano Martinez F. 9, 20, 79
Serrano Romero A. 109
Serrano Rosa MA. 22. 24
Shami N. 50
Shi V. 5, 6
Simoes A. 109
Sivera F. 3
Sogorb Garrí F. MMR, 19, 22, 24, 39, 41
Soler Carbó RA. MRE
Solá MD. 22, 24
Solaz C. 1E
Solomon S. 6
Soriano CJ. 109
Sotillo Martí J. 26
Swedberg K. 6

T
Tello M. 88, 89
Ten Morro F. 60
Tocado Unzalu B. 65, 75, 76, 77, 98, 99, 112
Tormo G. 1E
Torres MJ. 63, 80
Trejo Velasco B. 10, 23, 59, 111
Tuñon Fernández J. MR

U
Usó Vicent H. 23

V
Valera Martínez FJ. 69
Valero Picher E. 1, 13, 17, 38, 51, 64, 72, 82, 83, 92, 93
Valle Muñoz A. TAP, MMR, 27, 28, 29, 68, 70, 81
Valls Serral A. 10, 31, 54, 55, 56, 58, 59, 96
Vañó J. 73, 97
Vecina A. 6E
Vela P. 3
Vicedo López A. 19, 104
Vicente Cañizares M. 21, 80
Vicente Ibarra N. MR, 3, 7, 30, 86, 90
Vilar JV. 10, 31, 53, 54, 55, 56, 58, 59, 96
Villamía B. 19, 22, 39
Viñas A. 63, 80
Viñolas X. 47
Viizuete J. 84, 105, 106, 107, 108

Z
Zamorano M. 6E
Zile M. 6
Zorio Grima E. 8, 91, 94
Zuazola Martinez P. CT, 65, 75, 76, 77, 98, 99, 112

* Numero de la comunicación

CC:	Moderador Casos Clínicos
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 XXXIII CONGRESO DE LA S.V.C.

Índice de Palabras Clave*

A
Aneurisma aorta ascendente 69
Angioplastia primaria 57, 58, 59, 84, 96
Antiarrítmicos 41
Anticoagulación 11, 12, 18, 80

B
Balón liberador de fármacos 53
Biomarcadores 4, 13, 17, 36, 37, 52, 85

C
Caolín 50
Cardiopatía congénita 9, 42, 44, 79
Cardiorresonancia magnética 95 108
Cardioversión 16, 5E
Cateterismo derecho 10, 4E
Cirugía bariátrica 109
Coartación de aorta 79

D
DAI 42, 44, 45, 46, 95
Deporte y corazón 23, 27, 28, 29, 30, 31
Diabetes Mellitus 3, 25, 27, 28

E
Electródos de dispositivos 45, 46
Enfermedad de Fabry 65
Errores medicación 2E
Estenosis aórtica 54, 56, 104, 110
Estudios genéticos 8, 39, 94

F
Fibrilación auricular 11, 12, 16, 18, 21, 40, 41, 48, 49, 61, 62, 63, 67, 80, 5E
Fibrosis miocárdica 34, 35
Fisiología cardiaca 32
Frecuencia cardiaca 14

G

H
Hierro 2, 38, 64
Hipertensión pulmonar 9, 36, 37, 66
Hiperuricemia 3, 86
Holter implantable 43
HTA 25, 27, 28, 29

I
Índice cardiaco 112
Inflamación 52, 85, 86
Insuficiencia cardíaca aguda 1, 13, 17
Insuficiencia cardiaca crónica 2, 4, 5, 6, 10, 14, 67, 70, 72, 78
Insuficiencia renal 87
Ivabradina 76, 98, 99

J

K

L
LCZ696 5, 6
Lípidos 7, 22, 25, 26, 27, 28, 73, 86, 88, 89

M
Marcapasos 45
Miocardiopatía arritmogénica 8, 19, 94
Miocardiopatía dilatada 10, 19
Miocardiopatía hipertrófica 74
Miocardiopatía por no compactación 8, 19, 94
Muerte súbita 23, 39, 91

N
Neoangiogénesis 33

O

P
Pronóstico 4, 9, 10, 13, 30, 54, 56, 58, 63, 71, 78, 79, 82, 6E
Prótesis valvular aórtica transcateter 54, 56, 110

Q

R
Reanimación cardiopulmonar 1E
Rehabilitación cardiaca 7, 88, 89, 90, 1E
Reingresos 1, 4, 17, 64, 72, 97
Reparación mitral 15
Resincronización cardiaca 47

S
Síncope 43
Síndrome coronario agudo 3, 7, 22, 24, 52, 57, 71, 82, 83, 85, 87, 89, 90, 92, 93, 97, 105, 106, 107
Síndromes geriátricos 82, 83, 92, 93
Strain miocárdico 32, 84, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108

T
Tabaquismo 25, 27, 28
TAC coronarias 110
Tako-Tsubo 55
Telemedicina 68
Transtornos del comportamiento 24

U
Unidades coronarias 81

V

W

X

Y
Valvulopatías 15, 20, 54, 56, 60, 104, 110, 111
Vía radial 50, 51, 3E

Z

* Número de la comunicación

E: Comunicación enfermería

COMUNICACIONES AL XXXIII CONGRESO DE LA S.V.C.
Índice Temático*

Cardiología Clínica

Duración de la estancia hospitalaria de ingresos por insuficiencia cardíaca aguda y el riesgo de reingreso precoz.... 1
Deficiencia de hierro y capacidad funcional en pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada con fracción de eyección preservada.. 2
Impacto a nivel coronario de la presencia simultánea de diabetes mellitus e hiperuricemia asintomática..... 3
Efecto pronóstico de terapia guiada por niveles de antígeno carbohidrato 125 tras un ingreso por insuficiencia cardiaca (ensayo clínico chance-hf)..... 4
Comparación de los datos demográficos basales de los estudios LCZ696 PARADIGM-HF y TITRATION.. 5
Beneficio consistente de LCZ696 (Sacubitrilo/Valsartán) vs enalapril, independientemente de la terapia complementaria en el PARADIGM-HF..... 6
Mejoría del perfil lipídico tras programa de rehabilitación cardíaca en pacientes que han sufrido un evento coronario.. 7
Fenotipos mixtos de miocardiopatía arritmogénica y no compactación..... 8
Variables predictoras de mal pronóstico en la cirugía de las cardiopatías congénitas del adulto..... 9
Valor pronóstico del cateterismo cardiaco derecho en pacientes con miocardiopatía dilatada y depresión de la función sistólica..... 10
Tratamiento antitrombótico inadecuado en la fibrilación auricular no valvular. Estudio AFINVA. 11
Rasgos característicos de los pacientes no anticoagulados con fibrilación auricular no valvular. Estudio AFINVA.. 12
Niveles de lipocaina asociada a la gelatinasa neutrófila en plasma y mortalidad a largo plazo en insuficiencia cardíaca aguda.. 13
Respuesta de la frecuencia cardiaca y capacidad funcional en pacientes con insuficiencia cardiaca con función sistólica preservada. 14
Experiencia sobre reparación valvular mitral compleja.. 15
Reducción de ingresos por fibrilación auricular mediante un protocolo de cardioversión precoz en urgencias y derivación a consulta especializada. 16
Neprisilina serica y reingresos hospitalarios tras un episodio de insuficiencia cardíaca aguda..... 17
Situación de anticoagulación tras un año de seguimiento en pacientes con fibrilación auricular no valvular..... 18
Resultados de una consulta monografica de miocardiopatias.. 19
Análisis descriptivo y evolutivo pre y post implante de prótesis biológica por insuficiencia pulmonar. 20
Peculiaridades de la fibrilación auricular no valvular en función del sexo. ESTUDIO AFINVA.. 61
Rasgos diferenciales de los pacientes con cardiopatía estructural y fibrilación auricular no valvular. ESTUDIO AFINVA..... 62
Utilidad de la puntuación SAMeTT$_2$R$_2$ para predecir el control de la anticoagulación en la fibrilación auricular no valvular. Estudio AFINVA..... 63
Déficit de hierro y riesgo de rehospitalización precoz tras ingreso por insuficiencia cardiaca aguda. 64
Utilidad de la hipertrofia ventricular izquierda por ecocardiograma para el screening de la enfermedad de Fabry..... 65
Experiencia inicial en el tratamiento quirúrgico de la hipertesión pulmonar tromboembólica crónica..... 66
La fibrilación auricular no afecta el pronóstico a largo plazo en pacientes con insuficiencia cardiaca.. 67
Valoracion del uso de la telemedicina en un servicio de cardiologia en un hospital comarcal.. 68
Aortoplastia de reducción frente a sustitución por conducto en los aneurismas de aorta ascendente: estudio comparativo y seguimiento.. 69
Análisis descriptivo de una unidad de insuficiencia cardiaca comarcal: características diferenciales y comorbilidades según etiología.. 70
Estimación de la mortalidad en el sindrome coronario agudo. Comparación de las escalas Grace y SAPS 3. 71
Carga de hospitalizaciones recurrentes tras una hospitalización por insuficiencia cardíaca aguda: función sistólica conservada frente a deprimida.. 72
Factores relacionados con el control de cifras de ldl en pacientes dislipémicos con enfermedad carviovascular..... 73
Ventajas del tratamiento quirúrgico precoz en la miocardiopatía hipertrófica obstructiva..... 74
¿Qué saben los pacientes sobre los resultados de su cateterismo reciente?. 75
Tratamiento de la enfermedad coronaria estable con ivabradina. situación en la práctica clínica diaria..... 76
Papel actual de la ivabradina en cardiopatía isquémica crónica respecto a otros agentes antianginosos.. 77
Pronóstico a largo plazo y años de vida potencialmente perdidos en pacientes jóvenes tras hospitalización por insuficiencia cardiaca.. 78
Análisis de la comorbilidad asociada, consumo de recursos sanitarios y supervivencia libre de eventos cardiovasculares en pacientes con Coartaciones de aorta. 79
Control de la anticoagulación oral con antagonistas de la vitamina k en la fibrilación auricular no valvular. Estudio AFINVA..... 80

Preventiva, HTA y Otros Factores de Riesgo

Epidemiología y características de la fibrilación auricular en nuestro medio. Estudio AFINVA.. 21
Indicación potencial de los nuevos iPCSK9 en pacientes con SCA en vida real. 22
Protocolo de screening preparticipativo basado en ecg y ecocardiograma rápido dirigido a causas frecuentes de muerte súbita: experiencia en futbolistas jóvenes. 23
La ira, como factor de riesgo cardiovascular, según el tipo de procedimiento empleado (angioplastia primaria vs angioplastia electiva). 24
¿Deberíamos vigilar más estrechamente a pacientes sometidos a revascularización coronaria en cuanto a la aparición de nuevos factores de riesgo cardiovascular? 25
Mejoría del control lipídico en pacientes en prevención secundaria mediante un programa colaborativo entre atención primaria y cardiología 26
Influencia de la edad y sexo en la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en deportistas aficionados.. 27
Factores de riesgo cardiovascular en deportistas de “no elite” aficionados. 28
Reconocimiento médico cardiológico en deportistas aficionados en la Comarca de la Marina Alta (Alicante) 29
Impacto pronóstico del ejercicio físico en una población hipertensa ≥65 años. Subanális del Estudio FAPRES. 30
Perfil de riesgo cardiovascular de los corredores populares que participan en competiciones: ¿Podemos estar tranquilos los cardiólogos? 31

Cardiología Experimental e Investigación Básica

Luces y sombras en la concepción de la banda miocárdica de Torrent-Guasp proporcionadas por el strain miocárdico.. 32
La neoangiogénesis inducida por suero es paralela a la dinámica de la obstrucción microvascular tras un infarto de miocardio reperfundido.. 33
La cicatriz fibrótica tras un infarto de miocardio muestra una organización heterogénea de las fibras de colágeno 34
Estudio multidisciplinar de la fibrosis remota tras un infarto de miocardio en un modelo porcino y en muestras humanas. 35
Detección del componente precapilar mediante biomarcadores circulantes en pacientes con hipertensión pulmonar de causa cardiaca izquierda. 36
Biomarcadores de disfunción ventricular derecha en pacientes con hipertensión pulmonar de causa cardiaca izquierda. 37
Mejoría de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo asociada a la repleción de hierro miocárdico en pacientes con ic tratados con hierro IV.. 38
La muerte súbita como heraldo. Buscando la respuesta en los genes.. 39

Electrocardiografías, arritmias y marcapasos.

Fibrilación auricular no valvular. Diferencias según presentación de forma paroxística o permanente. Estudio AFINVA. 40
Predictores de recurrencia de fibrilación auricular en pacientes en tratamiento con flecainida o dronedarona para control de ritmo. 41
Screening electrocardiográfico de DAI subcutáneo en una población de pacientes con Tetralogía de Fallot. Estudio de vectores alternativos. 42
Rendimiento diagnóstico y predictores clínicos de implante de marcapasos del hólter implantable en el estudio de síncope. 43
Análisis de eventos arrítmicos tras implante de desfibrilador en pacientes con cardiopatías congénitas.. 44
Factores predictores de estabilidad en el implante de electrodos de marcapasos y desfibriladores de fijación activa. 45
La localización del electrodo ventricular a nivel septal en pacientes portadores de desfibriladores mejora la eficacia de la terapia antitaquicardia.. 46
Resultado de la terapia de resincronización cardiaca con desfibriladores según la duración del qrs en pacientes con bloqueo de rama izquierda. 47
¿Predice la fibrilación auricular perioperatoria en cirugía de revascularización coronaria futuros episodios de fibrilación auricular en población mediterránea?. 48
Experiencia inicial con dispositivos de oclusión transcatéter de orejuela izquierda en pacientes con fibrilación auricular ablacionada.. 49

Hemodinámica y Cardiología Intervencionista

Estudio de eficacia y seguridad del caolín en la compresion de arteria radial tras cateterismo cardiaco. 50
Utilidad del catéter guía sheathless en la intervención coronaria percutánea del tronco coronario izquierdo por vía radial. 51
Asociación del cociente entre neutrófilos y linfocitos con la gravedad de la enfermedad coronaria en pacientes con síndrome coronario agudo....52
Utilidad del balón liberador de fármaco en situación de práctica clínica habitual en un laboratorio de hemodinámica.. 53
¿Funcionarán a largo plazo las prótesis valvulares aórticas tras el implante transcatéter?. 54
Añadiendo “azucar” al diagnostico y la etiopatogenia del sindrome de Tako-Tsubo empleando tomografia coherencia optica intracoronaria. 55
¿Cuándo y de que se nos mueren nuestros pacientes tras implante valvular aórtico percutáneo?. 56
¿Se cumplen los tiempos de actuación en los pacientes tratados con angioplastia primaria?. 57
Revascularización completa intrahospitalaria vs ambulatoria en pacientes multivaso sometidos a angioplastia primaria.. 58
Papel de la oclusión crónica total en pacientes sometidos a angioplastia primaria.. 59
Experiencia inicial con el implante percutáneo de la válvula pulmonar melody en tractos de salida disfuncionantes del ventrículo derecho. 60

Cardiopatía Isquémica y Fisiopatología y ECG del Ejercicio

Analisis de la atención al paciente cardiológico agudo en la Comunidad Valenciana. 81
Valor pronóstico de los síndromes geriátricos en pacientes ancianos con síndrome coronario agudo....82
Manejo del paciente anciano con síndrome coronario agudo y síndromes geriátricos.. 83
Tiempo de isquemia en angioplastia primaria y repercusión en parámetros de strain y contractilidad miocárdica por ecocardiografía speckle-tracking....84
Valor pronóstico a largo plazo del cociente entre neutrófilos y linfocitos un biomarcador inflamatorio tras síndrome coronario agudo.. 85
Mayor estado inflamatorio y nivel de uricemia determinan menores niveles de hdl-colesterol en población no reumática....86
Impacto a largo plazo de la enfermedad renal al alta en pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación del ST sometidos a cateterismo.. 87
Diferencias en el manejo de ldl-colesterol en un programa de rehabilitación cardiaca tras la actualización de las guías de prevención cardiovascular. 88
Avances en el control de la frecuencia cardiaca y la presión arterial durante el ejercicio físico tras un síndrome coronario agudo.. 89
Impacto de un programa de rehabilitación cardiaca en la clase funcional tras sufrir un evento coronario. 90
Muerte súbita isquémica desde una perspectiva de género.. 91
Impacto pronóstico de la fragilidad y vulnerabilidad social para eventos post alta en población mayor con síndrome coronario agudo....92
Asociación de fragilidad y sedentarismo. Valor pronóstico post alta en los síndromes coronarios agudos en pacientes de edad avanzada.. 93
Fenotipos mixtos de miocardiopatía arritmogénica y no compactación....94
Comparacion de la FEVI calculada por ecocardiografía y por resonancia para estratificacion de riesgo y valorar implante de DAI tras un IAMEST....95
Impacto de la angioplastia primaria en las estancias medias en unidades coronarias de hospitales terciarios y comarcales....96
Factores predictores de reingreso por síndrome coronario agudo en pacientes tratados con Clopidogrel.. 97
Prescripción de ivabradina en contexto de práctica clínica real tras publicación de guías europeas de enfermedad arterial coronaria estable.. 98
Perfil de seguridad y tolerancia de ivabradina en pacientes diagnosticados de enfermedad arterial coronaria estable. 99

Ecocardiografía, Doppler y Medicina Nuclear

Relación de la torsión con el acortamiento longitudinal en la mecánica contráctil del ventrículo izquierdo en población normal....100
Mecánica rotacional del ventrículo izquierdo en individuos sanos. 101
Estudio del strain longitudinal miocárdico del ventrículo izquierdo mediante ecocardiografía speckle tracking bidimensional.. 102
Estudio del Strain Radial y circunferencial miocardico del ventrículo izquierdo mediante ecocardiografía speckle tracking bidimensional....103
Deformación longitudinal en estenosis aórtica severa asintomática.. 104

Strain miocárdico longitudinal evaluado mediante ecocardiografía speckle tracking en relación con el grado de transmuralidad del IMACEST.....105
Afectación de los distintos tipos de strain del ventrículo izquierdo tras un infarto agudo de miocardio mediante ecocardiografía speckle-tracking.....106
Evaluación de la mecánica rotacional del ventrículo izquierdo en el imacest mediante ecocardiografía speckle-tracking.. 107
Necrosis miocárdica por cardioresonancia y traducción en parámetros de strain y contractilidad determinados por ecografía speckle tracking. 108
Rentabilidad diagnóstica de la ecocardiografía en la cirugia bariátrica.. 109
Tomografía computarizada multicorte vs. ecocardiografía transesofágica 3D, para la evaluacion del anillo aórtico en pacientes sometidos a TAVI. 110
Valoracion ecocardiografica del tratamiento de la insuficiencia mitral severa no operable con clip mitral. Experiencia inicial.....111
Prevalencia y factores asociados con un índice cardíaco disminuido en pacientes con hipertrofia ventricular izquierda y función sistólica conservada.. 112

Enfermería Cardiología

Enseñanza de maniobras de reanimación cardiopulmonar a pacientes de rehabilitación cardiaca y a sus familiares. 1E
Efecto de un plan de seguridad sobre los errores de medicación en hospitalización de cardiología. Seguimiento a 5 años. 2E
Tasa de incidencia de oclusión radial minimizando el volumen hinchado del dispositivo hemostático. 3E
Enfermeria y acceso antecubital en el cateterismo derecho. Evolución de los resultados. 4E
Hiperoxigenación, mejorando la seguridad de la cardioversión.. .....5E
¿Están los eventos cardiológicos condicionados por nuestro clima mediterráneo? 6E

* 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 9’25 créditos por la Sociedad Española de Cardiología

ANOTACIONES

AGRADECIMIENTOS

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

LABORATORIOS FARMACÉUTICOS:

- VIFOR
- BOEHRINGER INGELHEIM
- SANOFI AVENTIS, S.A.
- MENARINI
- BAYER
- NOVARTIS
- BMS/PFIZER
- FRESENIUS
- ST JUDE
- ORION PHARMA
- DAIICHI-SANKYO
- MSD
- ROVI
- AMGEN
- ACTELION
- PROSMEDICA VALENCIA
- ESTEVE
- EDWARDS
- ASTRAZENECA

OTRAS ENTIDADES:

BIOTRONIK

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA

CONSELLERIA DE SANITAT

MEDTRONIC