Latido

PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA SOCIEDAD VALENCIANA DE CARDIOLOGÍA

EDITOR: J. COSÍN SALES

XXXIV Congreso Sociedad Valenciana de Cardiología



SOCIETAT VALENCIANA DE CARDIOLOGIA

CASTELLÓN
(Hotel Luz)
11 y 12 de Mayo de 2017

Vol. 16 • Número 4 • Extra Mayo 2017

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 4 • Extra Mayo 2017

Se distribuye a los miembros de la SVC.
Secretaría Técnica: AUREN, S.L..
Pza. 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.

Diseño y maquetación:
ARCO ESTUDIO GRÁFICO.
arcoestudiografico@yahoo.es

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:
JORGE SÁNCHEZ TORRIJOS

RESPONSABLES DE LAS SECCIONES CIENTÍFICAS

ESTIMULACIÓN CARDIACA Y ARRITMIAS

Presidente: Óscar Cano Pérez
Secretario: José Luis Ibáñez Criado

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

Presidente: Rafael Soler Carbó
Secretario: Rafael Calvo Vidal
Vocal por Castellón: Mª Carmen Martínez Muñoz
Vocal por Alicante: Laura Beneito Armengot

Sumario

Sumario 3

Comité de Honor, Organizador y Científico 4

Presentación
Ana Peset Cubero 5

Resumen del Programa Científico 6

Programa Científico 7

Programa Social 22

Reuniones de Secciones y Grupos de Trabajo 22

Asamblea General 23

Premios a Comunicaciones 23

Comunicaciones Libres: Resúmenes 24

Índice de Autores 47

Índice de Palabras Clave 49

Índice Temático 50

Notas de Interés General 54

Agradecimientos 55

XXXIV CONGRESO DE LA SOCIEDAD VALENCIANA DE CARDIOLOGÍA

CASTELLÓN, 11 y 12 de Mayo de 2017

Hotel Luz - Castellón

COMITÉ DE HONOR

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

Excma. Sra. Dª. Amparo Marco Gual.
Alcaldesa Excmo. Ayto. de Castellón.

Excmo. Sr. D. Javier Moliner Gargallo.
Presidente de la DIputación de Castellón.

Ilustrísimo Sr. D. José Antonio Herranz Martínez.
Presidente del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Castellón.

COMITÉ ORGANIZADOR:

Presidenta:
A. Peset Cubero
Secretario:
J. Navarro Manchón

Vocales:

M.J. Bosch	*J. Gallego*	*C. Rodríguez*
N. Chacón	*B. Muñoz*	*A. Serrano*
A. Cortell	*E. Orts*	*S. Ventura*

COMITÉ CIENTÍFICO:

L. Almenar Bonet
L. Andrés Lalaguna
C. Bonanad Lozano
C. Cabades Rumbeu
R. Calvo Vidal
Ó. Cano Pérez
C. Chamorro Fernández
J. Cosín Sales
J. Estornell Erill
A. Frutos García
S. García Blas
V.J. Girbés Ruiz
M. Gómez Martínez
M. Gudin Uriel
J.L. Ibáñez Criado
B. Igual Muñoz
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
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)
Responsable Pág. Web:	Alfonso Valle Muñoz
Editor LATIDO:	Juan Cosín Sales
INSVACOR:	Jorge Sánchez Torrijos

PRESENTACIÓN

Estimados compañeros y amigos:

En nombre del Comité Organizador, me complace daros la bienvenida al XXXIV Congreso de la Sociedad Valenciana de Cardiología, que este año se celebrará los días 11 y 12 de Mayo en la ciudad de Castellón.

El Comité Científico, el Comité Organizador y las Secciones de la Sociedad, hemos trabajado conjuntamente, y con mucha ilusión, para conseguir un programa científico que resulte atractivo y de gran interés para todos vosotros. En el programa podréis encontrar mesas de distintos ámbitos (cardiología clínica, insuficiencia cardiaca, arritmias y estimulación cardiaca, hemodinámica, entre otras), así como talleres y actividades diversas con nuevos formatos, que esperamos sirvan para compartir el conocimiento y la experiencia en los nuevos avances de nuestra especialidad. Para ello contaremos con la participación de ponentes de un excelente prestigio a nivel nacional.

Quiero dar mis más sinceras gracias y felicitaciones a todos aquellos que, con vuestro esfuerzo y dedicación, hacéis posible que año tras año sigamos recibiendo un gran número de comunicaciones y de una enorme calidad. Enhorabuena también a los que habéis participado en el concurso de casos clínicos.

Agradecer a las empresas colaboradoras por hacer posible este congreso. Su contribución es indispensable para la formación y la divulgación del conocimiento científico de nuestra especialidad.

Así pues, desde el Comité Organizador, esperamos que este Congreso genere una buena convocatoria y sirva de punto de encuentro. Estaremos muy agradecidos de poder contar con vuestra participación y asistencia. Aprovecho junto con las autoridades locales para daros la bienvenida a la ciudad de Castellón. Nos vemos los días 11 y 12 de Mayo.

Un afectuoso saludo,

Ana Peset Cubero

Presidenta Comité Organizador

RESUMEN DEL PROGRAMA CIENTÍFICO

Hora	JUEVES 11 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 12'45	MESA REDONDA **¿Hay algo nuevo en el tratamiento de la Insuficencia Cardiaca Avanzada?**			
13'00 14'00	CARDIO-ONCOLOGÍA **¿Qué debe saber el cardiólogo del paciente oncológico?**			
14'15 15'30	**ACODS (LUNCH BAGS)**			
16'00 17'00	Comunicaciones Libres **C. ISQUÉMICA** (n.º 1 al 5 y 86) **CARDIOLOGÍA CLÍNICA** (n.º 6 al 7)	Comunicaciones Libres **EXPERIMENTAL** (n.º 8 al 13) **ARRITMIAS** (n.º 14 al 16)	Comunicaciones Libres **CARDIOLOGÍA CLÍNICA** (n.º 17 al 24)	Comunicaciones Libres **CARDIOLOGÍA CLÍNICA** (n.º 25 al 32)
17'00 18'00	Simposium sobre **Insuficiencia cardiaca: Sacubitril + Valsartan ¿Para todos los pacientes con IC? ¿Qué perfil es el más adecuado para iniciar la experiencia?**			
17'00 20'00		**TALLER ACERCAP: Jornada con AP**		
18'00 19'00	Simposium Medtronic **Fibrilación Auricular**			

VIERNES 12 DE MAYO				Hora
Sala "A"	Sala "B"	Sala "C"	Sala "D"	
Comunicaciones Libres **CARDIOLOGÍA CLINICA** (n.º 33 al 45)	Comunicaciones Libres **HEMODINÁMICA** (n.º 46 al 59)	Comunicaciones Libres **ECOCARDIOGRAFÍA** (n.º 60 al 73)	Comunicaciones Libres **CARDIOLOGÍA CLINICA** (n.º 74 al 85)	08'30 10'00
Últimas novedades y aspectos controvertidos en el manejo de los factores de riesgo: El experto responde.				10'00 11'15
	MESA REDONDA DE ENFERMERÍA			10'00 14'00
COFFEE BREAK				11'15 11'45
Actualización en el tratamiento de la patología aórtica. Nuevas perspectivas.	**Comunicaciones libres de Enfermería y Asamblea de la Sección**			11'45 12'45
Controversia: Enfermedad multivaso en el STEMI. Revascularización completa o guiada por isquemia. ¿Cuál es el momento óptimo?				13'00 14'00
Retos en cardiología deportiva: Electrocardiograma y arritmias en el deportista.				14'15 15'30
Concurso de Casos Clínicos				16'00 17'00
Prolongación más allá de la doble antigregación: ¿A quién, cuándo, cómo?				17'00 18'00
Presentación de artículos publicados				17'00 18'00
ASAMBLEA GENERAL DE LA SOCIEDAD				18'30

PROGRAMA CIENTÍFICO

ACTIVIDAD ACREDITADA POR EL COMITÉ DE ACREDITACIÓN DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA CON 10'6 CRÉDITOS.
DECLARADO DE INTERÉS CIENTÍFICO-SANITARIO POR LA CONSELLERIA DE SANITAT.

JUEVES 11-05-17

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

Moderadores: José Aguilar. Hospital Universitario de la Plana. Villa-real.
Juan A. Rodríguez. Hospital Comarcal de Vinaroz.

Ponentes: ***Imagen.***
Clara Gunturiz Beltrán. Hospital de San Juan. Alicante.
Intervencionismo/Hemodinámica.
David Escribano Alarcón. (Hospital Clínico de Valencia)..
Arritmias.
Joana Melero Lloret. Hospital General. Castellón.
Cardiopatía isquémica.
Gregorio de Lara Delgado. Hospital General de Elche.
Insuficiencia cardiaca.
Herminio Morillas Climent. Hospital La Fe. Valencia.

11:00 a 11:15 h. **CAFÉ.**

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

11:30 a 12:45 h. SALA A: **MESA REDONDA: ¿HAY ALGO NUEVO EN EL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA AVANZADA?**
(Patrocinado por VIFOR, MERCE Y ACTELION).

Moderadores: Luis Almenar. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.
Vicente Bertomeu-Martínez. Hospital Universitario San Juan. Alicante.

Ponentes: ***¿Estamos los médicos infratratando a los pacientes con ferropenia?, ¿Por qué?, ¿Se puede resolver?***
Julio Núñez. Hospital Clínico Universitario de Valencia.
Últimas novedades en España en el tratamiento con dispositivos de asistencia ventricular y corazón artificial total, ¿se vislumbra el futuro?
Gregorio Rábago. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona.
Hipertensión pulmonar en el paciente con cardiopatía. Últimas novedades.
Miguel Ángel Gómez-Sánchez. Hospital General Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina.Toledo.

13:00 a 14:00 h. SALA A: **CARDIO-ONCOLOGÍA: ¿QUÉ DEBE SABER EL CARDIÓLOGO DEL PACIENTE ONCOLÓGICO?**

Moderadores: Ana Peset. Hospital Provincial de Castellón.
Fco. Javier Chorro. Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Ponentes: ***Tratamiento/oncólogo:***
Eduardo Martínez. Hospital Provincial de Castellón.
Clínico:
Alejandro Cortell. Hospital General de Castellón.
Imagen:
Teresa López-Fernández. Hospital La Paz. Madrid.

14:15 a 15:30 h. SALA A: **ACODS (Lunch Bag).**
Mesa patrocinada por DAIICHI-SANKYO, BOEHRINGER, BAYER, BRISTOL-MYERS y SQUIBB-PFIZER.
Moderadora: Miriam Sandín. Hospital General de Alicante.
Ponentes: Pilar Zuazola. Hospital Marina Baixa.
Alfonso Valle. Hospital de Denia.
Raquel López. Hospital La Fe.
Josep Navarro. Hospital General Castellón.

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

SALA A: **CARDIOPATÍA ISQUÉMICA Y CARDIOLOGÍA CLÍNICA (nº 1 al 7 y 86).**
Moderadores: Begoña Muñoz.
Natalia Chacón.

16:00 h. **1. Impacto de la anemia en la selección de los antiagregantes plaquetarios y en el pronóstico del síndrome coronario agudo.**
VICENTE IBARRA N., MARÍN ORTUÑO F., PERNÍAS ESCRIGA V., NÚÑEZ MARTÍNEZ L., SANDÍN ROLLÁN M., MACÍAS VILLANEGO M.J., GUZMÁN ROMÁN M.E., LOZANO PALENCIA T., ORENES PIÑERO E., RUIZ-NODAR J.M.
Serv. de Cardiol. Hosp. Gral. Univ. de Elche, Hosp. Gral. Univ. de Alicante, Hosp. Clín. Univ. Virgen de la Arrixaca de Murcia.

16:07 h. **2. Recuento linfocitario relativo como marcador de fragilidad en pacientes con síndrome coronario agudo.**
GONZALEZ D´GREGORIO J., RUIZ ROS V., BONANAD LOZANO C., VALERO PICHER E., SASTRE C., RUESCAS A., MOLLAR A., GARCÍA-BLAS S., MIÑANA ESCRIVÁ G., CARRATALÁ A,. NUÑEZ VILLOTA J., SANCHIS FORÉS J.
Serv. de Cardiol. Hosp. Clín. Univ. de Valencia.

16:14 h. **3. Posibles causas embolígenas cardiacas en los pacientes con infarto y coronarias sin lesiones significativas.**
VICENTE IBARRA N., FELIU REY E., CANO VIVAR P., CARRILLO SÁEZ P., DE LARA DELGADO G., PERNIAS ESCRIG V., NÚÑEZ MARTÍNEZ L., GUNTURIZ BELTRÁN C., TAMAYO OBREGÓN A., RUIZ NODAR J.M.
Hosp. Gral. Univ. de Elche.

16:21 h. **4. La mujer en el SCACEST. Resultados en vida real.**
SANCHIS HERRERO A., TEJADA PONCE D., MONTEAGUDO VIANA M., BAELLO MONGE P., PLANAS DEL VIEJO A.M., GINER MUÑOZ B., TORMO JUÁREZ J.P., BELLVER NAVARRO A.
Serv. Cardiol. Hosp. Gral. Univ. de Castellón.

16:28 h. **5. Seguridad de switch de clopidogrel a otros antiagregantes.**
FERNÁNDEZ DÍAZ C., VALLS SERRAL A., BERENGUER JOFRESA A., BELCHÍ NAVARRO J., RUMIZ GONZÁLEZ E., TREJO VELASCO B., SÁNCHEZ ÁLVAREZ S., VAÑÓ BODÍ J., PAYÁ SERRANO R., MORELL CABEDO S.
Serv. Cardiol. Consorcio Hosp. Gral. Univ. Valencia

16:35 h. **86. Valor pronóstico de los cambios dinámicos de la función renal durante el ingreso de síndrome coronario agudo sin elevación del ST manejado con estrategia invasiva.**
PÉREZ J., ROLDÁN I., PÉREZ-OLIVARES C., SAURÍ A., ROMERO E., BERTOLÍN J., FAGA V., PÉREZ M.M., FERRANDO J., MORA V.
Hosp. Univ. Dr. Peset de Valencia.

16:42 h. **6. Utilidad del estudio genético en la miocardiopatía hipertrófica.**
MARTÍN PASTOR J., SIMÓN GARCIA V., ORTIZ MARTINEZ V., SALVADOR MERCADER I., BERTOLIN GUILLEN V., CASABAN ROS E.
Hospital de Sagunto. Valencia.

16:49 h. **7. Percepción del manejo global del paciente con alto riesgo cardiovascular.**
GRADOLÍ PALMERO J., VIDAL URRUTIA V., FÁCILA RUBIO L., BOVER FREIRE R., MONTAGUD BALAGUER V., FABREGAT ANDRES O., DE LA ESPRIELLA JUAN R., ALBIACH MONTAÑANA C., VAÑÓ BODÍ J., MORELL CABEDO S.
Serv. de Cardiol. Hosp. Gral. Univ. de Valencia.

SALA B: EXPERIMENTAL Y ARRITMIAS (nº 8 al 16).
Moderadores: Eloy Domínguez.
Ana Andrés.

16:00 h. **8. Resultado del estudio genético en la miocardiopatía hipertrófica.**
MARTÍN PASTOR J. SIMÓN GARCIA V. SALVADOR MERCADER I., ORTIZ MARTINEZ V., BERTOLÍN GUILLEN V., CASABAN ROS E.
Hospital de Sagunto, Valencia.

16:07 h. **9. Biomarcadores derivados de exosomas para detectar daño miocárdico en pacientes con sobrecarga ventricular derecha.**
MELERO FERRER J.L., GRUESO NAVARRO E. GONZÁLEZ-KING GARIBOTTI H., PIQUER GIL M., RUEDA SORIANO J., OSA SÁEZ A., DÍEZ GIL J.L., SEPÚLVEDA SANCHIS P., MONTERO ARGUDO A.
Ud. de Regeneración y Trasplante Cardiaco. Inst. de Invest. Sanitaria La Fe. Valencia.

16:14 h. **10. Desarrollo de una estrategia para el cribado de fármacos capaces de prevenir el daño inducido por repercusión.**
TEJEDOR GASCÓN S., ONTORIA OVIEDO I., CIRIA CALDUCH M., HERNÁNDIZ MARTÍNEZ A., DÍEZ GIL J.L., MONTERO ARGUDO J.A., SEPÚLVEDA SANCHIS P.
Fundación para la Investigación del Hosp. Univ. y Politécnico La Fe. Valencia.

16:21 h. **11. Puesta a punto de un modelo porcino de isquemia reperfusión mediante intervencionismo.**
LUCAS CAVA V., CERRADA SERRA I., DÍEZ GIL J.L., RODRÍGUEZ PICHARDO Y., LÓPEZ MARCH A., SEPÚLVEDA SANCHIS P., HERNÁNDIZ MARTÍNEZ, A.
Fundación para la Investigación del Hosp. Univ. y Politécnico La Fe. Valencia.

16:28 h. **12. Pérdida de fibras elásticas en la aortopatía aneurismática: estudio histopatológico sobre 143 pacientes.**
BLANCO HERRERA O.R., VALERA MARTINEZ F.J., BERBEL BONILLO A., DOMÍNGUEZ MASSA C., GUEVARA BONILLA A., CANDELA NAVARRO G., MONTERO ARGUDO J.A.
Serv. de Cirugía Cardiovascular. Hosp. Univ. y Politécnico La Fe. Valencia

16:35 h. **13. Correlación genotipo-fenotipo en muertes súbitas por miocardiopatía arritmogénica.**
SANZ SÁNCHEZ J., MOLINA AGUILAR P., MARÍ ALEXANDRE J., SUÁREZ-MIER M.P., GINER BLASCO J., AGUILERA-TAPIA B., CARDONA VALENCIA B., CLIMENT V., GIMENO-BLANES J.R., ZORIO GRIMA E.
Serv. de Cardiol. Hosp. Univ. y Politécnico La Fe. Valencia.

16:42 h. **14. Impacto pronóstico a largo plazo de la anticoagulación en pacientes en hemodiálisis con fibrilación auricular.**
SÁNCHEZ SORIANO R.M., ALBERO MOLINA M.D., CHAMORRO FERNÁNDEZ C. I., JULIÁ-SANCHÍS R., RASO RASO R., JIMÉNEZ CARREÑO R., LÓPEZ MENCHERO R., DEL POZO FERNÁNDEZ C., GRAU JORNET G., NÚÑEZ VILLOTA J.
Hosp. Mare de Deu dels Lliris. Alcoi.

16:49 h. **15. Comparación de la eficacia y seguridad del Vernakalant en dos escenarios diferentes.**
FERRÉ VALLVERDÚ M., OSCA ASENSI J., CANO PÉREZ O., PLAZA LÓPEZ D., PÉREZ DURÁ M.J., VICENTE GUILLÉN R., SANCHO-TELLO DE CARRANZA M.J., MARTÍNEZ DOLZ L.
Serv. Cardiol. Urgencias. Reanimación. Hosp. La Fe. Valencia.

16:56 h. **16. Experiencia del Hospital General Universitario de Alicante en implante de marcapasos sin cables.**
GARCÍA CUENCA E., MARTÍNEZ MARTÍNEZ J.G., IBAÑEZ CRIADO J.L., IBAÑEZ CRIADO A., GARCÍA FERNÁNDEZ A., GUZMAN ROMÁN M.E.
Serv. de Cardiol. Hosp. Gral. Univ. de Alicante.

SALA C: CARDIOLOGÍA CLÍNICA (nº 17 al 24).
Moderadoras: Patricia Palau.
Mª José Bosch.

16:00 h. **17. Registro multicéntrico de Insuficiencia Cardíaca Ambulatoria de la Comunidad Valenciana (RICA-CV). Proyecto Grupo GEISER.**
ALMENAR L., NÚÑEZ J., FÁCILA L., SELLER J., BOSCH M.J., CLIMENT V., GARCÍA-HONRUBIA A., HERVÁS A., LLÁCER P., ROLDÁN I., SERRANO A., MERLOS P., PALAU P., COSÍN J.
Hosp. La Fe de Valencia.

16:07 h. **18. Relación entre la capacidad funcional y la presión inspiratoria máxima en la insuficiencia cardiaca diastólica.**
MELERO LLÓRET J., PALAU SAMPIO P., DOMÍNGUEZ MAFE E., RAMÓN FERRANDIS J.M., BRIATORE A., TORMO JUÁREZ J.P., GONZÁLEZ J., NAVARRO BELLVER A., CHORRO GASCÓ F.J., NÚÑEZ VILLOTA J.
Hosp. Gral. Univ. de Castellón.

16:14 h. **19. Respuesta clínica al Levosimendan en pacientes con insuficiencia cardiaca derecha aislada.**
MELERO FERRER J.L., SÁNCHEZ LÁZARO I.J., MORILLAS CLIMENT H., SANZ SÁNCHEZ J., CERVERÓ RUBIO A., DONOSO TRENADO V.J., ARENAS MARTÍN P., OSA SÁEZ A., RUEDA SORIANO J., MARTÍNEZ DOLZ L.
Hosp. La Fe de Valencia.

16:21 h. **20. Hiperpotasemia como determinante en la prescripción de Antialdosterónicos en la Insuficiencia Cardíaca Aguda.**
HEREDIA CAMBRA R,. PAYÁ CHAUME A., MIÑANA ESCRIVÀ G., GARCÍA BLAS S., SANTAS OLMEDA E., VALERO PITCHER E., CARDELLS BELTRÁN I., ESCRIBANO ALARCÓN D., GONZÁLEZ D., GREGORIO J., NÚÑEZ VILLOTA J.E.
Hospital Clín. Univ. de Valencia.

16:28 h. **21. Experiencia con Macitentán en el tratamiento de pacientes con hipertensión pulmonar en un hospital de referencia.**
LÓPEZ VILELLA R., SÁNCHEZ LÁZARO I., FERNÁNDEZ MEGIA M.J., BORRÁS ALMENAR C., MARQUÉS-SULE E., LÓPEZ REYES L., ROMÁN IVORRA J., RUEDA SORIANO J., MARTÍNEZ DOLZ L., ALMENAR BONET L.
Ud. Insuficiencia Cardíaca Avanzada y Transplante. Serv. Cardiol. Hosp. Univ. y Politécnico La Fe. Valencia.

16:35 h. **22. Mortalidad hospitalaria y fallo agudo del injerto en el trasplante cardíaco urgente según la asistencia circulatoria.**
LÓPEZ VILELLA R., SÁNCHEZ LÁZARO I., FUSET CABANES M.P., DOÑATE BERTOLÍN L., GIMENO COSTA R., MORENO PUIGDOLLERS I., ZARRAGOIKOETXEA JAUREGUI I., MARTÍNEZ DOLZ L., TORREGROSA PUERTA S., ALMENAR BONET L.
Ud. Insuficiencia Cardíaca Avanzada y Transplante. Serv. Cardiol. Hosp. Univ. y Politécnico La Fe. Valencia.

16:42 h. **23. Diez años de reparación valvular mitral.**
DOMÍNGUEZ MASSA C., BEL MÍNGUEZ A.M., BERBEL BONILLO A., BLANCO HERRERA O.R., GUEVARA BONILLA A., PÉREZ GUILLEN M., IGUAL MUÑOZ B., OSA SÁEZ A., MARTÍNEZ DOLZ L., MONTERO ARGUDO J.A.
Serv. de Cirugía Cardiovascular. Hosp. Univ. y Politécnico La Fe. Valencia

16:49 h. **24. Resultado de la cirugía precoz en las endocarditis**
DOMÍNGUEZ MASSA C., BEL MÍNGUEZ A.M., BERBEL BONILLO A., BLANCO HERRERA O.R., GUEVARA BONILLA A., PÉREZ GUILLÉN M., ARNAU VIVES M.A., BLANES M., MONTERO ARGUDO J.A.
Serv. de Cirugía Cardiovascular. Hosp. Univ. y Politécnico La Fe. Valencia

SALA D: CARDIOLOGÍA CLÍNICA (nº 25 al 32)
Moderadores: Alicia Serrano.
Francisco González.

16:00 h. **25. Efectos de un plan de formación en Resucitación Cardio-Pulmonar en dos unidades de hospitalización**
REYES GALERA M.J., REVERT GANDÍA R., ALBERO MARTÍNEZ J.V., GALLEGO ESCOHOTADO C., PRECIADO HERNÁNDEZ I., LLEDÓ BLANES P., JULIÁ SÁNCHIS R., LLORCA CORTÉS M.J., GÓMEZ PASTOR M.A., JUAN CARRIÓN B.
Ud. de Cardiol. Dep. de Salud de Alcoi.

16:07 h. **26. Caracteristicas de los pacientes con Tako-Tsubo y su evolución.**
PÉREZ GOZALBO J.M., PÉREZ-OLIVARES DELGADO C., ROLDÁN TORRES I., ROMERO DORTA E., BERTOLÍN BORONAT J., SAURI ORTIZ A., FAGA V., PÉREZ GIL M.M., SELLER MOYA J., MORA LLABATA V.
Serv. de Cardiol. Hosp. Doctor Peset. Valencia.

16:14 h. **27. Seguridad y eficacia de la triple terapia antitrombótica en pacientes dados de alta de un Servicio de Cardiología.**
VIDAL URRUTIA V., GRADOLÍ PALMERO J., FÁCILA RUBIO L., MONTAGUD BALAGUER V., FABREGAT ANDRÉS O., MADRIGAL VILATA J.A., RUMIZ GONZÁLEZ E., FERNÁNDEZ DÍAZ C., BELCHÍ NAVARRO J., MORELL CABEDO S.
Serv. de Cardiol. Hosp. Gral. Univ. de Valencia.

16:21 h. **28. Experiencia inicial con sacubitril/valsartán insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida.**
LÓPEZ VILELLA R., SÁNCHEZ LÁZARO I., MARQUES-SULÉ E., MELERO FERRER J., PLAZA LÓPEZ D., MORILLAS CLIMENT H., SANZ SÁNCHEZ J., MARTÍNEZ DOLZ L., ALMENAR BONET L.
Ud. de Insuficiencia Cardíaca Avanzada y Trasplante. Hosp. Univ. y Politécnico La Fe.Valencia.

16:28 h. **29. Predictores de insuficiencia renal postoperatoria en la cirugía de los aneurismas de aorta torácica.**
GUEVARA BONILLA A., VALERA MARTÍNEZ F., BERBEL BONILLO A., BLANCO HERRERA O., DOMINGUEZ MASSA C.
Serv. de Cirugia Cardiaca. Hosp. La Fe. Valencia.

16:35 h. **30. Complicaciones respiratorias y mortalidad en la cirugía electiva de aneurismas de aorta torácica.**
GUEVARA BONILLA A., VALERA MARTÍNEZ F., BLANCO HERRERA O., BERBEL BONILLO A., DOMÍNGUEZ MASSA C., MONTERO ARGUDO A.
Serv. de Cirugía Cardiaca. Hosp. Univ. y Politécnico La Fe. Valencia.

16:42 h. **31. Carcinoma renal con trombosis de cava y aurícula derecha: técnica sin hipotermia profunda ni parada cardiocirculatoria**
GUEVARA BONILLA A., PEREZ GUILLEN M., PONTONES MORENO J., MONTERO ARGUDO A., BERBEL BONILLO A., BLANCO HERRERA O., DOMÍNGUEZ MASSA C., BEL MÍNGUEZ A., DOÑATE BERTOLIN L., HEREDIA CAMBRA T.
Serv. de Cirugía Cardíaca. Hosp. Univ. y Politécnico La Fe. Valencia.

16:49 h. **32. Respiración de cheyne-stokes en insuficiencia cardiaca**
SALCEDO GADEA M., SAHUQUILLO SERRANO M., ARENAS MARTÍN P., EZZITOUNY M., SANZ SÁNCHEZ J., OSA SÁEZ A., RUEDA SORIANO J., ZORIO GRIMA E., MARTÍNEZ DOLZ L., ARNAU VIVES M.A.
Serv. de Medicina Interna. Serv. de Cardiol. Hosp. Univ. y Politécnico La Fe. Valencia.

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. Francisco Buendía. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia.
18:30 a 20:00 h. Margarita Gudín. Hospital de La Ribera.
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. María José Bosch. Hospital de la Plana Vila-Real.

17:00 a 18:00 h. SALA A: **SIMPOSIUM. INSUFICIENCIA CARDIACA: SACUBITRIL + VALSARTAN ¿PARA TODOS LOS PACIENTES CON IC? ¿QUÉ PERFIL ES EL MÁS ADECUADO PARA INICIAR LA EXPERIENCIA?.**
Patrocinado por NOVARTIS.
Moderadores: Lorenzo Fácila. Consorcio Hospital General Universitario. Valencia.
Vicente Climent. Hospital General Universitario. Alicante.
Ponentes: ***En quiénes ha demostrado beneficio en ensayos y en práctica clínica.***
Ramón Bover. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.
¿En quienes más podría ser útil?. Análisis de subgrupos.
Domingo Marzal. Complejo Hospitalario de Mérida. Badajoz.

18:00 a 19:00 h. SALA A: **SIMPOSIUM MEDTRONIC. FIBRILACIÓN AURICULAR.**
Moderador: Alejandro Bellver. Hospital General de Castellón.
Ponentes: ***Diagnóstico de la fibrilación auricular. Métodos Invasivos y no invasivos.***
Jose Luis Ibáñez. (Hospital General de Alicante).
Nuevas guías clínicas.
Óscar Cano. Hospital La Fe de Valencia.
Ablación como tratamiento de la fibrilación auricular.
Ángel Ferrero. Hospital Clínico de Valencia.

19:00 a 19:40 h. SALA A: **PRESENTACIÓN TRABAJOS AÑO 2016**
Moderador: Enrique Peris Domingo. Hospital Univ. de la Ribera de Alzira.

VIERNES 12-05-17

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

SALA A: CARDIOLOGÍA CLÍNICA (nº 33 al 45)
Moderadores: Guillermo Grau.
Ruth Sánchez.

8:30 h. **33. Dispositivos de asistencia ventricular izquierda de larga duración. Experiencia inicial con 6 casos en un mismo centro.**
BERBEL BONILLO A., BLANCO HERRERA O., DOMÍNGUEZ MASSA C., GUEVARA BONILLA A., DOÑATE BERTOLÍN L., CANDELA NAVARRO G., BUENO CODOÑER M., BEL MÍNGUEZ A., VÁZQUEZ SÁNCHEZ A., HEREDIA CAMBRA T., PÉREZ GUILLÉN M., VALERA MARTÍNEZ F.J., TORREGROSA PUERTA S., MONTERO ARGUDO J.A.
Serv. de Cirugía Cardíaca. Hosp. Univ. y Politècnic La Fe. Valencia.

8:37 h. **34. Factores asociados a un mal control del tiempo en rango terapéutico en un Centro de Atención Primaria**
CORTÉS NADAL E.A., GARCÍA MARTÍNEZ M.I., TOCADO UNZALU M.B.
Serv. de Atención Primaria. Centro de Salud Almassera de Tonda, Vilajoiosa.

8:44 h. **35. Fenotipo detallado de las muertes súbitas por miocardiopatía hipertrofia.**
DOMINGO VALERO D., ALMUDEVER M., MOLINA AGUILAR P., SANZ SÁNCHEZ J., ABELLÁN Y., MARÍ ALEXANDRE J., SANCHO J., GINER BLASCO J., MARTÍNEZ-DOLZ., ZORIO GRIMA E.
Serv. de Cardiol. Hosp. Univ. Politécnico La Fe. Valencia.

8:51 h. **36. El consumo pico de oxígeno predice rehospitalizaciones en la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada.**
BRIATORE A., TORMO JUÁREZ J.P., MELERO LLORET J., PALAU SAMPÍO P., DOMÍNGUEZ MAFÉ E., RAMÓN FERRANDIS J.M., HEREDIA CAMBRA R., BELLVER NAVARRO A., CHORRO GASCÓ F.J., NÚÑEZ VILLOTA J.
Hos. Gral. Univ. de Castellón.

8:58 h. **37. Niveles séricos de potasio y mortalidad a los 6 meses en la Insuficiencia Cardíaca aguda.**
HEREDIA CAMBRA R., PAYÁ CHAUME A., MIÑANA ESCRIVÀ G., VALERO PITCHER E., CARDELLS BELTRÁN I., SANTAS OLMEDA E., GARCÍA BLAS S., GONZÁLEZ D., GREGORIO J., ESCRIBANO ALARCÓN D., NÚÑEZ VILLOTA J.E.
Hosp. Clín. Univ. de Valencia.

9:05 h. **38. Perseverancia en las deficiencias del tratamiento antitrombótico de la fibrilación auricular no valvular.**
CALLIZO R., MORA V., DUBOIS D., GONZÁLEZ J., NAVARRO F., VICENTE M., SEOANE A., VIÑAS A., SERRATS R., ROLDÁN I. REPRESENTACIÓN DEL ESTUDIO AFINVA.
Serv. de Cardiol. Hosp. Dr. Peset. Valencia.

9:12 h. **39. Características clínicas y microbiológicas de la endocarditis infecciosa en pacientes con cirrosis hepática.**
MELERO FERRER J.L., ARNAU VIVES M.A., BENLLOCH PEREZ S., BLANES JULIA M., NAVARRO NAVARRO B., BEL MÍNGUEZ A., OSA SÁEZ A., PÉREZ GUILLÉN M., QUESADA CARMONA A., MARTÍNEZ DOLZ L.
Ud. de Endocarditis. Serv. de Cardiol. Hosp. Univ. i Politècnic La Fe.Valencia.

9:19 h. **40. Levosimendan en hospital de día en insuficiencia cardiaca crónica avanzada: experiencia en nuestro centro.**
ARENAS MARTÍN P., SÁNCHEZ LÁZARO I.J., LÓPEZ VILELLA R., HUSILLOS TAMARIT I., BORRÁS C., DONOSO TRENADO V., SANZ SÁNCHEZ J., MARTÍNEZ DOLZ L., ALMENAR BONET L.
Serv. de Cardiol. Hosp. Univ. y Politécnico La Fe. Valencia.

9:26 h. **41. Prótesis aórticas sin sutura. Experiencia inicial con 96 paciente en un mismo centro.**
BERBEL BONILLO A., BLANCO HERRERA O., DOMÍNGUEZ MASSA C., GUEVARA BONILLA A., VÁZQUEZ SÁNCHEZ A., DOÑATE BERTOLÍN L., CANDELA NAVARRO G., BUENO CODOÑER M., BEL MÍNGUEZ A., HEREDIA CAMBRA T., PÉREZ GUILLÉN M., VALERA MARTÍNEZ F.J .,TORREGROSA PUERTA S., MONTERO ARGUDO J.A.
Serv. de Cirugía Cardíaca. Hosp. Univ. i Politècnic La Fe. Valencia.

9:33 h. **42. Efectos del entrenamiento de la musculatura inspiratoria y la electroestimulación muscular funcional en la ICFSp**
DOMÍNGUEZ MAFÉ E., PALAU SAMPÍO P., LÓPEZ BUENO L., RAMÓN FERRANDIS J.M., GONZÁLEZ D´GREGORIO J., HEREDIA CAMBRA R., SANTAS OLMEDA E., BELLVER NAVARRO A., CHORRO GASCÓ F.J., NÚÑEZ VILLOTA J.
Serv. de Cardiol. Hosp. Gral. Univ. de Castellón. Serv. de Cardiol. Hosp. Gral. Univ. Valencia.

9:40 h. **43. Evaluación de la cardiopatía familiar. ¿Es necesaria la creación de nuevas consultas especificas?.**
MATEO RODRIGUEZ I., ZUAZOLA MARTÍNEZ P., FUENTES GARCÍA S., ERDOCIAIN PERALES M., TOCADO UNZALU B., LÓPEZ-VAQUERO C., DE LA GUIA GALIPIENSO F., LÓPEZ ARANDA M.A.
Serv. de Cardiol. Hosp. Marina Baixa, Villajoyosa.

9:47 h. **44. Características de la disección coronaria espontánea.**
PÉREZ-OLIVARES DELGADO C., FAGA V., PÉREZ GOZALBO J., SAURÍ ORTIZ A., ROMERO DORTA E., BERTOLÍN BORONAT J., PÉREZ GIL M.M., ROLDÁN TORRES I., MORA LLABATA V., AGUAR CARRASCO P.
Serv. de Cardiol. Hosp. Doctor Peset. Valencia.

9:54 h. **45. ¿Realmente alcanzamos los niveles de LDL objetivo tras un síndrome coronario agudo en la práctica clínica habitual?**
ERDOCIAÍN PERALES M., LÓPEZ-VAQUERO C., TOCADO UNZALU B., MATEO RODRIGUEZ I., DE LA GUÍA GALIPIENSO F., LÓPEZ ARANDA M., ZUAZOLA MARTINEZ P., CORTÉS NADAL E., GARIJO SAIZ A.
Serv. de Cardiol. Hosp. Marina Baixa. Villajoyosa.

SALA B: HEMODINÁMICA Y CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA (nº 46 al 59).
Moderadores Gema Miñana.
Marta Monteagudo.

8:30 h. **46. Características y factores de riesgo asociados a disfunción severa en enfermedad de TCI y 3v.**
PERNIAS ESCRIG V., CANO VIVAR P., GARCÍA BELENGUER R., DE LARA DELGADO G., NÚÑEZ MARTÍNEZ L., GUEDES RAMALLO P., ROMERO VALERO A., MORILLAS BLASCO P.
Hosp. Gral. Univ. de Elche.

8:37 h. **47. Características angiográficas de pacientes con infarto por resonancia cardiaca y coronarias sin lesiones significativas.**
VICENTE IBARRA N., FELIU REY E., CANO VIVAR P., CARRILLO SÁEZ P., DE LARA DELGADO G., PÉRNIAS ESCRIG V., NÚÑEZ MARTÍNEZ L., GUNTURIZ BELTRÁN C., TAMAYO OBREGÓN A., RUIZ NODAR J.M.
Hosp. Gral. Univ. de Elche.

8:44 h. **48. Estrategias de revascularización preventiva en pacientes mayores de 75 años sometidos a angioplastia primaria JM.**
CUBILLOS ARANGO A., RUMIZ GONZÁLEZ E., BERENGUER JOFRESA A., VILAR HERRERO J.V., SANMIGUEL CERVERA D., PERDOMO D., JIMÉNEZ CRUZ V., ALMELA ALCAIDE P., MORELL CABEDO S.
Serv. Cardiol. Consorcio Hosp. Gral. Univ. de Valencia.

8:51 h. **49. Estudio del remodelado vascular pulmonar con tomografía de coherencia óptica en pacientes con insuficiencia cardiaca.**
CUBILLOS ARANGO A., RUMIZ GONZÁLEZ E., BERENGUER JOFRESA A., VILAR HERRERO J.V., SANMIGUEL CERVERA D., LÓPEZ I., ALMELA ALCAIDE P., MORELL CABEDO S.
Cardiol. Consorcio Hosp. Gral. Univ. de Valencia.

8:58 h. **50. Análisis comparativo de Regadenoson versus Adenosina intracoronaria para la medida de la reserva fraccional de flujo.**
FEDERICO ZARAGOZA P., CASTELLÓ VIGUER T., MARTÍNEZ ORTIZ DE URBINA L., POMAR DOMINGO F., PERIS DOMINGO E.
Serv. Cardiol. Hosp. Univ. La Ribera. Alzira.

9:05 h. **51. Implante valvular aórtico transcatéter (TAVI) vía femoral: experiencia clínica y resultados de nuestro centro.**
CARRILLO ALEMÁN L., CANDELA SÁNCHEZ E., BORDES SISCAR P., SAMPER PÉREZ R., JORDÁN TORRENT A., LLAMAS JUAN P., MESEGUER OLLER J., MAINAR TELLO V.
Cardiol. Hosp. Gral. Univ. de Alicante.

9:12 h. **52. ¿Han mejorado con el tiempo los intervalos de la reperfusión en el "Código Infarto"?**
FEDERICO ZARAGOZA P., POMAR DOMINGO F., MARTÍNEZ ORTIZ DE URBINA L., CASTELLÓ VIGUER T., PERIS DOMINGO E.
Serv. de Cardiol. Hosp. Univ. La Ribera. Alzira.

9:19 h. **53. Papel de la estrategia farmacoinvasiva en la reperfusión del síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST.**
TORMO JUÁREZ J.P., MONTEAGUDO VIANA M., TEJADA PONCE D., PLANAS DEL VIEJO A.M., BAELLO MONGE P., MUÑOZ GINER B., SANCHIS HERRERO A., BELLVER NAVARRO A.
Serv. Cardiol. Hosp. Gral. Univ. Castellón.

9:26 h. **54. Seguridad del cateterismo coronario por acceso radial en pacientes anticoagulados.**
PÉREZ-OLIVARES DELGADO C., ROMERO DORTA E., PÉREZ GOZALBO J., SAURÍ ORTIZ A., BERTOLÍN BORONAT J., PÉREZ GIL M.M., FAGA V., AGUAR CARRASCO P., DOMENECH TORT M.D., ROLDÁN TORRES I.
Cardiol. Hosp. Doctor Peset. Valencia.

9:33 h. **55. Uso del stent conificado BioMime de 60mm de longitud en lesiones coronarias largas: experiencia inicial.**
VALERO PICHER E., CONSUEGRA SÁNCHEZ L., MIÑANA ESCRIVÁ G., GARCÍA BLAS S., HEREDIA CAMBRA R., GONZÁLEZ D'GREGORIO J., RODRÍGUEZ GALLEGO J.C., MOYANO NAVALÓN P., SANCHIS FORÉS J., NÚÑEZ VILLOTA J.
Serv. de Cardiol. Hosp. Clín. Univ. Valencia.

9:40 h. **56. Resultados tras revascularizacion percutanea de la enfermedad de tronco coronario izquierdo.**
MARTÍNEZ ORTIZ DE URBINA L., CASTELLÓ VIGUER T., FEDERICO ZARAGOZA P., POMAR DOMINGO F., BALAGUER MALFAGÓN J.R., HERAS HERREROS S., GUDIN URIEL M., PERIS DOMINGO E., COLOMER MARTÍ J.L.
Serv. Cardiol. Hosp. La Ribera. Alzira.

9:47 h. **57. Cierre transapical de fugas periprotésicas mitrales. Experiencia inicial en un quirófano híbrido.**
RODRÍGUEZ PICHARDO Y., DÍEZ GIL J.L., HEREDIA CAMBRA T., ANDRÉS LALAGUNA L., PÉREZ GUILLEN M., SANZ SÁNCHEZ J., FERRÉ VALLVERDÚ M., TEN MORRO F., SÁNCHEZ LACUESTA E., MONTERO ARGUDO J.A.
Ud. de Hemodinámica. Serv. Cardiol. Serv. Cirugía Cardiaca. Hosp. Univ. y Politécnico La Fe. Valencia.

9:54 h. **58. Cierre percutáneo de la orejuela en pacientes con fibrilación auricular y contraindicación para anticoagulación oral.**
CARRILLO ALEMÁN L., CANDELA SÁNCHEZ E., IBAÑEZ CRIADO J.L., MACÍAS VILLANEGO M., VICEDO LÓPEZ A., GUZMAN ROMÁN M.E., HORTELANO MOYA I., VILLAMÍA MORA B., CLIMENT PAYA V., RUIZ NODAR J.M.
Cardiol., Hosp. Gral. Univ. de Alicante.

10:00 h. **59. Nuestra experiencia inicial en Levitronix, 20 casos.**
BLANCO HERRERA O.R., TORREGROSA PUERTAS S., BERBEL BONILLO A., DOMINGUEZ MASSA C., GUEVARA BONILLA A., DOÑATE BERTOLIN L., VALERA MARTINEZ F.J., PÉREZ GUILLEN M., HEREDIA CAMBRA T., MONTERO ARGUDO J.A.
Serv. Cirugía Cardiovascular. Hosp. La Fe. Valencia.

SALA C: ECOCARDIOGRAFÍA (nº 60 al 73).
Moderadores: Candela Rodríguez.
Marga Gudín.

8:30 h. **60. La insuficiencia mitral funcional predice eventos adversos a corto plazo en insuficiencia cardíaca aguda y FEVI reducida.**
DE LA ESPRIELLA-JUAN R., SANTAS E., MIÑANA G., BODÍ V., MOLLAR .A, VALERO E., PAYÁ A., CHORRO F., SANCHÍS J., NÚÑEZ J.
Hosp. Clín. Univ. La Fe. Valencia.

8:37 h. **61. Comparación del efecto vasodilatador de Adenosina, Dipiridamol y Regadenosón en la cardiorresonancia de estrés.**
GARCÍA GONZÁLEZ P., MONMENEU MENADAS J.V., LÓPEZ LEREU P., MACEIRA GONZÁLEZ A.M.
Ud. de Imagen Cardíaca. ERESA. Hosp. Gral. de Valencia.

8:44 h. **62. Hipertensión pulmonar estimada por ecocardiografía y carga de hospitalizaciones recurrentes en pacientes con IC aguda.**
GONZÁLEZ D´GREGORIO J., SANTAS OLMEDA E., DE LA ESPRIELLA JUAN R., VALERO PICHER E., AMIGUET COMINS M., VILLAR CONEJOS S., HEREDIA CAMBRA R., CARDELLS BELTRÁN I., PAYÁ CHAUME A., NUÑEZ VILLOTA J.
Serv. de Cardiol. Hosp. Clín. Univ. Valencia.

8:51 h. **63. La torsión ventricular se encarga de conservar la función del ventrículo izquierdo en la amiloidosis.**
PÉREZ-GIL M.M., MORA V., BERTOLÍN J., PÉREZ-GOZALBO J., SAURÍ A., ROMERO E., AGUAR P., ROMERO J.E., NUÑEZ C., ROLDÁN I.
Serv. de Cardiol. Hosp. Dr. Peset. Valencia.

8:58 h. **64. Impacto de la valvulopatia aortica estudiado mediante un modelo de dinamica computacional de fluidos.**
IGUAL B., CUADRA D., MACEIRA-GONZÁLEZ A., SANTABÁRBARA-GÓMEZ JM., SÁNCHEZ R.,VALERA-MARTÍNEZ F.J., VÁZQUEZ-SÁNCHEZ A., MONTERO A.
Centro Médico ERESA, Hosp. Univ. La Fe de Valencia. Análisis DSC. Madrid.

9:05 h **65. Efecto de la obesidad sobre el strain longitudinal del ventrículo izquierdo con ecocardiografía 2D speckle-tracking.**
ROMERO E., MORA V., MORILLAS C., BERTOLÍN J., PÉREZ J., PÉREZ-OLIVARES C., SAURÍ A., FAGA V., PÉREZ M.M., ROLDÁN I.
Serv. de Cardiol. Hosp. Dr Peset. Valencia

9:12 h. **66. Valor del doppler transcraneal en el diagnóstico del foramen ovale permeable.**
VALLS GRIMA F., LÓPEZ FORNÁS F., ALMELA HIJALVA M., GÓMEZ-ALDARAVÍ GUTIÉRREZ R.
Serv. de Cardiol. Hosp. Nueve de Octubre, Valencia.

9:19 h. **67. Factores predictores de daño miocárdico en el infarto agudo de miocardio valorado por resonancia magnética cardiaca.**
FERRÉ VALLVERDÚ M., IGUAL MUÑOZ B., SÁNCHEZ LACUESTA E., MACEIRA A., RIVERA M., SEPÚLVEDA P., DÍEZ GIL J.L., MARTÍNEZ DOLZ L.
Serv. de Cardiol. Hospital La Fe. Centro médico ERESA. Valencia.

9:26 h. **68. Correspondencia de la deformación postsistólica con la contracción de la porción ascendente de la banda miocárdica.**
BERTOLÍN J., MORA V., ROMERO E., SAURÍ A., PÉREZ-OLIVARES C., CABADÉS C., FERRANDO J., SALIM M., BIANCHI C., ROLDÁN I.
Serv. de Cardiol. Hosp. Dr. Peset. Valencia.

9:33 h. **69. Secuencia de la deformación tardía segmentaria del ventrículo izquierdo y relación con la banda miocárdica.**
SAURÍ A., MORA V., FAGA V., PÉREZ-GOZALBO J., BERTOLÍN J., ROMERO E., AGUAR P., FERRANDO J., DOMENECH M.D., ROLDÁN I.
Serv. de Cardiol. Hosp. Dr. Peset. Valencia.

9:40 h. **70. ¿Giro o torsión en la evaluación de la mecánica rotacional del ventrículo izquierdo?**
FAGA V., MORA V., PÉREZ-GIL M.M., PÉREZ-OLIVARES C., SALIM M., SAURÍ A., CABADÉS C., ROMERO J.E., MARTÍNEZ-RUIZ A., ROLDÁN I.
Serv. de Cardiol. Hosp. Dr. Peset. Valencia.

9:47 h. **71. Utilidad de la resonancia magnética para predecir eventos en pacientes con estenosis aórtica.**
IGUAL MUÑOZ B., SÁNCHEZ VÁZQUEZ A., MIRÓ PALAU V., MACEIRA GONZÁLEZ A., BLANCO HERRERA Ó., TEN MORRO F., DIEZ GIL J.L., MARTÍNEZ DOLZ L., MONTERO ARGUDO A.
Centro Médico ERESA, Hosp. Univ. La Fe, Valencia

9:54 h. **72. Utilidad de la evaluación del patrón de flujo en aorta descendente para predecir la intervención en coartación aórtica.**
IGUAL MUÑOZ B., DOMINGO VALERO D., MACEIRA GONZALEZ A., ESTORNELL ERILL J., VALERA MARTÍNEZ F.J., RUEDA SORIANO J,, CARRASCO MORENO J.I., SEPÚLVEDA SÁNCHEZ P., MONTERO ARGUDO A.
ERESA. Hosp. Univ. i Politécnic La Fe. Valencia.

10:00 h. **73. Correlación de las medidas del anillo aórtico mediante ecocardiografía transesofágica y tomografía computarizada.**
PÉREZ ROSELLÓ V., DONOSO TRENADO V., ARENAS MARTIN P., EZZITOUNY M., OSA SÁEZ A., QUESADA CARMONA A., AGÜERO RAMÓN-LLIN J., TEN MORRO F., SANCHEZ LACUESTA E., MARTÍNEZ DOLZ, L.
Serv. de Cardiología. Hosp. Univ. y Politécnico La Fe. Valencia.

SALA D: **CARDIOLOGÍA CLÍNICA (Nº 74 al 85).**
Moderadores: Silvia Ventura.
Ernest Orts.

8:30 h. **74. Control de la anticoagulación y mortalidad en pacientes con insuficiencia cardíaca aguda.**
PAYÁ CHAUME A., HEREDIA CAMBRA R., SANTAS OLMEDA E., MIÑANA ESCRIVÁ G., ESCRIBANO ALARCÓN D., CARDELLS BELTRÁN I., GONZÁLEZ D´GREGORIO J., SANCHIS FORÉS J., CHORRO GASCÓ F.J., NÚÑEZ VILLOTA J.
Hosp. Clín. Univ. Valencia.

8:37 h. **75. Análisis de comorbilidades y supervivencia libre de eventos cardiovasculares en pacientes con Tetralogía de Fallot.**
FERNÁNDEZ PORTILLA T., MELERO FERRER J.L., PLAZA LÓPEZ D., FERRÉ VALLVERDÚ M., JIMÉNEZ AGUILELLA J.J., PÉREZ ROSELLÓ V., EZZITHOUNY M., OSA SÁEZ A., MARTÍNEZ DOLZ L., RUEDA SORIANO J.
Serv. Cardiología. Hosp. Univ. i Politècnic La Fe. Valencia.

8:44 h. **76. Complicaciones según el tipo de tratamiento anticoagulante instaurado en paciente con fibrilación auricular no valvular.**
SERRATS R., MORA .V, DUBOIS D., MIRA S., MORENO V., TORRES M.J., HERMIDA H., MORENO M., CALLIZO R., ROLDÁN I. REPRESENTACIÓN DEL ESTUDIO AFINVA.
Serv. de Cardiol. Hosp. Dr. Peset. Valencia.

8:51h. **77. Niveles de neprilisina sérica y reingresos en pacientes ambulatorios con insuficiencia cardiaca**
GONZÁLEZ D.J, HEREDIA C.R., PAYÁ C.A., CARDELLS B.I., MOLLAR A., VILLAESCUSA A., SASTRE C., MIÑANA E.G., SANTAS O.E., NUÑEZ V.J.
Serv. Cardiol. Hosp. Clín. Univ. de Valencia.

8:58 h. **78. Antiandrogenos e hipertrofia ventricular izquierda.**
NÚÑEZ MARTÍNEZ L., ROMERO VALERO A., GUEDES RAMALLO P., PERNIAS ESCRIG V., DE LARA DELGADO G., VICENTE IBARRA N., AHUMADA VIDAL M., MORILLAS BLASCO P.
Serv. de Cardiología. Hosp. Gral. Univ. Elche,

9:05 h. **79. Pronóstico y tratamiento de los pacientes con infarto por resonáncia cardica y lesiones coronarias =50%.**
VICENTE IBARRA N., FELIU REY E., CANO VIVAR P., CARRILLO SÁEZ P., DE LARA DELGADO G., PÉRNIAS ESCRIG V., NÚÑEZ MARTÍNEZ L., GUNTURIZ BELTRÁN C., GALCERA JOURNET E., RUIZ NODAR J.M.
Hosp. Gral. Univ. de Elche.

9:12 h. **80. Cardiotoxicidad por antraciclinas. Desarrollo de un modelo predictivo con miRNAs. Estudio HECATOS.**
HERNÁNDIZ MARTÍNEZ A., MIRÓ PALAU V., MELERO J.L., SALVADOR COLOMA C., SANTABALLA BERTRAN A., RUIZ SIMÓN A., SALVADOR SANZ A., TEJEDOR GASCÓN S., SEPÚLVEDA SANCHIS P.
Fundación para la Invest. del Hosp. Univ. y Politécnico La Fe. Instituto Valenciano de Oncología. Valencia.

9:19 h. **81. Correlación de Galectina-3 y STD2/IL4 con la velocidad media de la arteria pulmonar como predictores pronósticos en IC.**
TREJO VELASCO B., FABREGAT ANDRÉS O., GARCÍA GONZÁLEZ P., FERRANDO BELTRÁN M., PERDOMO LONDOÑO D., ALBIACH MONTAÑANA C., ESPRIELLA JUAN R., SÁNCHEZ ÁLVAREZ S., CÁRDENAS TEALDO J.P., MORELL CABEDO S., RIDOCCI SORIANO F.
Serv. Cardiol. Hosp. Gral. Univ. Valencia.

9:26 h. **82. Riesgo de mortalidad en insuficiencia cardiaca con fracción de eyección de rango medio tras ingreso por descompensación.**
CARDELLS I., PAYÁ A., HEREDIA R., GARCÍA J., ESCRIBANO D., SANTASE., MIÑANA G., VALERO E., GARCÍA BLAS S., CHORRO F.J., NÚÑEZ J.
Serv. de Cardiol., Hosp. Clín. Univ. Valencia.

9:33 h. **83. Experiencia en el tratamiento quirúrgico de la miocardiopatía hipertrófica obstructiva**
DOMÍNGUEZ MASSA C., HEREDIA CAMBRA T., BERBEL BONILLO A., BLANCO HERRERA O.R., GUEVARA BONILLA A., MONTERO ARGUDO J.A.
Serv. de Cirugía Cardiovascular. Hosp. Univ. y Politécnico La Fe. Valencia.

9:40 h. **84. Perfil clínico del uso de anticoagulantes directos en la consulta de cardiología y análisis de su eficacia y seguridad.**
FERRANDO BELTRÁN M., ALBIACH MONTAÑANA C., DE LA ESPRIELLA JUAN R., TREJO VELASCO B., FERNÁNDEZ DÍAZ C., PERDOMO D., SÁNCHEZ ÁLVAREZ S., CÁRDENAS J.P., VAÑÓ BODÍ J., FABREGAT ANDRÉS O.
Serv. de Cardiol. Hosp. Gral. Univ. Valencia.

9:47 h. **85. Caracterización anatomopatológica de la muerte súbita por miocardiopatía arritmogénica**
SANZ SÁNCHEZ J., SUÁREZ-MIER M.P., DOMINGO VALERO D., AGUILERA-TAPIA B., MARÍ ALEXANDRE J., MOLINA AGUILAR P., PASTOR QUIRANTE F.A.,GIMENO BLANES J.R., MARTÍNEZ-DOLZ L., ZORIO GRIMA E.
Serv. de Cardiol. Hosp. Univ. y Politécnico La Fe. Valencia.

10:00 a 11:15 h. **SALA A:** **ÚLTIMAS NOVEDADES Y ASPECTOS CONTROVERTIDOS EN EL MANEJO DE LOS FACTORES DE RIESGO: EL EXPERTO RESPONDE.**
(Patrocinado por AMGEN, SANOFI y BOEHRINGER).
Moderadores: Pedro Morillas. Hospital de Elche.
Juan Cosín. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia.
Ponentes: Alberto Cordero. Hospital San Juan de Alicante.
Carlos Morillas. Hospital Dr. Peset. Valencia.

11:15 a 11:45 h. **CAFÉ.**

11:45 a 12:45 h. **SALA A:** **MESA REDONDA: ACTUALIZACIÓN EN EL TRATAMIENTO DE LA PATOLOGÍA AÓRTICA: NUEVAS PERSPECTIVAS.**
(Patrocinado por EDWARDS).
Moderadores: Anastasio Montero. Hospital Universitario y Politécnico la Fe. Valencia.
Rafael Payá. Hospital General Universitario. Valencia
Ponentes: ***Luces y sombras en la estenosis aórtica: Visión del Cardiólogo Clínico.***
Miguel Ángel Arnau. Hospital Universitario y Politécnico la Fe. Valencia.
Tratamiento transfemoral de la Estenósis Aórtica Severa: Indicaciones y resultados.
Vicente Mainar. (Hospital General Universitario de Alicante).
Tratamiento quirúrgico de la estenosis Aórtica: un gold standard en la encrucijada.
Fernando Hornero. (Hospital General Universitario. Valencia).

13:00 a 14:00 h. SALA A: **CONTROVERSIA: ENFERMEDAD MULTIVASO EN EL STEMI. REVASCULARIZACIÓN COMPLETA O GUIADA POR ISQUEMIA ¿CUÁNDO ES EL MOMENTO ÓPTIMO? (Patrocinado por BIOSENSORS INTERNACIONAL y BIOTRONIK).**

Moderadores: Araceli Frutos. Hospital San Juan de Alicante.
Enrique Peris. Hospital de Alzira.

Ponentes: Ana Planas. Hospital General de Castellón.
Eva Rumiz. Hospital General Universitario. Valencia.

10:00 a 14:00 h. SALA B: **MESA REDONDA DE ENFERMERÍA.**

10:00 a 10:30 h. SALA B: **Recepción de diapositivas por el Secretario de la Sección.**

10:30 a 11:30 h. SALA B: **NUEVOS RETOS DE LA ENFERMERÍA EN EL ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA.**

Moderadores: Rafael Andrés Soler Carbó. Hospital Universitario Dr. Peset de Valencia.
Mª Carmen Martínez Muñoz. Hospital General Universitari de Castelló.

Ponentes: ***Unidad de Insuficiencia Cardíaca coordinada por enfermería.***
Rosa Fonfría Vivas .Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.
Monitorización remota de los pacientes con I.C.
Isabel Lillo Ródenas. Hospital General Universitario de Alicante.
Papel de enfermería en casos complejos de cardiopatía estructural.Cierre de Leak Periprotésico Mitral.
Rafael Calvo Vidal.Hospital Universitario de la Ribera. Valencia.

12:00 a 13:00 h. SALA B: **COMUNICACIONES LIBRES DE ENFERMERIA**

Moderadoras: Laura Beneito Armengot.
Rosa Fonfría Vivas.
Isabel Lillo Ródenas.

12:00 h. **1E. Cierre de fistula coronaria de descendente anterior a arteria pulmonar.**
VILLALBA LIZANDRA N., ROMERO ESCRIG M., SHAMI YUSTE N., HERNÁNDEZ MARTÍNEZ C., PELLICER SIMÓN M., BELENGUER RICARTE N., VILAR BIANCHI C.
Serv. de Hemodinámica adultos, Hosp. Univ. y Politécnico La Fe. Valencia.

12:10 h. **2E. Eventos detectados en dispositivos de estimulación cardiaca en seguimiento remoto antes de la primera visita presencial**
MORENO BLANCO V., PIMENTA FERMISSON-RAMOS P., FERRER PARDO C., DONOSO TRENADO V., PÉREZ ROSELLÓ V., ALONSO FERNÁNDEZ P., ANDRÉS LAHUERTA A., SANCHO-TELLO DE CARRANZA M.J.
Serv.de Cardiol. Ud. de Arritmias. Hosp. Univ. La Fe. Valencia.

12:20 h. **3E. Colocación de termómetro esofágico dormido o despierto.**
GARCÍA ORTS A., REINA DE LA TORRE S., PIMENTA FERMISSON-RAMOS P., DIAZ CAMBRONERO J.I., JIMÉNEZ CORDERO S.
Ud. de Arritmias. Hosp. Univ. y Politécnico La Fe. Valencia.

12:30 h. **4E. Papel de la monitorización domiciliaria en la detección precoz de baja estimulación en resincronización**
AROCA FERNÁNDEZ L., HERAS HERREROS S., BALAGUER MALFAGÓN J.R., GURREA RAMÓN F.M., JORNET IBIZA D., BOLUFER VIDAL A., PERIS DOMINGO E.

12:40 h. **5E. La hendidura del lóbulo de la oreja y eventos adversos casrdiovasculares.**
GÓMEZ C., BELLA R., ALONSO V., MARTÍN J., BELLIDO J.R., TOMÁS G., MIÑANA G., CARDELLS I., SANCHÍS J., NÚÑEZ, J.
Serv de Cardiología y Dermatología, Hosp Clínico, Valencia.

13:00 a 14:00 h. **REUNIÓN ADMINISTRATIVA DE LA SECCIÓN DE ENFERMERÍA**

14:15 a 15:30 h. SALA A: **LUNCH BAG**
RETOS EN CARDIOLOGÍA DEPORTIVA: ELECTROCARDIOGRAMA Y ARRITMIAS EN EL DEPORTISTA.
Moderadores: Rafael Raso. Hospital Virgen de los Lirios de Alcoy.
María Dolores Masiá. IMED Benidorm.
Ponentes: ***Electrocardiograma del deportista.***
Óscar Fabregat. IMED Valencia. Villareal FC.
Fibrilación auricular en deportistas.
Araceli Boraita. Agencia Española de Protección de la Salud en el Deporte.
Arritmias ventriculares en deportistas.
Juan Miguel Sánchez. Hospital General de Castellón.

16:00 a 17:00 h. SALA A: **CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS.**
Moderadores: Carlos Chamorro. (Hospital Virgen de los Lirios de Alcoy).
Víctor J. Girbés. (Hospital de Játiva).
Vicente Mora Llabata (Hospital Dr. Peset de Valencia)

17:00 a 18:00 h. SALA A: **PROLONGACIÓN DE LA DOBLE ANTIGREGACIÓN MÁS ALLÁ DE 1 AÑO: A QUIÉN, CUÁNDO, CÓMO.**
Moderadores: Jorge Ruvira. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia.
Luis Martínez-Dolz. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.
Ponentes: ***A favor.***
Juan Sanchis. Hospital Clínico Universitario de Valencia.
En contra.
Vicente Arrarte. Hospital General Universitario de Alicante.

18:00 a 18:30 h. SALA A: **PRESENTACIÓN DE ARTíCULOS PUBLICADOS EN EL ÚLTIMO AÑO.**
Moderador: Enrique Peris. Hospital de Alzira.

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

PROGRAMA SOCIAL

JUEVES	**11-05-17**	11’15 - 11’30 h.	**ACTO INAUGURAL EN SALA A**
VIERNES	**12-05-17**	22’00 h.	**CENA DE CLAUSURA Y ENTREGA DE PREMIOS HOTEL LUZ CASTELLÓN**

REUNIONES ADMINISTRATIVAS DE LAS SECCIONES CIENTÍFICAS Y GRUPOS DE TRABAJO

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

CONVOCATORIA PARA LA ASAMBLEA GENERAL ORDINARIA AÑO 2017

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 **12** de Mayo próximo, Viernes, en la **sala "A" del Hotel Luz de Castellón,** sede del **XXXIV 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. **XXXIV 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 XXXIV 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 BIOTRONIK	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 FERRER	750 EUROS	A la mejor comunicación sobre Hemodinámica y Cardiología Intervencionista.
PREMIO SVC	750 EUROS	A la mejor comunicación sobre Epidemiología,HTA y otros Factores de Riesgo.
PREMIO SVC	750 EUROS	A la mejor comunicación sobre Cardiología Experimental e. Investigación Básica.
PREMIO EXCMO. AYTO. CASTELLÓN	500 EUROS	A la mejor comunicación sobre Enfermería.

BASES PREMIOS XXXIV 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 11 (16:00 - 17:00 h.)
SALA A **CARDIOPATÍA ISQUÉMICA Y CARDIOLOGÍA CLÍNICA**

1. **Impacto de la anemia en la selección de los antiagregantes plaquetarios y en el pronóstico del síndrome coronario agudo.**
   VICENTE IBARRA N., MARÍN ORTUÑO F., PERNÍAS ESCRIGA V., NÚÑEZ MARTÍNEZ L., SANDÍN ROLLÁN M., MACÍAS VILLANEGO M.J., GUZMÁN ROMÁN M.E., LOZANO PALENCIA T., ORENES PIÑERO E., RUIZ-NODAR J.M.
   Serv. de Cardiol. Hosp. Gral. Univ. de Elche, Hosp. Gral. Univ. de Alicante, Hosp. Clín. Univ. Virgen de la Arrixaca. Murcia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:
Los avances en el tratamiento antiagregante y el manejo más invasivo han mejorado el pronóstico en el contexto del síndrome coronario agudo (SCA) pero se asocian a un incremento en los eventos hemorrágicos. Hasta ahora no existen datos sobre el uso de los nuevo antiagregantes plaquetarios (NAG) en población anémica con SCA ni conocemos su influencia pronóstica.
MÉTODO:
Registro actual, prospectivo y multicéntrico de 1.717 pacientes con diagnóstico de SCA. Se analizó la influencia de la anemia en el tratamiento antiagregante al alta y los eventos hemorrágicos e isquémicos al año de seguimiento.
RESULTADOS:
De 1.717 pacientes, 445 (25.9%) presentaban anemia. Los pacientes con anemia tenían más edad y mayor prevalencia de factores de riesgo cardiovascular. Se realizaron menos cateterismos (84%vs.94%;p<0,001) y se usaron menos NAG (18,9vs.41,6; p<0,001). Los pacientes anémicos presentaron en el seguimiento más eventos isquémicos (15,5%vs.8,4%; p<0,001) y hemorrágicos (4,8%vs.1,6%;p=0,029). La población anémica fue tratada mayoritariamente con clopidogrel (71,5%). No hubo diferencias significativas en los anémicos tratados con clopidogrel vs NAG ni en eventos isquémicos (15,8% vs 10,8%; p=0,277) ni hemorrágicos (5,3% vs 3,7%; p=0,552), presentando el grupo de clopidogrel mayor mortalidad (16,3% vs 7,2%; p 0,043).
CONCLUSIONES:
Los pacientes con anemia en el SCA reciben un menor uso de estrategias invasivas y de fármacos recomendados. Presentan además un peor pronóstico isquémico y hemorrágico a medio plazo. Los pacientes anémicos que fueron tratados con NAG al alta tuvieron una menor mortalidad, sin encontrar diferencias en cuanto a la incidencia de eventos hemorrágicos mayores al año que los pacientes tratados con clopidogrel

2. **Recuento linfocitario relativo como marcador de fragilidad en pacientes con síndrome coronario agudo.**
   GONZALEZ D´GREGORIO J., RUIZ ROS V., BONANAD LOZANO C., VALERO PICHER E., SASTRE C., RUESCAS A., MOLLAR A., GARCÍA-BLAS S., MIÑANA ESCRIVÁ G., CARRATALÁ A,. NUÑEZ VILLOTA J., SANCHIS FORÉS J.
   Serv. de Cardiol. Hosp. Clín. Univ. de Valencia.a.

INTRODUCCIÓN:
La evidencia clínica disponible sugiere que la combinación de inflamación y inmunosenescencia juegan un papel fisiopatológico clave en los síndromes de fragilidad. Un conteo linfocitario bajo, podría ser útil identificando pacientes frágiles. En el presente trabajo se evalúa la asociación entre un conteo linfocitario bajo y fragilidad en pacientes de edad avanzada con síndrome coronario agudo (SCA).
MÉTODOS:
Se realizó un registro prospectivo, donde se incluyeron 341 pacientes mayores de 65 años, que ingresaron por SCA. Previo al alta, se realizó conteo de leucocitos total y diferencial, así como de otros marcadores potencialmente asociados a fragilidad. La fragilidad también fue estudiada previa al alta mediante el score de Fried, fué definida con un puntaje =3. La asociación independiente entre el conteo linfocitario relativo y fragilidad fué evaluado mediante un regresión logística multivariable.
RESULTADOS:
La edad media fue de 77,5±7,1 años y la mediana (rango intercuatil) de linfocitos relativos fue 20.5% (13,5-26,8). Un total de 116 pacientes (34%) eran frágiles de acuerdo los criterios establecidos. Los pacientes frágiles presentaron una media mas baja de linfocitos relativos (17,1% vs 22,0% p< 0,001) En el análisis multivariable, el conteo relativo de linfocitos estuvo inversamente relacionado con el OR de fragilidad (p: 0,003). Esta asociación fué proyectada exponencialmente con unincremento del riesgo de hasta 10%. Otros predicadores independientes de fragilidad fueron edad >75 años, sexo femenino, cardiopatía isquémica previa, ingresos por IC, hemoglobina <12,5 vitamina D <9ng/ml y cistatina C=1,2mg/L.
CONCLUSIONES:
En pacientes de edad avanzada con un SCA reciente, el conteo linfocitario bajo emerje como un biomarcador ampliamente disponible útil para identificar los pacientes frágiles.

3. **Posibles causas embolígenas cardiacas en los pacientes con infarto y coronarias sin lesiones significativas.**
   VICENTE IBARRA N., FELIU REY E., CANO VIVAR P., CARRILLO SÁEZ P., DE LARA DELGADO G., PERNIAS ESCRIG V., NÚÑEZ MARTÍNEZ L., GUNTURIZ BELTRÁN C., TAMAYO OBREGÓN A., RUIZ NODAR J.M.
   Hosp. Gral. Univ. de Elche..

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO:
El mecanismo fisiopatológico del infarto de miocardio (IM) y lesiones coronarias no significativas (LCNS) no es bien conocido. Se han postulado diferentes causas entre ellas la tromboembólica. El objetivo de este estudio es conocer la presencia de potenciales fuentes embolígenas en los pacientes con IM en la Resonancia Magnética Cardiaca (RMC) y LCNS.
MÉTODO:
Registro retrospectivo y multicéntrico que incluye a 120 pacientes con diagnóstico de IM por RMC y lesiones coronarias =50% desde enero del 2008 a junio del 2016 en la provincia de Alicante. Se valoró la presencia de fibrilación auricular (FA) y/o flutter auricular (FU) en este contexto. Mediante análisis de regresión logística se analizó su relación con los eventos cardiovasculares definidos como la presencia de muerte, IAM no faltal, accidente cerebrovascular o reingreso por causa cardiaca.
RESULTADOS:
De los 120 pacientes incluidos la mayoría fueron hombres (64,2%), con edad media de 58,83±13,52 años. El 15% estaban anticoagulados previamente. En 11(9,2%) pacientes se objetivó trombos intraventriculares. En cuanto a la presencia de FA y/o FU, 17(14,2%) pacientes presentaban antecedentes previos al ingreso, a 12(10%) pacientes se les diagnosticó durante el ingreso y a 8(6,7%) pacientes durante el seguimiento con una media del mismo de 3,3±2,3 años. La prevalencia de los eventos cardiovasculares en el seguimiento en los pacientes con FAy/o FU con IM y coronarias sin lesiones fue de 1,9 veces mayor que en los que no tienen arritmias supraventriculares (1.9 IC95% de 1.2 a 3). En los pacientes con FAy/o FU la odds de eventos cardiacos fue de 3,02 (IC95% 1,34 a 6,76; p= 0,007) con respecto a los que no presentaban arritmias.
CONCLUSIONES:
Uno de cada tres pacientes con infarto en RMC y lesiones coronarias =50% presentan FA y/o FU.

4. **La mujer en el SCACEST. Resultados en vida real.**
   SANCHIS HERRERO A., TEJADA PONCE D., MONTEAGUDO VIANA M., BAELLO MONGE P., PLANAS DEL VIEJO A.M., GINER MUÑOZ B., TORMO JUÁREZ J.P., BELLVER NAVARRO A.
   Serv. Cardiol. Hosp. Gral. Univ. de Castellón.a.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO:
Se ha comprobado que el sexo femenino se asocia a un peor pronóstico y un mayor retraso en el diagnóstico y en el manejo dentro de la red asistencial. Nuestro objetivo es comprobar la situación, pronóstico y manejo de la Mujer con SCACEST.
MATERIAL Y MÉTODOS:
Análisis estadístico retrospectivo de nuestra base de datos del Código Infarto durante 23 meses del plan asistencial.
RESULTADOS:
576 pacientes, 24,5% mujeres (M). La edad media de la M era de 68.6 vs 62.6 en los hombres (H)p<0.01. No hubo diferencias en HTA o DL. La prevalencia de DM en la M fue menor que en los H (49,2 vs 64%, no sig). El tabaquismo activo fue menor en la M (55.2vs70.3 %, p 0.029) El porcentaje de falsos positivos tendía a ser mayor en la M (20vs15.7%, no sig). No hubo diferencias en el modo de contacto, siendo extrahospitalario (SAMU)en la M en el 29.9 vs 28% del H. Respecto al análisis de tiempos, el primer contacto médico era 20' mayor en la M (162' vs 142', no sig). El retraso en el diagnóstico fue mayor en la M: 85' vs 75' (no sig) Sin diferencias en el transporte ni procedimiento. Sin embargo, el tiempo de isquemia total fue mayor en la M: 283 vs 208' (p 0.05). En cuanto al acceso, la radial se utilizó en el 88,7% de las M (H 92,6%p 0,09). La estrategia farmacoinvasiva se utilizó menos en la M (20vs31%, p 0.007)
El pronóstico y la mortalidad a 30 días fue mayor en la M: 6,4 vs 5.3% (no sig), aumentando al año: 9 vs 6,7% (no sig).
CONCLUSIONES:
La mujer con SCACEST presenta un peor pronóstico a 30 días y a un año. Ésto podría explicarse por factores intrínsecos a las pacientes: la edad ha sido el principal predictor de mortalidad, siendo la M significativamente mayor. También existen diferencias en el manejo dentro de la red asistencial que contribuyen. Todo ello provoca que el tiempo de isquemia total sea 60' peor en la M.

5. Seguridad de switch de clopidogrel a otros antiagregantes.

FERNÁNDEZ DÍAZ C., VALLS SERRAL A., BERENGUER JOFRESA A., BELCHÍ NAVARRO J., RUMIZ GONZÁLEZ E., TREJO VELASCO B., SÁNCHEZ ÁLVAREZ S., VAÑÓ BODÍ J., PAYÁ SERRANO R., MORELL CABEDO S.
Serv. Cardiol. Consorcio Hosp. Gral. Univ. Valencia

OBJETIVOS:
Las guías de Síndrome Coronario Agudo (SCA) recomiendan como tratamiento inicial aspirina asociada a prasugrel o ticagrelor. Nuestro objetivo es evaluar la seguridad del switch del clopidogrel estos antiagregantes.
MÉTODOS:
Se evalúan los pacientes ingresados con diagnostico de SCA del 1/1/2014 al 31/3/2016 en Unidad coronaria de un Hospital Terciario de nuestro medio. Registramos tratamientos administrados al ingreso o previo al mismo y la realización de switch, así como la seguridad en el ingreso y durante el seguimiento, con una mediana de seguimiento de 213 días.
RESULTADOS:
Se analizaron un total de 572 pacientes, de los cuales 418 (73,1%) eran hombres y 154 (26,9%) mujeres, con edad media de 67±13,38 años. De ellos, el 41,4% presentaban SCASEST, y 58,6%SCACEST.Se realizó cambio de clopidogrel a ticagrelor en 22 pacientes y de clopidogrel a prasugrel en 20 pacientes. Los motivos fueron el riesgo isquémico elevado en un total de 31 pacientes (73,8%) y las lesiones coronarias de alto riesgo en 11 pacientes (26,2%). En ellos la media de descenso de hemoglobina en el ingreso fue de 0,92±0,92 mg/dL, encontrando en 3 pacientes (7,14%) un descenso mayor de 2 mg/dl siendo el máximo 3,10mg/dl.Durante la hospitalización no se registró ningún evento isquémico ni éxitus en estos pacientes, ni presentaron ningún sangrado mayor, aunque sí se produjo un sangrado menor en 1 paciente, que no requirió transfusión.Se realizó un seguimiento clínico posterior al alta, con una mediana de 213 días, durante el cual 3 pacientes presentaron un reinfarto y 3 pacientes un sangrado menor. Ningún paciente precisó transfusión. No hubo ningún exitus.
CONCLUSIONES:
El cambio de clopidogrel a prasugrel o ticagrelor durante el ingreso hospitalario se puede realizar de forma segura, presentando una baja incidencia de sangrados.

6. Utilidad del estudio genético en la miocardiopatía hipertrófica.

MARTÍN PASTOR J., SIMÓN GARCIA V., ORTIZ MARTINEZ V., SALVADOR MERCADER I., BERTOLIN GUILLEN V., CASABAN ROS E.
Hosp. de Sagunto. Valencia.

La miocardiopatía hipertrófica (MCH) es una enfermedad genética que se caracteriza por el aumento del espesor de las paredes del músculo cardíaco sin causa aparente. En la mayoría de los casos, la MCH se hereda como un rasgo genético autosómico dominante con un 50% de riesgo de transmisión a la descendencia. Un diagnóstico precoz es importante ya que se asocia a un riesgo incrementado de muerte súbita y otras complicaciones cardiovasculares, pero esta limitado por la expresión fenotípica de esta enfermedad
OBJETIVO:
Valorar el estudio genético como método diagnóstico en familiares con MCH y evaluar su eficacia respecto al cribado tradicional .
MÉTODOS:
Se analizaron 40 familiares directos a partir de los casos índice. Se realizó de forma consecutiva previo consentimiento informado, el estudio genético a los familiares directos de paciente con MCH y estudio genético positivo.
RESULTADOS:
Los casos negativos “fueron dados de alta”; los casos positivos fueron estudiados clínicamente realizando pruebas de ECG, ecocardiografía y RM si precisa. Si mostraban fenotipo positivo se inicia el tratamiento, control especifico y evaluación del riesgo clínico; y si no lo mostraban se remitía a consulta clínica en un plazo razonable para seguimiento.
CONCLUSIONES:
El estudio genético de de gran utilidad en el diagnostico precoz y en el seguimiento de los familiares con MCH con clara ventaja respecto al screening tradicional dado la expresión variable y progresiva de esta enfermedad. Es coste efectivo, evita exploraciones en sujetos sanos y permite un estudio más completo en sujetos con la mutación +. Estos datos corroboran lo expresado en los algoritmos de las guías clínicas.

86. Valor pronóstico de los cambios dinámicos de la función renal durante el ingreso de síndrome coronario agudo sin elevación del ST manejado con estrategia invasiva.

PÉREZ J., ROLDÁN I., PÉREZ-OLIVARES C., SAURÍ A., ROMERO E., BERTOLÍN J., FAGA V., PÉREZ M.M., FERRANDO J., MORA V.
Hosp. Univ. Dr. Peset de Valencia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO:
La enfermedad renal se asocia a mayor morbimortalidad cardiovascular. La información sobre los cambios dinámicos de la función renal en el síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCASEST) es escasa. Nuestro objetivo ha sido evaluar el valor pronóstico de las tasas de filtrado glomerular en el momento del ingreso (TFGIn), previa al alta (TFGAl) y el de sus cambios dinámicos durante la hospitalización en pacientes (p) con SCASEST sometidos a coronariografía.
MÉTODOS:
Registro clínico prospectivo de 481 p con SCA. Seleccionamos aquellos con SCASEST a los que se les había realizado cateterismo y disponiamos de valores de creatinina al ingreso y previos al alta. Excluimos p en diálisis y fallecidos en el ingreso. Calculamos el % de cambio relativo entre las TFG (ΔTFG). Dividimos la muestra según la TFG con la ecuación de CKD-EPI fuera ≥ o <60 ml/min/1,73m^2 y la estratificamos en 4 grupos basados en los cambios dinámicos de función renal (<60/<60; ≥60/<60; <60/≥60; ≥60/≥60/. La variable de valoración final fue el combinado de muerte cardiovascular (CV) y reingreso CV (MACE). Estimamos la tasa de riesgo (HR) de MACE a 3 años con el modelo de regresión de Fine-Gray para eventos competitivos por considerar que la muerte no CV compite con el riesgo del evento combinado.
RESULTADOS:
Incluimos 248 p, con edad media 66’9 (12’6) años, 25% mujeres. En 67 p (27%) la TFG fue <60 ml/min/1’73m^2. Estos fueron mayores (74’9 vs 63’9 años; p<0’0001) con más antecedentes de hipertensión (89’6% vs 66’3%; p<0’0001), diabetes (53’7% vs 35’9%; p=0’011), insuficiencia cardíaca (13’4% vs 3’9%; p=0`006) y anemia (47’8% vs 16%; p<0’0001) y menos tabaquismo (17’9% vs 45’3%; p=0`0001). Del total, 63 p presentaron MACE y en 31 se dio el evento competitivo. Por cada descenso de 10 ml/mm de la TFG al ingreso y al alta, la incidencia acumulada de MACE se multiplicó por 1’293 y 1’243 respectivamente. Ademas el ΔTFG permaneció asociado al evento combinado.
CONCLUSIONES:
La TFG estimada al ingreso y al alta y los cambios diámicos de la TFG proporcionan valor pronóstico del riesgo de MACE a largo plazo en pacientes con SCASEST manejado con estrategia invasiva.

7. Percepción del manejo global del paciente con alto riesgo cardiovascular.

GRADOLÍ PALMERO J., VIDAL URRUTIA V., FÁCILA RUBIO L., BOVER FREIRE R., MONTAGUD BALAGUER V., FABREGAT ANDRES O., DE LA ESPRIELLA JUAN R., ALBIACH MONTAÑANA C., VAÑÓ BODÍ J., MORELL CABEDO S.
Serv. de Cardiol. Hosp. Gral. Univ. de Valencia.

El objetivo principal del trabajo fue estudiar la percepción del cardiólogo del manejo de la dislipemia en pacientes de alto y muy alto riesgo cardiovascular en consultas. Otros objetivos fueron valorar el grado de conocimiento de las distintas opciones terapéuticas y la variabilidad de la práctica asistencial entre distintos profesionales y áreas.

Se facilitó un formulario a 233 cardiólogos con asistencia sobre pacientes con alto y muy alto riesgo cardiovascular, con cuestiones acerca del c-HDL, potencia de los tratamientos disponibles, seguridad e interacciones, diabetes, síndrome metabólico y riesgo residual. El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico *SAS versión 9.1.3 Service pack 3*. Para el análisis descriptivo se utilizó la media y desviación estándar para las variables cuantitativas y las frecuencias y porcentajes para las cualitativas.

Los cardiólogos concluyeron que el c-HDL es predictor independiente de enfermedad cardiovascular, fundamentalmente cardiopatía isquémica. En cuanto a las estatinas, la rosuvastatina fue considerada la de mayor potencia en la reducción del c-LDL y la pitavastatina en el incremento del c-HDL. Ésta última destacó por su bajo perfil de interacciones farmacológicas y de miopatía, por no alterar el perfil glucídico y reducir el cociente albúmina/creatinina en nefropatía diabética. La simvastatina se consideró la de mayor potencial de interacciones y junto con atorvastatina la de mayor riesgo de miopatía. El 93% consideraron que deben emprenderse estrategias para incrementar el c-HDL.

Es fundamental conocer la percepción de los cardiólogos sobre el manejo de la dislipemia en pacientes de riesgo cardiovascular. En general esa percepción coincide con los datos científicos aportados por los estudios y es bastante homogénea entre los cardiólogos encuestados.

JUEVES DÍA 11 (16:00 - 17:00 h.)
SALA B **EXPERIMENTAL Y ARRITMIAS**

8. Resultado del estudio genético en la miocardiopatía hipertrófica.

MARTÍN PASTOR J. SIMÓN GARCIA V. SALVADOR MERCADER I., ORTIZ MARTINEZ V., BERTOLÍN GUILLEN V., CASABAN ROS E.
Hospital de Sagunto, Valencia

La miocardiopatía hipertrófica (MCH) es una enfermedad genética que se caracteriza por el aumento del espesor de las paredes del músculo cardíaco sin causa aparente. Un diagnóstico precoz es importante ya que se asocia a un riesgo incrementado de muerte súbita y otras complicaciones cardiovasculares. La incidencia de esta enfermedad es de aproximadamente de 1 cada 500 individuos. El estudio genético se encuentra indicado en las guías de práctica clínica ante la sospecha de la enfermedad.

OBJETIVO:
Iniciar el estudio genético en los pacientes diagnosticados de MCH en nuestra área y valoración práctica de los resultados obtenidos.

MÉTODOS:
Se estudio de forma consecutiva previo consentimiento informado el estudio genético a 20 pacientes diagnosticados de miocardiopatía hipertrófica. Se analiza la región codificante y regiones intrónicas flanqueantes de 58 genes implicados en cardiomiopatías mediante técnicas de ultrasecuenciación . Estudio bioinformático de la secuencia de ADN obtenida, confirmación por secuenciación Sanger de los cambios patogénicos y estudios predictivos in silico.

RESULTADOS:
El porcentaje de estudio genético positivo fue del 70 %. Los casos negativos de 30 %. Se detectaron 11 variantes nucleotídicas . Los genes detectados y su implicación etiopatogénica se expresan en la siguiente tabla.

VARIANTES	EFECTO FE
EMD (c.755A>T)	SCI/Probab. Patogénica
MYBPC3 (c.2670dupG)	Patogénico
MYH6 (c.4136C>T)	Patogénico
MYH7 (c.2465T>C)	SCI/Probab. Patogénica
RBM20 (c.1286T>C)	SCI
MYBPC3 (c.2308+1G>A)	Patogénico
MYL3 (c.517A>G)	Patogénico
TNNI3 (c.557G>A)	Patogénico
MYH7 (c.2782G>A)	Patogénico
MYH7 (p.Val411Ile)	Patogénico
CSRP3 (p.Arg100His)	Patogénico

CONCLUSIONES:
El estudio genético de la MCH es de gran utilidad: amplia el estudió de los genes implicados en esta enfermedad; permite elaborar un pronostico clínico; arboles genealógicos para estudio familiar y aporta información básica en el consejo genético.

9. Biomarcadores derivados de exosomas para detectar daño miocárdico en pacientes con sobrecarga ventricular derecha.

MELERO FERRER J.L., GRUESO NAVARRO E. GONZÁLEZ-KING GARIBOTTI H., PIQUER GIL M., RUEDA SORIANO J., OSA SÁEZ A., DÍEZ GIL J.L., SEPÚLVEDA SANCHIS P., MONTERO ARGUDO A.
Ud. de Regeneración y Trasplante Cardiaco. Inst. de Invest. Sanitaria La Fe. Valencia.

Ambos ventrículos (izquierdo -VI- o derecho -VD-) no responden por igual a los insultos debido a diferencias en su estructura y a los mecanismos adaptativos que desarrollan. Por ello, un mismo biomarcador podría no ser de utilidad para ambos ventrículos. Suponemos que, si existe daño miocárdico, se detectará un aumento de exosomas circulantes de origen cardiaco. La concentración de exosomas o de alguno de sus contenidos (proteínas o ácidos nucleicos) podría servir como biomarcador de lesión miocárdica. Además si los miocardiocitos de VI y VD tienen propiedades metabólicas diferentes, es posible que secreten exosomas de perfiles diferentes y alguna de las moléculas contenidas en ellos pueda servir de biomarcador diferencial.

Por ello, hemos diseñado este estudio observacional, prospectivo en el que se incluirán 100 pacientes con patologías que produzcan una sobrecarga de presión (hipertensión pulmonar, obstrucción de homoinjertos) y/o volumen (insuficiencia tricuspídea o pulmonar) del VD de distinta severidad. Se extraerá una muestra de sangre periférica de la que se aislaran exosomas a partir de los cuales se medirá la concentración de varias proteínas y miRNA. Éstos serán seleccionados en función de los datos publicados en la literatura hasta el momento y los resultados obtenidos por RNAseq y análisis proteómico de una muestra reducida de pacientes. Además, a los pacientes se les realizará un estudio ecocardiográfico y hemodinámico. A los pacientes que se intervengan quirúrgicamente se les tomará una muestra de tejido miocárdico y una nueva muestra a los 6 meses. Los resultados se compararán con los obtenidos en un grupo de 20 controles sanos y 20 pacientes con disfunción de VI.

Por último se estudiara la asociación de los miRNA y proteínas analizadas con parámetros clínicos, ecocardiográficos y hemodinámicos.

10. Desarrollo de una estrategia para el cribado de fármacos capaces de prevenir el daño inducido por repercusión.

TEJEDOR GASCÓN S., ONTORIA OVIEDO I., CIRIA CALDUCH M., HERNÁNDIZ MARTÍNEZ A., DÍEZ GIL J.L., MONTERO ARGUDO J.A., SEPÚLVEDA SANCHIS P.
Fundación para la Investigación del Hosp. Univ. y Politécnico La Fe. Valencia..

INTRODUCCIÓN:
En la actualidad, la angioplastia primaria es la terapéutica de reperfusión elegida para el tratamiento de infarto de miocardio en pacientes, a pesar de que la perfusión de un flujo repentino de sangre oxigenada en el área isquémica durante la misma produce un daño mayor en el miocardio. Distintos fármacos han sido propuestos como moléculas cardioprotectoras, sin embargo, éstas muestran pocos beneficios cuando se administran por vía intravenosa (IV) en humanos. La hipótesis de nuestro trabajo es que la infusión intracoronaria de fármacos en el área isquémica puede ser más beneficiosa que la administración IV.

OBJETIVO:
Establecer procedimientos experimentales para el rastreo de fármacos en un modelo de isquemia-reperfusión (I/R) in vitro.

MÉTODOS:
Se utilizó una línea celular inmortalizada de cardiomiocitos ventriculares humanos (AC-10). Las células fueron sometidas a 4 horas de hipoxia (1% O2) en ayuno seguido de 1 hora de reperfusión en normoxia (20% O2). Células en normoxia fueron utilizadas como control. Para testar el potencial cardioprotector de los fármacos, las células fueron tratadas con éstos media hora antes de realizar la reperfusión. Los fármacos utilizados fueron Atenolol 10 uM, Abciximab 2 ug/mL, Esmolol 1 ug/mL y Metformina 6.25 ug/mL. El daño celular se midió mediante la expresión de Caspasa 3/7.

RESULTADOS:
Se ha establecido un modelo de I/R in vitro en cardiomiocitos humanos que simula el daño celular que se produce tras la reperfusión. Esmolol y Abciximab fueron capaces de prevenir el daño celular inducido por reperfusión en un 10±0.03 y un 17±0.04 %, respectivamente.

CONCLUSIONES:
Disponemos de un modelo de isquemia-reperfusión robusto in vitro que puede servir de base para la realización de diversos estudios de patologías cardíaca

11. Puesta a punto de un modelo porcino de isquemia reperfusión mediante intervencionismo.

LUCAS CAVA V., CERRADA SERRA I., DÍEZ GIL J.L., RODRÍGUEZ PICHARDO Y., LÓPEZ MARCH A., SEPÚLVEDA SANCHIS P., HERNÁNDIZ MARTÍNEZ, A.
Fundación para la Investigación del Hosp. Univ. y Politécnico La Fe. Valencia.

La reperfusión tras la isquemia induce daño miocárdico por una entrada brusca de sangre oxigenada en la zona isquémica que contribuye, hasta en un 30-40%, a la extensión de área miocárdica infartada.

OBJETIVO:
Desarrollo un modelo de isquemia-reperfusión (I/R) en porcino con tórax cerrado; para posterior estudio de moléculas cardioprotectoras mediante análisis morfométrico.

MÉTODOS:
En 11 cerdos, Large White, hembras con un peso de 40,2±4,1 kg, se indujo infarto de miocardio por oclusión del tercio medio de la coronaria descendente anterior con catéter de angioplastia durante 90 minutos y posterior reperfusión. Durante el ensayo, se monitorizó la presión arterial invasiva, la elevación del segmento ST y la presencia de arritmias. A los 7 días, se realizó ecocardiograma y RMN cardiaca in vivo y estudio histológico postmortem con 2,3,5-Trifenil Tetrazolio (TTC). Se valoraron parámetros de función cardíaca (FEVI) y tamaño del infarto. Se monitorizaron parámetros cardiovasculares durante la I/R.

RESULTADOS:
Durante la isquemia se produjo elevación del ST en todos los casos, en un 52,2 % hubo arritmias ventriculares (30% FV) y en la reperfusión un 63,7% (0% FV). La FEVI basal fue de 58,5±7,9% a los 7 días había descendido a 39,7±13,2% ($p<0,05$); la FEVI con RMN a los 7 días del infarto era de 46,00 ± 4,76%. En la RMN el volumen del área infartada fue de 15,5±4,4 cm3, el volumen de ventrículo izquierdo de 108,6±24,8 cm3 (infarto de 15,2%±2,54); el área a riesgo fue de 31,3±21,7 cm3. En la histología, el volumen del infarto fue de 15,9±4,4 cm3, el volumen de ventrículo izquierdo de 88,0±10,3 cm3 ($p<0.05$, respecto al medido con RMN), infarto del 18,0%±3,6 respecto a VI.

CONCLUSIONES:
La puesta a punto de un modelo de infarto-reperfusión es necesario como paso previo para el estudio de cardioprotección.

12. Pérdida de fibras elásticas en la aortopatía aneurismática: estudio histopatológico sobre 143 pacientes.

BLANCO HERRERA O.R., VALERA MARTINEZ F.J., BERBEL BONILLO A., DOMÍNGUEZ MASSA C., GUEVARA BONILLA A., CANDELA NAVARRO G., MONTERO ARGUDO J.A.
Serv. de Cirugía Cardiovascular. Hosp. Univ. y Politécnico La Fe. Valencia

OBJETIVO:
La fragmentación y pérdida de fibras elásticas (PFE) de la capa media es una alteración característica de los aneurismas cuyos factores clínicos y hemodinámicos responsables no están claros. Existe controversia entre los pacientes con válvula aórtica bicúspide (VAB) y los pacientes con válvula aórtica tricúspide (VAT) y los cambios histológicos que presentan en relación con los aneurismas de aorta. Nuestro objetivo es contrastar esta hipótesis mediante el estudio de muestras de tejido aórtico de pacientes sometidos a cirugía electiva.
MÉTODOS:
Análisis de muestras de pared aórtica de 143 pacientes con VAT y VAB y aneurismas intervenidos entre 2008 y 2017.
RESULTADOS:
El porcentaje de PFE encontrado fue 28,7% (41 casos) frente a un 71,3% sin PFE (102 casos). Edad media de 60,2 y 59,7 años para pacientes sin PFE y con PFE, respectivamente. En los pacientes con PFE se encontró menor incidencia de factores de riesgo como HTA 27% frente a un 73%, DM 17% frente a 83% y menor enfermedad coronaria 12,5% frente a 87,5%. La lesión valvular predominante en VAT fue la insuficiencia aórtica (IAo) y en VAB la estenosis (EAo). Los pacientes con IAo presentaron mayor PFE 38,5% frente a EAo 6,7%. El ? aórtico máximo y de raíz fueron mayores en paciente con PFE (p= 0,016, y 0,001 respectivamente). En el análisis multivariado el ? raíz (p= 0,007) y la EAo (factor protector, p=0,04) se asociaron a PFE. La VAB no se asoció a mayor incidencia de PFE que la VAT.
CONCLUSIONES:
En este estudio sobre muestras no seleccionadas de VAT y VAB, los pacientes con aneurismas sobre VAB no se asociaron a mayor PFE que los pacientes con VAT. La estenosis aórtica se comportó como un factor protector para la perdida de fibras elásticas en pared aórtica. La afectación de raíz aórtica y su diámetro se relacionó a la presencia de PFE.

13. Correlación genotipo-fenotipo en muertes súbitas por miocardiopatía arritmogénica.

SANZ SÁNCHEZ J., MOLINA AGUILAR P., MARÍ ALEXANDRE J., SUÁREZ-MIER M.P., GINER BLASCO J., AGUILERA-TAPIA B., CARDONA VALENCIA B., CLIMENT V., GIMENO-BLANES J.R., ZORIO GRIMA E.
Serv. de Cardiol. Hosp. Univ. y Politécnico La Fe. Valencia..

OBJETIVO:
Correlacionar las mutaciones patogénicas o posiblemente patogénicas identificadas con los hallazgos anatomopatológicos cardíacos de miocardiopatía arritmogénica (MCA) en casos de muerte súbita cardíaca (MSC).
MÉTODO:
estudio retrospectivo de dos centros de los casos de MSC por MCA con estudio genético concluyente.
RESULTADOS:
Siempre predomina la variante fibroadiposa. Las mutaciones radicales en el gen de filamina C (FLNC) se asocian a afectación exclusiva del VI y afectan al dominio rod de la proteína, siendo muy raro que haya dobles mutaciones. Todos los casos de mutación en desmoplaquina (DSP) afectan al VI, y en el 50% también al VD (biventriculares), no son frecuentes las dobles mutaciones, aproximadamente el 50% tienen mutaciones radicales con truncamientos en el dominio rod y ocasionalmente en el extremo N-terminal. Las mutaciones en placofilina (PKP2) se escoran al revés que los de DSP, dan MCA biventricular o derecha pura casi al 50%, casi todos los casos son mutaciones radicales y el 50% son dobles mutaciones, y las mutaciones se distribuyen a lo largo de toda la proteína. De la mutaciones en otros genes minoritarios no se puede concluir su fenotipo característico.
CONCLUSIONES:
un análisis rápido atendiendo a la frecuencia de las mutaciones en cada gen nos ayuda a sugerir que ante una MCA izquierda exclusiva pensemos en mutación de FLNC>DSP>DES; si es biventricular, en DSP y PKP2 y si es derecha en PKP2. Aisladamente, parece que las mutaciones en PKP2 tienen que ser más graves (truncamientos y/o presentarse con otra mutación adicional) para acabar ocasionando una MSC por MCA. Sin embargo, en FLNC y DSP un único insulto genético es más frecuentemente suficiente para causar un evento letal. Instituto de Salud Carlos III, FEDER, «Una manera de hacer Europa», (PI14/01676;PI14/01477).

14. Impacto pronóstico a largo plazo de la anticoagulación en pacientes en hemodiálisis con fibrilación auricular.

SÁNCHEZ SORIANO R.M., ALBERO MOLINA M.D., CHAMORRO FERNÁNDEZ C. I., JULIÁ-SANCHÍS R., RASO RASO R., JIMÉNEZ CARREÑO R., LÓPEZ MENCHERO R., DEL POZO FERNÁNDEZ C., GRAU JORNET G., NÚÑEZ VILLOTA J.
Hosp. Mare de Deu dels Lliris. Alcoi.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:
La evidencia de la eficacia y seguridad de la anticoagulación oral con dicumarínicos en pacientes en hemodiálisis con fibrilación auricular (FA) es controvertida. El objetivo de nuestro estudio es evaluar las implicaciones a nivel pronóstico a largo plazo de la anticoagulación con dicumarínicos en una cohorte de pacientes con FA no valvular en programa de hemodiálisis debido a insuficiencia renal terminal.
MÉTODOS:
Estudio observacional retrospectivo con inclusión consecutiva de 74 pacientes en hemodiálisis con FA. El periodo de inclusión fue de enero de 2005 a octubre de 2016. Las variables principales fueron mortalidad por todas las causas, reingresos no programados y sangrados.
RESULTADOS:
La edad media fue de 75±10 años, 66.2% fueron hombres y 43 pacientes (58.1%) recibieron acenocumarol. Durante una mediana de seguimiento de 2.40 años (IQR=0.88-4.15), el acenocumarol no demostró beneficio en supervivencia [HR= 0.76, CI 95% (0.35-1.66), p= 0.494]. Sin embargo, los pacientes anticoagulados presentaron más riesgo de hospitalizaciones cardiovasculares recurrentes [IRR=3.94, CI 95% (1.06-14.69), p=0.041]. Hubo una tendencia a un aumento de hospitalizaciones repetidas de causa isquémica en los pacientes anticoagulados [IRR=5.80, CI 95% (0.86-39.0), p=0.071]. Se observó una tendencia estadística hacia un mayor riesgo de sangrados totales recurrentes en los anticoagulados [IRR=4.43, CI 95% (0.94-20.81), p=0.059].
CONCLUSIONES:
En el presente estudio, la anticoagulación oral con acenocumarol en pacientes en hemodiálisis con FA, no supuso un aumento de la supervivencia, y sin embargo, se asoció a un mayor riesgo de hospitalizaciones de causa cardiovascular y una tendencia a mayor riesgo de sangrados totales.

15. Comparación de la eficacia y seguridad del Vernakalant en dos escenarios diferentes.

FERRÉ VALLVERDÚ M., OSCA ASENSI J., CANO PÉREZ O., PLAZA LÓPEZ D., PÉREZ DURÁ M.J., VICENTE GUILLÉN R., SANCHO-TELLO DE CARRANZA M.J., MARTÍNEZ DOLZ L.
Serv. Cardiol. Urgencias. Reanimación. Hosp. La Fe. Valencia.

El vernakalant es un nuevo antiarrítmico que ha demostrado una alta tasa de éxito en la cardioversión de la fibrilación auricular (FA) paroxística.
Nuestro objetivo es comparar la eficacia y seguridad del Vernakalant en dos escenarios diferentes: pacientes que acuden a Urgencias por FA paroxística y pacientes ingresados en la unidad de reanimación (REA) que presentan FA en contexto de cirugía cardiaca.
El estudio incluyó a 47 pacientes que ingresaron en Urgencias por FA paroxística y recibieron tratamiento con vernakalant, entre mayo de 2015 y diciembre de 2016. Comparamos este grupo con 21 pacientes ingresados en REA que recibieron tratamiento con Vernakalant por FA paroxística en contexto de cirugía cardiaca.
Los pacientes de Urgencias tenían una media de edad de 63±16 años y los ingresados en REA 67±9 años (p=0.23). La mayoría de los pacientes fueron varones en ambos grupos (51% en Urgencias vs 71% en REA, p=0.117). El grupo de cirugía cardiaca incluía 12 valvulopatías, 8 pacientes isquémicos y 1 cardiopatía congénita. La FEVI fue significativamente menor en los pacientes de REA (49%±10% vs. 60%±2%, p=0.001). La puntuación CHA2DS2VASC fue mayor en los pacientes de REA (2,53 vs 1,81, p=0.272). La tasa de éxito del Vernakalant en reversión a ritmo sinusal, fue similar en ambos grupos (79% en Urgencias vs 71% en REA, p= 0.546). El efecto adverso más frecuente fue la hipotensión arterial, significativamente mayor en los pacientes de REA (19% vs 2%, p=0.029). Se registró cardioversión a fluter auricular en 5 pacientes de Urgencias (11% vs 0%, p=0.315).
Los resultados de este estudio confirman que el vernakalant es un antiarrítmico eficaz y seguro para la cardioversión de la FA paroxística. La eficacia es similar en pacientes con FA postcirugía cardiaca, aunque estos pacientes presentaron más tasa de hipotensión arterial

16. Experiencia del Hospital General Universitario de Alicante en implante de marcapasos sin cables.

GARCÍA CUENCA E., MARTÍNEZ MARTÍNEZ J.G., IBAÑEZ CRIADO J.L., IBAÑEZ CRIADO A., GARCÍA FERNÁNDEZ A., GUZMAN ROMÁN M.E.
Serv. de Cardiol. Hosp. Gral. Univ. de Alicante.

OBJETIVOS
Los marcapasos sin cables se han desarrollado recientemente como una alternativa válida a los convencionales. Exponemos nuestros datos preliminares con Micra MC1VR01 de Medtronic en nuestro centro.
MÉTODOS
Desde Febrero de 2016 a Febrero de 2017 se han incluido 24 pacientes con una edad media de 78.4 años.
Las indicaciones fueron 15 casos de Fibrilación Auricular con respuesta ventricular lenta, 2 con Enfermedad del Nodo Sinusal y 7 con taquiarritmia auricular con respuesta ventricular rápida. En 7 pacientes se realizó ablación ablación del nodo auriculoventricular (NAV) por radiofrecuencia en el mismo procedimiento, introduciendo el catéter de ablación a través del introductor Micra.
En nuestra serie, 3 pacientes eran portadores de prótesis mitral y 2 lo eran de prótesis aórtica.
RESULTADOS
Los parámetros eléctricos al implante fueron los siguientes; detección (10.23+/- 4.74 mV), umbral de captura (0.72+/- 0.57 V a 0.24 m) e impedancia (735+/-158.46 Ohm). En 11 de estos pacientes hemos realizado el primer seguimiento apreciándose estabilidad de todos los parámetros, con detección (13.11+/- 5.48 mV), umbral de captura (0.46 +/-0.09 V a 0.24 ms) e impedancia 570+/- 99.89 Ohm).
Hubo 4 pacientes con umbral de estimulación mayor de 1 V a 0.24 ms al implante; sin embargo en todos los casos se redujo el valor del umbral a menor de 1 V a 0.24 ms al día siguiente del implante.
No ha habido complicaciones graves durante el implante. Como complicaciones leves, hubo un paciente con abundante sangrado en la zona de la punción y otro paciente que presentó un cuadro vasovagal al introducir la vaina.
CONCLUSIONES
El implante de marcapasos sin cables es una técnica segura, con medidas eléctricas similares a las de los convencionales. El sistema permite la ablación del NAV a través del introductor de Micra.

JUEVES DÍA 11 (16:00 - 17:00 h.)
SALA C **CARDIOLOGÍA CLÍNICA**

17. Registro multicéntrico de Insuficiencia Cardíaca Ambulatoria de la Comunidad Valenciana (RICA-CV). Proyecto Grupo GEISER.

ALMENAR L., NÚÑEZ J., FÁCILA L., SELLER J., BOSCH M.J., CLIMENT V., GARCÍA-HONRUBIA A., HERVÁS A., LLÁCER P., ROLDÁN I., SERRANO A., MERLOS P., PALAU P., COSÍN J.
Hosp. La Fe de Valencia.

ANTECEDENTES Y OBJETIVO.
GEISER es el acrónimo elegido por un grupo de especialistas sanitarios interesados en conocer, planificar y gestionar todos los aspectos relacionados con la Insuficiencia Cardíaca (IC) en la Comunidad Valenciana. El Grupo se marcó el objetivo de conocer el perfil clínico de los pacientes que son atendidos en nuestras consultas.
MATERIAL Y MÉTODO.
Se reclutaron, de forma ambispectiva, 1.303 pacientes ambulatorios consecutivos en 12 centros sanitarios de la Comunidad Valenciana. Se confeccionó una base de datos (RICA-CV) con 125 variables generales. El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Biomédica del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia.
RESULTADOS.
Varones: 63,0%, EF: II/IV (59,1%), edad media 69±12 años. Ingresos previos por IC: 70%. Etiología isquémica: 34,5%, miocardiopatía dilatada no isquémica: 26,9%, valvulopatías: 16,7%, otras: 21,9%. Factores de riesgo más frecuentes: HTA: 70,1%, dislipemia: 56,0%, diabetes mellitus: 40,4%. Disfunción renal: 32,9% de los pacientes. El análisis ecocardiográficos mostró: FE reducida: 45,8%, FE intermedia: 18,2%, FE preservada: 35,9%. Implante DAI 24,3%. TRC 13,3%. Los fármacos más empleados fueron: Furosemida (86,0%), Ramipril (63,5%), Enalapril (28,8%), Valsartan (32,5%), Bisoprolol (67,7%), Carvedilol (25,8%), Eplerenona (53,8%) Espironolactona (46,2), Ivabradina (15,3%), Hierro (24,5%). Otros fármacos (SAC/VAL) estuvieron poco presentes (4,1%) en relación a la época de recogida de datos.
CONCLUSIONES.
La recopilación de datos fundamentales sobre IC, mediante registros generales de pacientes de la Comunidad Valenciana, nos permite conocer cuál es el perfil clínico de los pacientes que atendemos, valorar su situación y planificar actuaciones en caso de desvíos metodológicos o de tratamiento.

18. Relación entre la capacidad funcional y la presión inspiratoria máxima en la insuficiencia cardiaca diastólica.

MELERO LLÓRET J., PALAU SAMPIO P., DOMÍNGUEZ MAFE E., RAMÓN FERRANDIS J.M., BRIATORE A., TORMO JUÁREZ J.P., GONZÁLEZ J., NAVARRO BELLVER A., CHORRO GASCÓ F.J., NÚÑEZ VILLOTA J.
Hosp. Gral. Univ. de Castellón.

INTRODUCCIÓN:
La insuficiencia cardiaca con fracción de eyección preservada (ICFEp) es un síndrome clínico que se caracteriza por una limitación importante de la capacidad funcional. Los mecanismos fisiopatológicos que explican esta intolerancia al ejercicio no han sido bien esclarecidos.
OBJETIVO:
Evaluar los efectos de la función muscular inspiratoria en la tolerancia al ejercicio en aquellos pacientes sintomáticos con ICFEp.
MÉTODOS:
Se analizaron un total de 74 pacientes diagnosticados de ICFEp con una clase funcional II-III, a los que se les realizó una ergoespirometría para la evaluación del consumo pico de oxígeno (peak VO2). La debilidad de la musculatura inspiratoria (DIM) se definió como una presión inspiratoria máxima (PIM) < 70% del valor predicho (p-PIM) para edad y sexo. Para la evaluación la asociación entre la PIM y la capacidad máxima de ejercicio (evaluada mediante peak VO2 y el porcentaje de su valor predicho (pp-peak VO2-) utilizamos el coeficiente de correlación de Pearson y el análisis de regresión lineal multivariante.
RESULTADOS:
31 pacientes (42%) presentaron DIM. La edad media (±desviación estándar -DE-) fue de 72,5±9.1 años. El 53% fueron mujeres y el 35,1% presentaban una clase funcional NYHA = II. La media del pVO2 y pp-VO2 (DE) fue de 10±2,8 ml/min/kg y 57,3±13,8%, respectivamente. El p-PIM no se correlacionó con el peak VO2 (r=-0,047, p=0,689) ni con pp-peak VO2 (r=-0,078, p=0,509). En el análisis multivariante tampoco se halló asociación entre ambas.
CONCLUSIONES:
En pacientes ancianos con ICFEp, la debilidad de la musculatura inspiratoria es una comorbilidad frecuente, no obstante, ésta no se relaciona con la capacidad funcional.

19. Respuesta clínica al Levosimendan en pacientes con insuficiencia cardiaca derecha aislada.

MELERO FERRER J.L., SÁNCHEZ LÁZARO I.J., MORILLAS CLIMENT H., SANZ SÁNCHEZ J., CERVERÓ RUBIO A., DONOSO TRENADO V.J., ARENAS MARTÍN P., OSA SÁEZ A., RUEDA SORIANO J., MARTÍNEZ DOLZ L.
Hosp. La Fe de Valencia.

La sobrecarga del ventrículo derecho (VD), sea de volumen (SV), presión (SP), o ambas (SM) produce la disfunción de la cámara si la adaptación de la misma no es suficiente, lo que conlleva invariablemente un mal pronóstico. El presente estudio describe los resultados obtenidos en una experiencia inicial con levosimendán en pacientes con insuficiencia cardiaca derecha (ICD) aislada.

Se incluyeron aquellos pacientes que entre 01/2014 y 01/2017 ingresaron por ICD aguda y se les administró levosimendán como tratamiento inotrópico. Se excluyeron aquellos con FEVI <45%. Se recogieron datos sobre patología de base, función del VD por ecocardiografía, clase funcional y parámetros analíticos antes y después de la administración del fármaco.

Se incluyeron 15 pacientes (60% varones, edad media 50±17). Siete eran portadores de una cardiopatía congénita (CC), cinco fueron cardiopatías valvulares (CV) y tres ICD por hipertensión pulmonar primaria (HPP). Los tipos de sobrecarga fueron cinco para cada tipo. El 46% se encontraba en CF IV en el momento de la infusión. La PsAP 77±25 mmHg, PAPm 49±20. La función del VD fue (TAPSE 11±3 mm, S' 6.2±1.5 cm/s, FAC 25±11 %). Analíticamente hubo cambios significativos en los parámetros analizados: Sodio (p=0.01), Creatinina (p=0,004), NT-proBNP (p=0,002), Bilirrubina (p=0,02). El 87% presentó una mejoría de CF tras la infusión. El fármaco fue bien tolerado en todos los casos y no hubo que suspender la infusión ni se registraron arritmias ventriculares. La supervivencia del grupo fue pobre, el 47% falleció en la evolución (4 de la SP, 3 SM y 0 SV; 3 HPP, 2 CV y 1 CC)

Los pacientes con ICD son un grupo de mal pronóstico, sobre todo cuando es debida a SP. El levosimendán es un fármaco bien tolerado que puede servir como tratamiento inotrópico de soporte en estos pacientes.

20. Hiperpotasemia como determinante en la prescripción de Antialdosterónicos en la Insuficiencia Cardíaca Aguda.

HEREDIA CAMBRA R,. PAYÁ CHAUME A., MIÑANA ESCRIVÀ G., GARCÍA BLAS S., SANTAS OLMEDA E., VALERO PITCHER E., CARDELLS BELTRÁN I., ESCRIBANO ALARCÓN D., GONZÁLEZ D., GREGORIO J., NÚÑEZ VILLOTA J.E.
Hospital Clín. Univ. de Valencia..

OBJETIVO:
En este trabajo se evaluó si los niveles altos de potasio sérico encontrados durante el ingreso por insuficiencia cardíaca aguda (ICA) son determinantes en la prescripción de los Antagonistas de los receptores de Mineralocorticoides (ARM) al alta.
MÉTODO:
Se incluyeron prospectivamente 584 pacientes consecutivos dados de alta tras un episodio de ICA y FEVI =40%. Se seleccionó el nivel máximo de potasio (Kmax) a lo largo de la hospitalización. Los factores independientes relacionados con las probabilidades de prescripción de ARM en el momento del alta fueron evaluados por análisis de regresión logística multivariante.
RESULTADOS.
La media de edad, la tasa de filtración glomerular mínima estimada (TFGe) y el Kmax durante el ingreso fueron de 71±12 años, 55±22 ml / min / 1,73 m^2 y 4,5±0,6 mmol/L, respectivamente. La proporción de varones, cardiopatía isquémica (CI) y prescripción de ARM al alta fue del 67,1%, 42% y 56,2%, respectivamente. Los pacientes con potasio > 5,0 mmol/L mostraron menor prescripción de ARM (45,1% vs. 58,5%, p=0,001). En el análisis multivariado, el Kmax mostró una asociación independientemente con la probabilidad de no prescribir ARM. La forma funcional de Kmax reveló que aquellos con Kmax > 5 mmol/L tenían aproximadamente dos veces más probabilidades de que no se les prescribieran los ARM [OR=1,83 (IC 95%: 1,13-2,98); p=0,015].
CONCLUSIÓN.
En los pacientes con ICA y FEVI reducida, los niveles altos de potasio durante la hospitalización predicen una menor prescripción de ARM al alta. Las estrategias de reducción del potasio en pacientes seleccionados podrían aumentar el uso de ARM tras un episodio de ICA.

21. Experiencia con Macitentán en el tratamiento de pacientes con hipertensión pulmonar en un hospital de referencia.

LÓPEZ VILELLA R., SÁNCHEZ LÁZARO I., FERNÁNDEZ MEGIA M.J., BORRÁS ALMENAR C., MARQUÉS-SULE E., LÓPEZ REYES L., ROMÁN IVORRA J., RUEDA SORIANO J., MARTÍNEZ DOLZ L., ALMENAR BONET L.
Ud. Insuficiencia Cardíaca Avanzada y Transplante. Serv. Cardiol. Hosp. Univ. y Politécnico La Fe. Valencia.

ANTECEDENTES:
El macitentán es un antagonista dual de los receptores de la endotelina que ha sido autorizado en monoterapia o en combinación para el tratamiento de pacientes adultos con hipertensión arterial pulmonar (HAP) en clase funcional II-III de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Actualmente, se considera de especial relevancia analizar la seguridad y eficacia del macitentán tras su administración por cualquier causa.
OBJETIVO:
Describir el perfil clínico y los resultados en el seguimiento (seguridad y eficacia) de pacientes con HTP tratados con macitentán.
MÉTODOS:
Desde julio de 2015 hasta diciembre de 2016 se reclutaron, de forma retrospectiva y consecutiva, todos los pacientes tratados con macitentán a los que se les prescribió el fármaco durante un ingreso hospitalario. Se recogieron datos demográficos, ecocardiográficos, hemodinámicos, clínicos y situación funcional
RESULTADOS:
Número total de pacientes 13, 7 mujeres (54%) y 6 varones (46%). Edad media: 56±13 años. La mitad de los pacientes tenían hipertensión pulmonar del grupo I y la otra mitad del grupo II. 12 pacientes (92%) llevaban un tratamiento combinado con otros vasodilatadores pulmonares. Duración media del tratamiento: 274±124 días. La dosis en todos los casos fue de 10 mg al día. Solo un paciente presentó un edema agudo de pulmón tras la introducción del macitentán que obligó a suspender el fármaco. 11 pacientes (85%) mejoraron en la clase funcional. Aun así, los reingresos fueron frecuentes (54%, 7 pacientes). En el seguimiento se produjeron 4 éxitus (31%).
CONCLUSIONES:
El macitentán es un fármaco aprobado para (HAP), sin embargo, en nuestra serie ha mostrado buenos resultados también en pacientes con HTP del grupo II. Es un fármaco bien tolerado, y se ha relacionado con mejoría en la clase funcional en la mayoría de casos.

22. Mortalidad hospitalaria y fallo agudo del injerto en el trasplante cardíaco urgente según la asistencia circulatoria.

LÓPEZ VILELLA R., SÁNCHEZ LÁZARO I., FUSET CABANES M.P., DOÑATE BERTOLÍN L., GIMENO COSTA R., MORENO PUIGDOLLERS I., ZARRAGOIKOETXEA JAUREGUI I., MARTÍNEZ DOLZ L., TORREGROSA PUERTA S., ALMENAR BONET L.
Ud. Insuficiencia Cardíaca Avanzada y Transplante. Serv. Cardiol. Hosp. Univ. y Politécnico La Fe. Valencia.

OBJETIVO:
Analizar la mortalidad hospitalaria en el trasplante cardíaco urgente según el tipo y la duración de la asistencia.
MÉTODOS:
Desde 2007 hasta 2016 se reclutaron los pacientes sometidos a trasplante cardíaco urgente con Oxigenación con membrana extracorpórea (ECMO) y con bomba centrífuga. Se excluyeron los retrasplantes y los trasplantes pediátricos. Dividimos los pacientes en 3 grupos: Grupo 1 (asistencia con ECMO durante menos de 5 días), 2 (asistencia con ECMO durante 5-10 días), 3 (asistencia con ECMO durante más de 10 días), 4 (asistencia con ECMO y posteriormente bomba centrífuga) y Grupo 5 (bomba centrífuga).
RESULTADOS:
Reclutamos 72 pacientes, 52 varones (72%) y 20 mujeres (28%). Edad media 51 ± 13 años. La cardiopatía de base más frecuente fue la miocardiopatía dilatada de origen isquémico (28 pacientes, 39%) seguida de la idiopática (25 pacientes, 35%). La tabla I describe los días de estancia en Reanimación, la mortalidad intrahospitalaria y la incidencia de fallo primario del injerto en cada grupo. El mayor porcentaje de pacientes con ventilación mecánica corresponde a los pacientes con ECMO hasta 10 días (94% en el Grupo 1 y 100% en el 5, p<0.001). La mortalidad intrahospitalaria global del trasplante urgente con asistencia ventricular fue del 25% (18 pacientes); fue mayor en el cupo de pacientes con ECMO durante más de 10 días (9, 35%), probablemente en relación con una mayor incidencia de fallo agudo del injerto en este grupo (14, 54%, p <0.01).
CONCLUSIONES:
La mortalidad hospitalaria es alta en el trasplante cardiaco urgente con asistencia circulatoria prolongada, sobre todo a expensas de una mayor incidencia de fallo agudo del injerto en estos pacientes. El implante directo de bomba centrífuga como puente a trasplante urgente podría identificar un subgrupo con mejor pronóstico.

23. Diez años de reparación valvular mitral.

DOMÍNGUEZ MASSA C., BEL MÍNGUEZ A.M., BERBEL BONILLO A., BLANCO HERRERA O.R., GUEVARA BONILLA A., PÉREZ GUILLEN M., IGUAL MUÑOZ B., OSA SÁEZ A., MARTÍNEZ DOLZ L., MONTERO ARGUDO J.A.
Serv. de Cirugía Cardiov. Hosp. Univ. y Politécnico La Fe. Valencia

OBJETIVO:
El gold estándar en el tratamiento de la insuficiencia mitral es la reparación valvular mitral siempre que sea posible. Nuestro objetivo es exponer la experiencia sobre la misma en nuestro centro.
MATERIAL Y MÉTODOS:
Desde que se inició el programa hemos realizado 278 casos. La edad media fue 63,5 años (20-84 años), con 169 varones (60,8%) y en el 30% de pacientes se realizó reparación valvular compleja. El seguimiento de los volúmenes ventriculares se han realizado mediante ecocardiografía y cardioRMN.
RESULTADOS:
La mortalidad hospitalaria total fue de 8 casos (3,5%), siendo 3 casos con cirugía concomitante y siendo las causas de muerte de origen no cardiaco. La reducción media de los volúmenes ventriculares telediastólicos y telesistólicos fue de 9,7mm (DT 14mm) y de 5,59mm (DT 12mm) respectivamente, con una significación estadística p<0,05. La reducción del volumen ventricular fue significativamente superior cuando el VTSVI es <45mm. Con un seguimiento medio de 63 meses (2-84 meses), la libertad de reintervención global es del 91±7,5%. Respecto a la reparación valvular compleja la libertad de reintervención es del 92±3,2%. Si se trata de reparación aislada del velo posterior, la libertad de reintervención es del 99%, y con un seguimiento medio de 42 meses el 98% siguen vivos.
CONCLUSIONES:
Gracias a la curva de aprendizaje, no solo realizamos reparación valvular sencilla sino que hemos aumentado los casos de reparación valvular compleja con excelentes resultados con mínima morbimortalidad. La mayor reducción de volúmenes ventriculares, cuando éstos son menores preoperatoriamente, indican que la cirugía debe ser precoz. La reparación aislada del velo posterior ha demostrado un mínimo riesgo con unos resultados excelentes, lo que justificaría también realizar la intervención quirúrgica aún en asintomáticos.

24. Resultado de la cirugía precoz en las endocarditis

DOMÍNGUEZ MASSA C., BEL MÍNGUEZ A.M., BERBEL BONILLO A., BLANCO HERRERA O.R., GUEVARA BONILLA A., PÉREZ GUILLÉN M., ARNAU VIVES M.A., BLANES M., MONTERO ARGUDO J.A.
Serv. de Cirugía Cardiov. Hosp. Univ. y Politécnico La Fe. Valencia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:
Nuestro objetivo es analizar los resultados en el tratamiento quirúrgico precoz de las endocarditis en nuestro centro desde la creación del Grupo de Trabajo Multidisciplinar de endocarditis infecciosa.
MATERIAL Y MÉTODOS:
Se analizan los casos de endocarditis tratadas en nuestro centro desde enero de 2015 hasta febrero de 2017. Hubo un total de 108 casos, con una edad media de 63,60 años, siendo la mayoría varones (75%). Casi el 42 % de la muestra eran pacientes remitidos de otros centros hospitalarios.
RESULTADOS:
El 51% de los casos afectaba a válvula nativa, siendo la más frecuentemente afectada la válvula aórtica (26,4%), seguida por la válvula mitral (20,4%). En cuanto a la etiología de la endocarditis, el patrón ha sido muy heterogéneo, siendo el microorganismo más frecuente el S. epidermidis (16,7%). Se realizó cirugía en el 57,4% de la serie, siendo intervenciones urgentes (menos de 48 horas desde el diagnóstico) en el 40,3% de los casos. La mortalidad prevista por Euroscore I de los pacientes intervenidos era del 36,63%, siendo la mortalidad observada del 19%.
CONCLUSIONES:
La endocarditis infecciosa sigue siendo un reto en nuestra práctica clínica diaria. La creación de grupos de trabajo multidisciplinares, que ofrezcan una adecuada terapéutica a los pacientes, es una necesidad hoy en día. Desde la creación de dicha unidad en nuestro centro, ha mejorado considerablemente el tratamiento integral del paciente, siendo más precoz el diagnóstico y por tanto la toma de decisiones. A la vista de nuestros resultados, con una mortalidad observada inferior a la prevista, creemos que el tratamiento quirúrgico precoz es beneficioso.

26. Caracteristicas de los pacientes con Tako-Tsubo y su evolución.

PÉREZ GOZALBO J.M., PÉREZ-OLIVARES DELGADO C., ROLDÁN TORRES I., ROMERO DORTA E., BERTOLÍN BORONAT J., SAURI ORTIZ A., FAGA V., PÉREZ GIL M.M., SELLER MOYA J., MORA LLABATA V.
Serv. de Cardiol. Hosp. Doctor Peset. Valencia..

INTRODUCCIÓN:
El síndrome de Tako-Tsubo se caracteriza por un grado variable de reversibilidad de la disfunción ventricular. El tratamiento al alta es un tema de debate. Nuestro objetivo fue analizar las características de los pacientes (p) diagnosticados de enfermedad de Tako-Tsubo en nuestro centro, el tratamiento al alta, la evolución de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) y los eventos cardiovasculares (ECV) en el seguimiento.
MÉTODOS:
Estudio retrospectivo de p con diagnóstico de Tako-Tsubo en la historia clínica electrónica de nuestro centro entre septiembre de 2014 y diciembre de 2016 a los que se les realizó cateterismo y disponíamos de seguimiento. Analizamos datos demográficos, clínicos, exploraciones complementarias y el tratamiento al alta. Evaluamos ECV mayores (reingreso o muerte cardiovascular) durante el seguimiento.
RESULTADOS:
Incluimos 25 p de un total de 32 con diagnóstico de Tako-Tsubo, con una edad media de 69,4 años, siendo la mayoría mujeres (96%). La prevalencia fue de 1,96%. La mediana de seguimiento fue de 1,26 años. En el 52% de los casos la FEVI al ingreso estaba conservada. La alteración de la contractilidad más frecuente fue la acinesia/discinesia apical (91,67%); solo 1 p (4,17%) mostró alteraciones de la contractilidad en segmentos basales. Al alta, desaparecieron las alteraciones de la contractilidad en el 68% de los casos. En cuanto al tratamiento al alta, el 48% llevaba betabloqueantes, el 20% IECAS, el 72% AAS y el 16% doble antiagregación. Se registraron un 12% de ECV durante el seguimiento.
CONCLUSIONES:
En nuestra muestra de pacientes con Tako-Tsubo, las alteraciones de la contractilidad desaparecieron en la mayoría de los casos durante la hospitalización. El tratamiento al alta mostró porcentajes bajos de doble antiagregación y betabloqueante.

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

25. Efectos de un plan de formación en Resucitación Cardio-Pulmonar en dos unidades de hospitalización

REYES GALERA M.J., REVERT GANDÍA R., ALBERO MARTÍNEZ J.V., GALLEGO ESCOHOTADO C., PRECIADO HERNÁNDEZ I., LLEDÓ BLANES P., JULIÁ SÁNCHIS R., LLORCA CORTÉS M.J., GÓMEZ PASTOR M.A., JUAN CARRIÓN B.
Ud. de Cardiol. Dep. de Salud de Alcoi.

INTRODUCCIÓN
Se estima que la supervivencia hospitalaria de una parada cardio respiratoria (PCR) es de aproximadamente el 20%. El conocimiento de los eslabones de la cadena de Resucitación Cardiopulmonar (RCP) se han mostrado de utilidad para mejorar este porcentaje y, dentro de ellos se considera que el eslabón "0" (prevención) y el "5" (formación en RCP) son imprescindibles para conseguirlo.
OBJETIVO
El presente estudio tiene como objetivo mejorar el conocimiento que sobre RCP tiene el personal sanitario y no sanitario de las distintas Unidades de un Hospital comarcal como medio de aumentar la supervivencia de los pacientes con PCR.
MATERIAL Y MÉTODOS
Se han realizado sesiones formativas de RCP en dos unidades de hospitalarización (Cardiología y Digestivo), en horario laboral, impartidas por un cardiólogo y una enfermera de cardiología, entre noviembre y febrero 2017. Se ha pasado un cuestionario de 10 preguntas (cada respuesta acertada un punto), antes y después de la sesión, interrogando sobre aspectos comentados en las charlas (manejo del desfibrilador, características de las compresiones torácicas, energía utilizada en la desfibrilación,…). Se han recogido 20 cuestionarios y se han comparado los resultados pre y post intervención en cada una de las Unidades y entre ellas.
RESULTADOS
En la unidad de digestivo la nota media de los cuestionarios antes de la sesión es un 4´85 (7,85 tras la intervención) mientras que en cardiología es un 7´84 (9,46 tras la intervención).
CONCLUSIONES
Se constata un déficit relativo de conocimientos del personal sanitario ante una PCR y el impacto positivo de la intervención formativa. Los resultados tras la intervención son positivos y ponen de manifiesto la importancia de los eslabones "0" y "5".

27. Seguridad y eficacia de la triple terapia antitrombótica en pacientes dados de alta de un Servicio de Cardiología.

VIDAL URRUTIA V., GRADOLÍ PALMERO J., FÁCILA RUBIO L., MONTAGUD BALAGUER V., FABREGAT ANDRÉS O., MADRIGAL VILATA J.A., RUMIZ GONZÁLEZ E., FERNÁNDEZ DÍAZ C., BELCHÍ NAVARRO J., MORELL CABEDO S.
Serv. de Cardiol. Hosp. Gral. Univ. de Valencia.

Muchos pacientes con indicación de anticoagulación oral indefinida requieren tratamiento adicional con doble antiagregación plaquetaria tras implantarse un stent farmacoactivo por síndrome coronario agudo o crónico. Esta terapia confiere un aumento del riesgo de sangrado y de mortalidad. Ello ha generado una creciente controversia respecto a su duración idónea. Nuestro objetivo fue analizar la seguridad de esta combinación farmacológica, detectando los eventos hemorrágicos e isquémicos en el seguimiento de estos pacientes.

Realizamos un estudio observacional prospectivo donde analizamos a 142 pacientes dados de alta de nuestro servicio desde Junio 2014 a Enero 2017, todos ellos con triple terapia antitrombótica y antecedentes de fibrilación auricular.

De los 142 pacientes, en 120 se utilizó la combinación de AAS, clopidogrel y acenocumarol, y en los 22 restantes un anticoagulante de acción directa. La edad media fue de 74,02±10,57 años, siendo el 69,7% varones. El 45,8% eran diabéticos, con HbA1c media de 6,6±1,38%; 81% eran hipertensos, 67,6% dislipémicos y el 20,4% obesos. El 16,9% presentaban tabaquismo activo, mientras que un 38,7% eran exfumadores. Un 73,2% presentaban al ingreso enfermedad cardiovascular previa, habiendo estado el 40,8% ingresados previamente en nuestro servicio. La mediana de seguimiento fue de 271 días. Durante el mismo, 23 pacientes (16,2%) requirieron ingreso por episodio de sangrado mayor, 26 sujetos (18,3%) reingresaron en el servicio de cardiología por un evento isquémico coronario y un total de 16 pacientes (11,3%) falleció durante el seguimiento.

En nuestro estudio, un porcentaje no desdeñable de pacientes tratados con triple terapia requirió ingreso por episodio de sangrado mayor, lo que obliga a plantearse la necesidad y duración de esta terapia de forma individualizada.

28. Experiencia inicial con sacubitril/valsartán insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida.

LÓPEZ VILELLA R., SÁNCHEZ LÁZARO I., MARQUÉS-SULÉ E., MELERO FERRER J., PLAZA LÓPEZ D., MORILLAS CLIMENT H., SANZ SÁNCHEZ J., MARTÍNEZ DOLZ L., ALMENAR BONET L.
Ud. de Insuficiencia Cardíaca Avanzada y Trasplante. Hosp. Univ. y Politécnico La Fe. Valencia.

OBJETIVO:
Analizar la seguridad y eficacia del sacubitril/valsartán a corto plazo en pacientes ambulatorios con insuficiencia cardíaca (IC) con fracción de eyección reducida (FEr).
MÉTODO.
Se reclutaron de forma retrospectiva a todos los pacientes a los que se les había prescrito de forma ambulatoria sacubritril/vaslsatan desde septiembre de 2016 hasta diciembre de 2016. Se recogieron datos demográficos, analíticos, clínicos y situación funcional.
RESULTADOS:
Reclutamos 12, 10 hombres (84%) y 2 mujeres (16%). Edad media 64±15 años. La tabla I describe el perfil clínico, analítico y la tolerancia al fármaco de los 12 pacientes. Todos tenían una FE=35% y se encontraban estables (al menos 4 semanas). EF(NYHA) II (3 pacientes, 25%) y III (9, 75%) a pesar de tratamiento óptimo según guías. 5 pacientes (42%) estaban en tratamiento previo con IECA /ARA II. La duración media del tratamiento con sacubitril/valsartán fue de 54±35 días. La dosis óptima de 200 mg cada 12 horas fue alcanzada en 4 pacientes (33%), en 8 (67%) no se alcanzó por tendencia a la hipotensión. La clase funcional mejoró en 10 pacientes (83%) al final del seguimiento. Todos toleraron bien el tratamiento, 3 (25%) presentaron hipotensión arterial asintomática, que en ningún caso condujo a la retirada del fármaco ni a la reducción de dosis. Ningún paciente desarrolló insuficiencia renal, hiperpotasemia ni otros efectos adversos. Desde la introducción del tratamiento con sacubitril/valsartán, 1 paciente (8%) reingresó por IC y no se ha producido ningún éxitus.
CONCLUSIONES:
El sacubitril/valsartán es un fármaco bien tolerado, y se ha relacionado con mejoría en la clase funcional en la mayoría de casos. La hipotensión arterial asintomática es habitual y con frecuencia limita la titulación del fármaco.

29. Predictores de insuficiencia renal postoperatoria en la cirugía de los aneurismas de aorta torácica.

GUEVARA BONILLA A., VALERA MARTÍNEZ F., BERBEL BONILLO A., BLANCO HERRERA O., DOMINGUEZ MASSA C.
Serv. de Cirugia Cardiaca. Hosp. La Fe. Valencia.

OBJETIVOS:
El tratamiento quirúrgico de los aneurismas de aorta torácica conlleva una mortalidad elevada, en parte debida al desarrollo de insuficiencia renal postoperatoria. El objetivo del presente trabajo es analizar la incidencia y los factores predictores de insuficiencia renal tras cirugía electiva de los aneurismas torácicos en una amplia muestra de pacientes.

MÉTODOS:
Desde 2007 hasta 2016 se intervinieron 443 pacientes con aneurismas de aorta (raíz, ascendente, arco y/o aorta torácica). Se analizó la incidencia de insuficiencia renal y los factores predictores mediante estudio multivariado.

RESULTADOS:
Del total de pacientes el 75,2% eran varones, edad media 63 años. Un 13,5% tenía disfunción renal preoperatoria (creatinina basal >1,6 mg%). 69 pacientes (15,6%) desarrolló insuficiencia renal postoperatoria, en 10 casos (2,3%) con necesidad de hemodiálisis, con un 30,4% de mortalidad en este grupo (p<0,001). Los factores predictores fueron la edad (OR 1,04; p= 0,009), la insuficiencia renal preoperatoria (OR 3,3; p<0,001), la cirugía de arco (OR 2,8; p= 0,004) y la cirugía asociada (OR 3,1; p<0,001).

CONCLUSIONES:
La insuficiencia renal tras cirugía de los aneurismas de aorta torácica es frecuente y afecta a la mortalidad hospitalaria. La situación renal preoperatoria, la edad y los procedimientos complejos (reparación de arco o varios procedimientos) predicen un mayor riesgo de disfunción renal postoperatoria.

30. Complicaciones respiratorias y mortalidad en la cirugía electiva de aneurismas de aorta torácica.

GUEVARA BONILLA A., VALERA MARTÍNEZ F., BLANCO HERRERA O., BERBEL BONILLO A., DOMÍNGUEZ MASSA C., MONTERO ARGUDO A.
Serv. de Cirugía Cardiaca. Hosp. Univ. y Politécnico La Fe. Valencia.

OBJETIVOS:
El tratamiento quirúrgico de los aneurismas torácicos que afectan desde la raíz aórtica hasta la aorta torácica descendente conlleva aún en la actualidad una elevada mortalidad, en gran parte asociada a complicaciones respiratorias. El objetivo de este estudio es establecer la mortalidad y las complicaciones respiratorias tras cirugía electiva en una serie amplia y actual de pacientes, identificando los predictores relacionados con dichas complicaciones.

MÉTODOS:
Se estudiaron 443 pacientes con aneurismas intervenidos de forma electiva entre 2007 y 2016. Se realizó un análisis de regresión logística para establecer predictores de complicaciones respiratorias y mortalidad hospitalaria.

RESULTADOS:
Edad media de los pacientes 63 años, siendo un 75,2% varones. En un 27,5% se realizó cirugía de raíz aórtica y en un 12,9% cirugía de arco. Un 11,7% (52/443) presentaron complicaciones respiratorias y la mortalidad hospitalaria fue del 5,4% (*Euroscore logístico 13,3, euroscore II 6,2*). La disfunción de ventrículo izquierdo, la reoperación, la cirugía de arco y la cirugía asociada fueron predictores de complicaciones respiratorias, mientras que la enfermedad coronaria y la reintervención predijeron un mayor riesgo de mortalidad.

CONCLUSIONES:
A pesar de constituir una cirugía de alto riesgo, los resultados actuales en la cirugía de los aneurismas de aorta torácica en términos de mortalidad son buenos, inferiores a los escores habituales de riesgo en cirugía cardíaca. Las complicaciones respiratorias son frecuentes, sobretodo en cirugía de arco y en la reintervención

31. Carcinoma renal con trombosis de cava y aurícula derecha: técnica sin hipotermia profunda ni parada cardiocirculatoria

GUEVARA BONILLA A., PEREZ GUILLEN M., PONTONES MORENO J., MONTERO ARGUDO A., BERBEL BONILLO A., BLANCO HERRERA O., DOMÍNGUEZ MASSA C., BEL MÍNGUEZ A., DOÑATE BERTOLIN L., HEREDIA CAMBRA T.
Serv. de Cirugía Cardíaca. Hosp. Univ. y Politécnico La Fe. Valencia.

OBJETIVO:
Los tumores renales pueden llegar a producir extensión trombotica intraluminal de la vena cava inferior. En un 1% de los casos, esta trombosis puede alcanzar la aurícula derecha. Describiremos la técnica utilizada en nuestro hospital donde, con un enfoque multidisciplinario y sin la utilización de hipotermia profunda, realizamos cirugía de resección tumoral.
MATERIAL Y METODOS
Desde 2008 hasta hoy hemos intervenido a ocho pacientes (65% varones) con edad media de 60 años, diagnosticados de carcinoma renal con extension hasta auricula derecha (tipo IV) en 8 casos.
Se practicó la incisión de Chevron para la exposición conjunta del riñón y de la cava retrohepática colaborando urología y cirugía hepática para la adecuada exposición tumoral. Mediante esternotomía media se establece circulación extracorporea realizando canulación aortica estándar, VCS y vena femoral. Todos los procedimientos se realizaron sin parada cardiocirculatoria y bajo hipotermia moderada (26- 28 ºC).
RESULTADOS
No hubo muertes quirúrgicas ni intrahospitalarias. El tiempo medio de CEC fue de 40 minutos. La estancia media en la UCI fue de 7 días (rango 4-33) y la estancia postopertoria media de 15días (rango 3-60). Hubo un caso de TEP intraoperatorio.
CONCLUSIONES
El abordaje de este tipo de tumores, puede llevarse a cabo con un manejo multidisciplinario, utilizando canulación venosa selectiva e hipotermia moderada obteniendose buenos resultados en cuanto a la morbimortalidad y libertad de enfermedad.

32. Respiración de cheyne-stokes en insuficiencia cardiaca

SALCEDO GADEA M., SAHUQUILLO SERRANO M., ARENAS MARTÍN P., EZZITOUNY M., SANZ SÁNCHEZ J., OSA SÁEZ A., RUEDA SORIANO J., ZORIO GRIMA E., MARTÍNEZ DOLZ L., ARNAU VIVES M.A.
Serv. de Medicina Interna. Serv. de Cardiol. Hosp. Univ. y Politécnico La Fe. Valencia.

OBJETIVOS
Describir las características clínicas, analíticas, electro y ecocardiográficas de los pacientes con insuficiencia cardiaca y respiración de Cheyne-Stokes (RCS). Evaluar su supervivencia e identificar factores que asocian mal pronóstico y mayor mortalidad.

MATERIAL Y MÉTODOS
Registro retrospectivo de pacientes en los que se objetivó RCS (en estado de alerta) durante ingreso hospitalario en Cardiología por descompensación de su cardiopatía de base, entre Enero 2011 y Enero 2017. Estadística: V. continuas (medias + DE), ANOVA y X2. Kaplan-Meier. Regresión logística.

RESULTADOS
Se detectaron 39 pacientes (74+/-11 años, 92% varones, ICC previa en un 61%, FE media de 30+/-16). La mortalidad fue del 44% al año de seguimiento. Se evidenciaron cinco variables asociadas a mayor mortalidad: edad avanzada, hemoglobina disminuida y niveles elevados de creatinina, urea y proBNP. La urea fue la única variable significativa en el análisis multivariante. Tras dicotomizar los valores de urea en 70mg/dl y proBNP en 10000pg/ml, la mortalidad fue 18% en pacientes con urea<70 mg/dl (con independencia del proBNP), 50% en aquellos con urea >70 y proBNP<10000 y 80% con ambos elevados.

CONCLUSIONES
Los pacientes con insuficiencia cardiaca y RCS (despiertos) presentan con mucha frecuencia disfunción ventricular severa (85% de los pacientes presentaban FEVI=40%) y elevada tasa de mortalidad. Los valores elevados de urea y proBNP permiten discriminar los pacientes con peor pronóstico.

34. Factores asociados a un mal control del tiempo en rango terapéutico en un Centro de Atención Primaria

CORTÉS NADAL E.A., GARCÍA MARTÍNEZ M.I., TOCADO UNZALU M.B.
Serv. de Atención Primaria. Centro de Salud Almassera de Tonda, Vilajoiosa..

OBJETIVOS:
Conocer cuáles son los factores de riesgo asociados a mal control de la anticoagulación con acenocumarol en pacientes con fibrilación auricular no valvular (FANV) y/o enfermedad tromboembólica venopulmonar (ETVP) atendidos en un centro de atención primaria y evaluar la utilidad de la escala SAM-TT2R2 simplificada para pronosticar la posibilidad de un adecuado control del tiempo en rango terapéutico (TTR).
MÉTODOS:
Se realizó un estudio observacional, transversal y retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes anticoacugulados con acenocumarol por FANV y/o ETVP que tuviesen un tiempo de seguimiento desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2016. Se evaluaron diversas variables clínicas y la puntuación en la escala SAM-TT2R2 como factores de riesgo para presentar un TTR subóptimo.
RESULTADOS:
Se analizaron 205 pacientes que cumplían los criterios de inclusión. La media de edad fue 78.7 años (mínimo 41 , máximo 95), un 49 % fueron mujeres, 34% tenían diabetes , 16% insuficiencia cardíaca congestiva, 4% tabaquismo activo, 1 % hepatopatía, 77% hipertensión arterial sistémica y 4% vasculopatía periférica. El CHA2DS2-VASc medio fue de 3.46 (IC 95%: 3.29- 3.62).
La media del tiempo en que los pacientes estuvieron en rango fue de 60.88 % (IC 95%: 58.55-63.20). Durante el periodo de seguimiento un 41% de los pacientes presentaron un TTR superior al 65% y un 32% por encima del 70%.
Ninguna de las 16 variables clínicas analizadas se asociaron a un incremento en el riesgo de mal control del TTR en el análisis univariable. La escala SAM -TT2R2 simplificada no fue útil para predecir un mal control del TTR.
CONCUSIONES:
La población atendida en este centro de atención primaria presenta controles subóptimos de la anticoagulación. No encontramos ninguna variable que permitiera predecir este evento.

VIERNES DÍA 12 (08:30 - 10:00 h.)
SALA A **CARDIOLOGÍA CLÍNICA**

33. Dispositivos de asistencia ventricular izquierda de larga duración. Experiencia inicial con 6 casos en un mismo centro.

BERBEL BONILLO A., BLANCO HERRERA O., DOMÍNGUEZ MASSA C., GUEVARA BONILLA A., DOÑATE BERTOLÍN L., CANDELA NAVARRO G., BUENO CODOÑER M., BEL MÍNGUEZ A., VÁZQUEZ SÁNCHEZ A., HEREDIA CAMBRA T., PÉREZ GUILLÉN M., VALERA MARTÍNEZ F.J., TORREGROSA PUERTA S., MONTERO ARGUDO J.A.
Serv. de Cirugía Card. Hosp. Univ. y Politècnic La Fe. Valencia.

INTRODUCCIÓN: Los dispositivos de asistencia ventricular izquierda (DAVI) de larga duración son una alternativa terapéutica en crecimiento para el tratamiento de la insuficiencia cardíaca (IC) terminal en pacientes no elegibles para trasplante cardíaco (TC), de manera temporal o definitiva.
MÉTODOS:Entre marzo de 2014 y septiembre de 2016 se llevó a cabo el implante de DAVI tipo HeartWare® System en 6 pacientes con IC terminal, 3 como puente a TC y 3 como terapia de destino (TD).
RESULTADOS: En el grupo de TD se incluyen 3 pacientes, de edad media 66 años, miocardiopatía dilatada isquémica (MDI), enfermedad renal crónica 3b y FEVI < 25%. El grupo de puente a TC lo forman 3 pacientes de edad media 49 años con MDI (2/3) y miocardiopatía hipertrófica en fase de dilatación (1/3) e hipertensión pulmonar (HTP) severa con resistencias vasculares pulmonares elevadas. Se realizó implante electivo de DAVI tras optimización con tratamiento inotrópico (INTERMACS 4) realizándose en uno de ellos sustitución valvular aórtica por insuficiencia aórtica moderada. No se dio fallo ventricular derecho postimplante.
Del grupo de TD un paciente falleció en el postoperatorio temprano por fallo multiorgánico mientras que 2 permanecen en seguimiento (22 y 24 meses). Un caso presentó hemorragia digestiva de repetición como complicación. Ambos presentaron mejoría precoz y estable de la capacidad funcional (NYHA I). En el grupo de puente a TC un paciente falleció a los 3 meses a causa de trombosis del dispositivo y en los otros 2 se consiguió reversión de la HTP. Uno de ellos se trasplantó tras 12 meses y el otro permanece en lista de espera de TC con un seguimiento de 36 meses sin complicaciones.
CONCLUSIONES: Los DAVI suponen una opción de tratamiento eficaz para pacientes con IC terminal bien como puente a TC, como puente a candidato o como TD.

35. Fenotipo detallado de las muertes súbitas por miocardiopatía hipertrofia.

DOMINGO VALERO D., ALMUDEVER M., MOLINA AGUILAR P., SANZ SÁNCHEZ J., ABELLÁN Y., MARÍ ALEXANDRE J., SANCHO J., GINER BLASCO J., MARTÍNEZ-DOLZ., ZORIO GRIMA E.
Serv. de Cardiol. Hosp. Univ. Politécnico La Fe. Valencia.

OBJETIVO:
Caracterización de los casos de muerte súbita cardiaca (MSC) por miocardiopatía hipertrófica (MCH) intentando identificar posibles factores asociados a eventos letales.
MÉTODOS:
Estudio de casos de MSC por MCH incluidos prospectivamente en estudio multidisciplinar de 2008 a 2016.
RESULTADOS:
Predominio masculino con edad mayor de 35 años (64%) así como obesidad/sobrepeso. Un 38% no tuvo aumento de peso y en un 18% los grosores fueron normales. Las cicatrices fibrosas se limitan al tabique, no son frecuentes ni se relacionan con la edad ni la arterioesclerosis coronaria (AE). La lesión de pequeño vaso está en prácticamente todos los casos, pero el tipo displásico se relaciona más con la extensión del disarray miocárdico y la severidad de su fibrosis asociada. La presencia de falsos tendones es más frecuente que en la población general y la válvula mitral está afectada en la mitad de los casos. La presencia de AE es frecuente a partir de los 40 años, siendo severa en un 20%. En los casos asociados al deporte no hay un aumento significativo del peso ni del grosor del ventrículo izquierdo. El estudio genético fue concluyente en 7/8 casos, 5 con mutaciones en MYBPC3 (todos asociados al deporte y cicatrices fibrosas extensas), 1 en MYH7 y 1 en ACTN2 . Existe afectación familiar en la mitad de los casos estudiados.
CONCLUSIONES:
Es necesario seguir avanzando en el conocimiento del comportamiento de la MCH y para ello se necesitan grupos multidisciplinares, no limitar los casos índices por la edad y conseguir mayor apoyo institucional en los estudios genéticos, ya que siguen siendo la asignatura pendiente y son imprescindibles para filiar correctamente los casos. Instituto de Salud Carlos III, FEDER, «Una manera de hacer Europa» (PI14/01477).

36. El consumo pico de oxígeno predice rehospitalizaciones en la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada.

BRIATORE A., TORMO JUÁREZ J.P., MELERO LLORET J., PALAU SAMPÍO P., DOMÍNGUEZ MAFÉ E., RAMÓN FERRANDIS J.M., HEREDIA CAMBRA R., BELLVER NAVARRO A., CHORRO GASCÓ F.J., NÚÑEZ VILLOTA J.
Hos. Gral. Univ. de Castellón.

ANTECEDENTES:
La insuficiencia cardiaca con fracción de eyección preservada (ICFE-p) es un síndrome muy prevalente con elevada morbimortalidad. Hasta la fecha, existe escasa evidencia acerca del papel del consumo pico de oxígeno (peak VO2) en la predicción del pronóstico en la ICFE-p.
OBJETIVOS:
El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la asociación entre el peak VO2 y el riesgo de rehospitalizaciones en pacientes con ICFE-p.
MÉTODOS:
Se incluyeron un total de 74 pacientes con diagnóstico de ICFE-p con clase funcional estable de la NYHA = II y a los que les realizó una ergoespirometría. Se utilizó un método de regresión binomial negativa para determinar la asociación entre el porcentaje del peak VO2 predicho (pp-peak VO2) para edad y sexo y los ingresos frecuentes. Las estimaciones del riesgo se informaron como tasas de incidencia (IRR).
RESULTADOS:
La edad media (± DE) fue de 72,5±9,1 años, el 53% mujeres y todos los pacientes presentaron NYHA II-III. La media (± DE) del peak VO2 y la mediana (RIQ) del pp-peak VO2 fueron de 10± 2,8 mL / min / Kg y 60% (47-67), respectivamente. Durante una mediana (RIQ) de seguimiento de 276 días (53-1231), se registraron un total de 84 hospitalizaciones por cualquier causa en 31 pacientes (41,9%) y una mortalidad de los pacientes incluidos del 20,3% (15 pacientes). En el análisis multivariante, donde se consideró la mortalidad como un evento terminal, el pp-peak VO2 se asoció de forma lineal e independiente con el riesgo de rehospitalizaciones por cualquier causa. De esta forma, una reducción del 10% del pp-peak VO2 incrementa en un 32% el riesgo de ingresos frecuentes [IRR: 1,32 (1,03-1,68), p=0,028].
CONCLUSIONES:
En los pacientes de edad avanzada con ICFE-p y NYHA = II, el peak VO2 predice los rehospitalizaciones por cualquier causa.

37. Niveles séricos de potasio y mortalidad a los 6 meses en la Insuficiencia Cardíaca aguda.

HEREDIA CAMBRA R., PAYÁ CHAUME A., MIÑANA ESCRIVÀ G., VALERO PITCHER E., CARDELLS BELTRÁN I., SANTAS OLMEDA E., GARCÍA BLAS S., GONZÁLEZ D., GREGORIO J., ESCRIBANO ALARCÓN D., NÚÑEZ VILLOTA J.E.
Hosp. Clín. Univ. de Valencia.

INTRODUCCIÓN:
Las alteraciones séricas del potasio son frecuentes en pacientes con insuficiencia cardíaca aguda (ICA), siendo su significado pronóstico limitado. En este trabajo se evaluó la asociación independiente entre el potasio sérico en el ingreso y el riesgo de mortalidad por todas las causas a los 6 meses.
MÉTODOS:
Se midió al ingreso, prospectivamente, el potasio en 1.090 pacientes con ICA, agrupándose de acuerdo a: niveles bajos de potasio (<3,5 mEq/L), potasio normal (3,5 a 5,0 mEq/L) y altos niveles de potasio (>5,0 mEq/L). La asociación independiente entre el potasio y la mortalidad a los 6 meses se evaluó mediante el análisis de regresión de Cox. El grado de riesgo a lo largo del continuo de potasio se evaluó mediante polinomios fraccionales.
RESULTADOS:
La edad media de los pacientes fue de 73,6 años, un 53,5% fueron hombres y un 50,8% tenían una FEVI =50%. La mediana del NT-proBNP fue 3.631 pg/ml. Presentaron hipopotasemia 84 pacientes, potasio normal 871 e hiperpotasemia 136. A los 6 meses de seguimiento, 126 pacientes murieron. Los pacientes con hiperpotasemia casi duplicaron las tasas de mortalidad [10,5%, 11,9% y 19,8% para el potasio normal, bajo y alto, respectivamente (p=0,014)]. En el análisis multivariado, los pacientes con hiperpotasemia mostraban mayor riesgo de mortalidad a los 6 meses en comparación con los pacientes con potasio normal (HR=1,49 IC 95% 0,94-2,38 p=0,088). Cuando se evaluó el potasio sérico como variable continua, se asoció significativamente al criterio de valoración, objetivándose una asociación positiva con un incremento exponencial entre 6 a 6,5 mEq/L.
CONCLUSIÓN:
En pacientes con ICA, los niveles altos de potasio en el ingreso se asocian a mayor riesgo de muerte a los 6 meses. Esta asociación es especialmente atribuible a niveles muy altos de potasio.

38. Perseverancia en las deficiencias del tratamiento antitrombótico de la fibrilación auricular no valvular.

CALLIZO R., MORA V., DUBOIS D., GONZÁLEZ J., NAVARRO F., VICENTE M., SEOANE A., VIÑAS A., SERRATS R., ROLDÁN I. REPRESENTACIÓN DEL ESTUDIO AFINVA.
Serv. de Cardiol. Hosp. Dr. Peset. Valencia.

El tratamiento antitrombótico (TA) en pacientes (p) con fibrilación auricular no valvular (FANV) ha ido cambiando con la aparición de nuevos fármacos.
OBJETIVO.
Conocer la evolución del grado de adecuación a las recomendaciones de las guías clínicas del TA en p con FANV una vez documentadas las deficiencias previas.
MÉTODOS.
Estudio observacional prospectivo de una muestra de 505 p con FANV. En la visita inicial analizamos las características clínicas y el grado de adecuación a las recomendaciones de las guías en el TA. Analizamos de nuevo la situación al año de seguimiento.
RESULTADOS:
Edad media 77,4±10 años, mujeres el 55%. La prevalencia inicial de TA inadecuado fue del 58,2% (24,6% por no ir anticoagulados, 29,5% por mal control de la anticoagulación (ACO) con acenocumarol definida por tiempo en rango terapéutico <65% según método de Rosendaal en los 6 meses previos, 3,5% por no indicación de tratamiento antiagregante concomitante a la anticoagulación y 0,6% por no estar indicada la ACO con CHA2DS2VASC=0).
Al año de seguimiento la prevalencia de TA inadecuado se redujo al 51,2 % (21,3% por no ACO, 27,5% por mal control de ACO, 2% por no indicación de antiagregantes y 0,4% por no indicación de ACO). La diferencia de prevalencias entre los 2 cortes fue del 7% [(IC95%): 0,73-13,2] y la razón de odds de prevalencias 0,75 [(IC95%): 0,59-0,97]; p=0,029.
CONCLUSIONES.
A pesar de la significativa mejora obervada, la prevalencia de TA inadecuado fue muy elevada al inicio y durante el seguimiento. Es llamativo el elevado porcentaje de población sin ACO, y la reticencia a la incorporación de anticoagulantes directos en los pacientes con mal control de la ACO con acenocumarol.

39. Características clínicas y microbiológicas de la endocarditis infecciosa en pacientes con cirrosis hepática.

MELERO FERRER J.L., ARNAU VIVES M.A., BENLLOCH PEREZ S., BLANES JULIA M., NAVARRO NAVARRO B., BEL MÍNGUEZ A., OSA SÁEZ A., PÉREZ GUILLÉN M., QUESADA CARMONA A., MARTÍNEZ DOLZ L.
Ud. de Endocarditis. Serv. de Cardiol. Hosp. Univ. i Politècnic La Fe.Valencia.

La endocarditis infecciosa (EI) es un cuadro grave que asocia una morbimortalidad elevadas. Los pacientes con cirrosis hepática (CH) por sus condiciones hemodinámicas e inmunológicas son un grupo vulnerable para el desarrollo de EI. El presente estudio analiza las características propias de la EI en pacientes con CH.
Se hizo una búsqueda de pacientes que entre 2011 y 2016 ingresaron en el hospital por EI. Se incluyeron aquellos con diagnóstico previo de CH, o concomitante durante el ingreso. Se recogieron características clínicas, microbiológicas y supervivencia de la cohorte.
De un total de 241 EI, 22 (9,3%) fueron en CH. Todos eran varones (edad 59±12). Las principales causas de CH fueron enólica (45%), VHC (23%) y enolica+VHC (18%). Un 60% eran HTA, 36% diabéticos, 27% disfunción renal previa. El 45% tenían cardiopatía previa (14% isquémica, 18% valvulopatía). Un 68% de los pacientes estaban en estadío Child B-C. La presentación más frecuente fue fiebre y astenia (41%) seguido de fiebre y disnea (18%) y descompensación de la CH (14%). La válvula más afectada fue la aórtica (68%) seguida de la mitral (36%). Un 27% de los casos hubo afectación polivalvular. En el 54% de los casos se produjo regurgitación significativa de la válvula afecta. Los patógenos más frecuentes fueron enterococos 32% y S. Bovis 18%. Los pacientes desarrollaron sepsis o IC en un 41% de los casos. Sólo se intervenieron 5 pacientes (60% mortalidad). Tres pacientes presentaron varios episodios de EI. La mortalidad fue elevada (68%). El 53% murió durante el episodio y un 27% en la evolución al no ser candidato a CCV ni trasplante. La supervivencia al año fue del 34%.
La EI en la CH no es infrecuente y acarrea alta mortalidad. La válvula aórtica es la más afectada y suele lesionarse. Los patógenos de origen intestinal son los más frecuentes

40. Levosimendan en hospital de día en insuficiencia cardiaca crónica avanzada: experiencia en nuestro centro.

ARENAS MARTÍN P., SÁNCHEZ LÁZARO I.J., LÓPEZ VILELLA R., HUSILLOS TAMARIT I., BORRÁS C., DONOSO TRENADO V., SANZ SÁNCHEZ J., MARTÍNEZ DOLZ L., ALMENAR BONET L.
Serv. de Cardiol. Hosp. Univ. y Politécnico La Fe. Valencia.

OBJETIVO
Conocer nuestros resultados con el uso de levosimendan en el hospital de día (HDD) en pacientes con insuficiencia cardiaca crónica avanzada (ICCA) para prevenir ingresos y/o como puente a trasplante.
METODO
Se analizan retrospectivamente a todos los pacientes con ICCA incluidos en el programa de tratamiento con levosimendan en el HDD. Se incluyó un total de 15 pacientes.
El programa consta de la administración de 6 ciclos de levosimendan (0,2 µg/Kg/min) en 6 horas cada 14 días. Se registra el número de ingresos en el año previo de entrar en el programa y en el año posterior de finalizar el mismo, valores analíticos (PRO-BNP y función renal), y si llegan a trasplante cardiaco.
RESULTADOS
De los 15 pacientes el 87,5% eran varones, con una media de 60 años. La etiología de la insuficiencia cardiaca era un 37,5 % isquémica, 6,3% valvular, un 37,5 % miocardiopatía dilatada idiopática y el 12,5% cardiopatía congénita.
Previo al tratamiento con levosimendan, la media de reingresos en un año era de 1,73 (DE 1,43), reduciéndose a 0,2 (DE 0,56) tras el tratamiento con levosimendan (p: 0,017).
Los niveles medios de PRO-BNP antes de iniciar el programa eran de 7.537 pg/mL (DE 7.123) y al mes de finalizar el mismo se reduce a 4.466 pg/mL (DE 5.500) (p: 0,27). La media del FG antes del inicio de los ciclos es de 56,26 mL/min (DE 0,85), y al mes de finalizar se mantiene estable (media de 53,44 mL/min, DE 0,43) (p: 0,159).
De los 7 pacientes incluidos en la lista de trasplante antes de iniciar el programa, 5 llegaron al trasplante.
CONCLUSIONES
La inclusión de pacientes con ICCA en un programa de levosimendán en HDD reduce de forma significativa el número de ingresos, disminuye el PRO-BNP y no afecta a la función renal. Además, permite que los pacientes que esperan un trasplante lleguen al mismo sin descompensaciones.

41. Prótesis aórticas sin sutura. Experiencia inicial con 96 paciente en un mismo centro.

BERBEL BONILLO A., BLANCO HERRERA O., DOMÍNGUEZ MASSA C., GUEVARA BONILLA A., VÁZQUEZ SÁNCHEZ A., DOÑATE BERTOLÍN L., CANDELA NAVARRO G., BUENO CODOÑER M., BEL MÍNGUEZ A., HEREDIA CAMBRA T., PÉREZ GUILLÉN M., VALERA MARTÍNEZ F.J..,TORREGROSA PUERTA S., MONTERO ARGUDO J.A.
Serv. de Cirugía Cardíaca. Hosp. Univ. i Politècnic La Fe. Valencia.

INTRODUCCIÓN:
Las nuevas prótesis aórticas sin sutura representan una alternativa a la sustitución valvular aórtica (SVA) convencional con resultados prometedores en cuanto a la reducción de tiempos quirúrgicos, complicaciones postoperatorias y comportamiento hemodinámico. El objetivo de este estudio es analizar los resultados de los pacientes tratados con prótesis aórtica sin sutura en nuestro centro.
MÉTODOS:
Se analizaron retrospectivamente 96 pacientes consecutivos sometidos a SVA con prótesis aórtica sin sutura entre febrero de 2014 y diciembre de 2016.
RESULTADOS:
El 57,4% fueron mujeres, de edad comprendida entre 58 y 87 años (media 78,2 años) con Euroscore II medio de 7,1% y logístico de 14,4%. Se implantaron 54 Carpentier-Edwards Intuity por 42 Perceval S. El 42,1% se sometieron a SVA aislada (49,3% por cirugía mínimamente invasiva) y el 57,9% se acompañó de algún otro procedimiento concomitante. En SVA aislada el tiempo medio de CEC fue de 73,2min y de isquemia 53,6min. Los gradientes transvalvulares postoperatorios máximo y medio fueron de 22,3mmHg 12,1mmHg respectivamente, presentando un 2,4% de insuficiencia periprotésica significativa y un 3,8% ligera. La mortalidad hospitalaria global fue del 5,2% (5/96) siendo el 1% (1/96) de causa cardiaca. Un 8,3% presentaron BCRIHH y un 9,7% BAV postoperatorio, con un 4,1% de necesidad de implante de marcapasos. No se dieron eventos cerebrovasculares ni complicaciones vasculares.
CONCLUSIONES:
Superada la curva de aprendizaje inicial, las prótesis aórticas sin sutura se presentan como una alternativa segura, fácil de implantar, con reducción de los tiempos intraoperatorios y con excelentes resultados postoperatorios y comportamiento hemodinámico.

42. Efectos del entrenamiento de la musculatura inspiratoria y la electroestimulación muscular funcional en la ICFSp

DOMÍNGUEZ MAFÉ E., PALAU SAMPÍO P., LÓPEZ BUENO L., RAMÓN FERRANDIS J.M., GONZÁLEZ D´GREGORIO J., HEREDIA CAMBRA R., SANTAS OLMEDA E., BELLVER NAVARRO A., CHORRO GASCÓ F.J., NÚÑEZ VILLOTA J.
Serv. de Cardiol. Hosp. Gral. Univ. de Castellón. Serv. de Cardiol. Hosp. Gral. Univ. Valencia.

ANTECEDENTES:
No disponemos de tratamientos farmacológicos que hayan demostrado consistentemente reducir la morbimortalidad asociada en pacientes con insuficiencia cardiaca y función sistólica preservada (ICFSp).
OBJETIVO:
Evaluar si en la ICFSp, el entrenamiento de la musculatura inspiratoria (EMI), la electroestimulación muscular funcional (EMF) o la combinación de ambas (EMI+EMF) pueden mejorar la capacidad funcional, calidad de vida (QoL), parámetros de disfunción diastólica o biomarcadores a las 12 y 24 semanas.
MÉTODOS Y RESULTADOS:
61 pacientes estables con ICFSp (NYHA II-III) fueron aleatorizados (1:1:1:1) a recibir un programa de 12 semanas de EMI, EMF, o EMI+EMF vs. tratamiento médico habitual (control). El objetivo primario fue evaluar el cambio en el consumo pico de O2 (VO2 máx). Los objetivos secundarios fueron los cambios en QoL (cuestionario de Minnesota), parámetros ecocardiográficos y biomarcadores. Se utilizó un modelo lineal mixto para comparar los cambios entre los diferentes grupos de tratamiento a las 12 y 24 semanas. Edad media de 74±9 años y 58% de mujeres. El VO2 máx fue de 9.9±2.5 ml/min/kg con cociente respiratorio de 1.05±0.09. A las 12 semanas, con respecto al grupo control, el incremento medio de VO2 máx fue de 2.98, 2.93, y 2.47 para EMI, EMF, y EMI+EMF, respectivamente ($p<0.001$). Este incremento se mantuvo a las 24 semanas (1.95, 2.08 y 1.56, respectivamente; $p<0.003$). Resultados similares se observaron en la puntuación del cuestionario de Minnesota con una media de reducción a las 12 semanas de 13.85, 10.91, y 16.34 para EMI, EMF y EMI+EMF, respectivamente ($p<0.001$). No cambios significativos en parámetros ecocardiográficos o biomarcadores.
CONCLUSIONES:
En pacientes con ICFSp sintomática tanto el EMI como la EMF se asocian con una marcada mejoría de la capacidad funcional y QoL.

43. Evaluación de la cardiopatía familiar. ¿Es necesaria la creación de nuevas consultas especificas?.

MATEO RODRIGUEZ I., ZUAZOLA MARTÍNEZ P., FUENTES GARCÍA S., ERDOCIAIN PERALES M., TOCADO UNZALU B., LÓPEZ-VAQUERO C., DE LA GUIA GALIPIENSO F., LÓPEZ ARANDA M.A.
Serv. de Cardiol. Hosp. Marina Baixa, Villajoyosa.

INTRODUCCION Y OBJETIVOS:
Las cardiopatías familiares agrupan una serie de enfermedades genéticas y, por tanto, transmisibles de padres a hijos. Es importante un diagnóstico precoz de las mismas, ya que sólo la mitad de estos pacientes actualmente están diagnosticados. Desde Junio 2016 se han incluido en nuestra consulta pacientes con alta sospecha de cardiopatía familiar. El objetivo es analizar las características de todos los pacientes incluidos en la consulta y valorar la rentabilidad del diagnóstico precoz así como del estudio genético.
METODOLOGIA:
Estudio descriptivo representativo del área que abarca nuestro hospital. Se han incluido de manera consecutiva los pacientes valorados en nuestra consulta de cardiopatias familiares en un periodo que abarca desde junio 2016 hasta enero 2017.
RESULTADOS:
Se han incluido un total de 46 pacientes (16 familias), de los cuales 28% (N=13) fueron probandos y el 72% (N= 33) familiares. La edad media fue 37 años y con antecedente de muerte súbita en 5 familas. De los 46 casos estudiados, en la mitad de ellos se ha confirmado el diagnóstico de alguna cardiopatía y, de ellos, el 100% ha sido diagnosticado en esta unidad. Se han realizado 22 estudios genéticos con resultado positivo en el 73% de los casos (16 pacientes). Las mutaciones encontradas fueron en el gen SCN5A, MT-TL1, LMNA (20%), seguidas del DSC2, MYBPC3, KNCE1 (11%) y KCNQ1 (5%). Se encontró una correlación genotipo-fenotipo en el 46% de los pacientes estudiados y se implantaron 2 desfibriladores automáticos.
CONCLUSIONES:
En la muestra analizada existe una alta rentabilidad tanto de la valoración inicial en la consulta como de la realización del estudio genético para el diagnóstico precoz de estas cardiopatias.

44. Características de la disección coronaria espontánea.

PÉREZ-OLIVARES DELGADO C., FAGA V., PÉREZ GOZALBO J., SAURÍ ORTIZ A., ROMERO DORTA E., BERTOLÍN BORONAT J., PÉREZ GIL M.M., ROLDÁN TORRES I., MORA LLABATA V., AGUAR CARRASCO P.
Serv. de Cardiol. Hosp. Doctor Peset. Valencia.

OBJETIVO:
La disección coronaria espontánea(DCE) es una causa infrecuente de síndrome coronario agudo(SCA). El conocimiento de esta patología se basa en series de casos.
MÉTODOS:
Estudio descriptivo de los pacientes(p) con DCE ingresados en nuestro Centro entre Enero de 2014 y Junio de 2016. Analizamos características clínicas, angiográficas, manejo terapéutico durante y complicaciones evolutivas.
RESULTADOS:
Incluimos 14 casos, estimando una prevalencia de 0,7% DCE del total de coronariografías diagnósticas. Los p presentaban edad media de 49,5 años, el 92,9% en mujeres. La prevalencia de factores de riesgo cardiovascular fue: 28.6% hipertensión arterial, 28,6% dislipemia. Ningún p presentaba diabetes mellitus. El 42,9% eran fumadores activos y el 21,4% exfumadores. Uno de los casos fue una gestante.
El 91,7% presentó alteración en el ECG. En 5 casos (35,7%) se realizó cateterismo coronario de forma emergente. La arteria afectada con mayor frecuencia fue la descendente anterior (DA) (64,3%). La alteración angiográfica más frecuente fue la afectación difusa de la arteria (69.2%), y en segundo lugar las lesiones focales (30.7%). Solo 3 p se revascularizaron (2 de forma percutánea y otro quirúrgico). La mediana de seguimiento fue de 1.68 años. Durante el mismo un p con manejo conservador reingresó por SCA.
El 26,7% recibió al alta antiagregación con AAS y el 53,3% doble antiagregación. Un 76,9% con estatinas y un 69,2% con beta bloqueantes. Se pautó IECA o ARA 2 en el 46,2% y el 15,4% requirió tratamiento con nitratos.
CONCLUSIONES:
La DCE afecta casi exclusivamente a mujeres, de edad media y con baja prevalencia de factores de riesgo cardiovascular. Presentan con mayor frecuencia afectación de la DA. En la mayoría de los casos se mantuvo una estrategia terapéutica conservadora que se demostró segura.

45. ¿Realmente alcanzamos los niveles de LDL objetivo tras un síndrome coronario agudo en la práctica clínica habitual?

ERDOCIAÍN PERALES M., LÓPEZ-VAQUERO C., TOCADO UNZALU B., MATEO RODRIGUEZ I., DE LA GUÍA GALIPIENSO F., LÓPEZ ARANDA M., ZUAZOLA MARTINEZ P., CORTÉS NADAL E., GARIJO SAIZ A.
Serv. de Cardiol. Hosp. Marina Baixa. Villajoyosa.

OBJETIVOS:
El tratamiento hipolipemiante en pacientes que han sufrido un síndrome coronario agudo (SCA) debe ir dirigido a obtener cifras de LDL menores a 70 mg/dl o una reducción del 50%. Los lípidos deben reevaluarse a las 4-6 semanas tras el evento agudo. Nuestro objetivo es estudiar el porcentaje de pacientes que alcanzan niveles objetivos de LDL tras un SCA, así como analizar la estrategia de tratamiento hipolipemiante al alta y en la primera consulta.
MÉTODOS:
Se estudiaron de forma retrospectiva los pacientes que ingresaron por SCA desde el 1 enero de 2016 hasta el 15 de julio de 2016. Se registraron:factores de riesgo cardiovascular, toma previa de estatinas, niveles de LDL al ingreso, tratamiento hipolipemiante al alta y tiempo hasta la segunda determinación de LDL. Además estudiamos el cambio de tratamiento del cardiólogo en la primera consulta.
RESULTADOS:
Se estudiaron un total de 83 pacientes ingresados por SCA. El 88% fueron varones, media de edad 65,21 años. Los niveles de LDL durante el ingreso se analizaron en el 95% de lo casos. La media fue de 102,8mg/dl. La estatina más frecuentemente pautada al alta fue la Atorvastatina 80 mgr (27%). El 6% no recibieron tratamiento hipolipemiante al alta. El tiempo medio hasta la segunda determinación de LDL fue de 3 meses. El 24% de los pacientes no se realizo analítica de control de LDL. Se alcanzó el objetivo terapeútico de LDL en el 44% de los analizados con una cifra promedio de 71mg/dl. Sólo al 17% de los pacientes que no alcanzaron el objetivo terapéutico se les incrementó el tratamiento hipolipemiante.
CONCLUSIONES:
El alcance de los objetivos de LDL tras un SCA es deficiente en la nuestra serie. El tiempo hasta la reevaluación tras el alta es prolongado y debemos mejorar la optimización del tratamiento en la primera consulta.

VIERNES DÍA 12 (08:30 - 10:00 h.)
SALA B **HEMODINÁMICA Y CARDIO. INTERVENCIONISTA**

46. Características y factores de riesgo asociados a disfunción severa en enfermedad de TCI y 3v.

PERNIAS ESCRIG V., CANO VIVAR P., GARCÍA BELENGUER R., DE LARA DELGADO G., NÚÑEZ MARTÍNEZ L., GUEDES RAMALLO P., ROMERO VALERO A., MORILLAS BLASCO P.
Hosp. Gral. Univ. de Elche.

Realizamos un estudio que analiza las características pacientes con enfermedad TCI-3V en nuestro medio y los posibles factores asociados a disfunción ventricular severa.
Retrospectivamente seleccionamos a los pacientes diagnosticados de enfermedad TCI-3V entre Enero de 2013 y de 2016. Recogimos datos basales y analíticos, factores de riesgo, número de vasos enfermos, estrategia de revascularización y fracción de eyección previa y posterior a la revascularización. Se clasificó la severidad de la disfunción ventricular según las guías de práctica clínica más recientes.
Contamos con 136 pacientes. La edad media fue 70.6 años, el 75.7% eran varones. El 79.4% eran hipertensos, 67.6% dislipémicos y 52.2% diabéticos. El 70% de los casos fue por vía femoral. Un 38% presentaba enfermedad de 3 vasos. El 30% enfermedad de TCI+3 vasos, el 14% TCI+2 vasos, y TCI+1 vaso el 10%. Y el 5% enfermedad asilada de TCI. El 81.6% fue revascularizado mediante cirugía, el 8.1% por angioplastia y en el 10.3% se recibió tratamiento médico conservador. La FEVI media previa fue de 57.1% (IC 95% 54.1-60.1) y el 10.3% presentó disfunción severa.
El análisis univariado mostró relación entre HTA, DM y arteriopatía periférica con la disfunción severa. Dicha relación no se encontró al llevar a cabo el análisis multivariado.
En nuestro medio los pacientes con enfermedad de TCI-3V son mayoritariamente varones, ancianos y con sobrepeso. Con alta prevalencia de HTA, DM y dislipemia. La mayoría presenta enfermedad de 3 vasos o TCI+3 vasos. El abordaje fue principalmente femoral y tratamiento quirúrgico. Según nuestro estudio, la presencia de HTA, diabetes o arteriopatía periférica podrían estar relacionadas con el desarrollo de disfunción severa en pacientes con enfermedad de TCI-3V.

47. Características angiográficas de pacientes con infarto por resonancia cardiaca y coronarias sin lesiones significativas.

VICENTE IBARRA N., FELIU REY E., CANO VIVAR P., CARRILLO SÁEZ P., DE LARA DELGADO G., PÉRNIAS ESCRIG V., NÚÑEZ MARTÍNEZ L., GUNTURIZ BELTRÁN C., TAMAYO OBREGÓN A., RUIZ NODAR J.M.
Hosp. Gral. Univ. de Elche.

OBJETIVO:
La prevalencia del síndrome coronario agudo (SCA) con lesiones coronarias no significativas (LCNS) ha aumentado en los últimos años. En este contexto, existen técnicas hemodinámicas que se recomiendan realizar para determinar la causa del SCA como es la ventriculografía y la ecografía intracoronaria (IVUS). El objetivo de este estudio es valorar discrepancias intraobservador tras la revisión de la coronariografía en los pacientes que ingresan por SCA con IAM confirmado por Resonancia Magnética Cardiaca (RMC) y lesiones coronarias =50%.
MÉTODO:
Registro retrospectivo y multicéntrico que incluye a 72 pacientes que ingresan por SCA con diagnóstico de infarto de miocardio por RMC y LCNS desde enero del 2008 a junio del 2016 en la provincia de Alicante. Se revisó las coronariografías de cada paciente por otro hemodinamista experto y se valoró la realización de ventriculografías u otras técnicas para determinar la causa de SCA.
RESULTADOS:
De los 72 pacientes incluidos, la mayoría eran hombres (56,9%) con edad media de 57,5±14.3 años y el 31,9% se presentó como SCACEST. Las coronarias fueron definidas como normales en el 62,5%, con irregularidades parietales en el 19,4% y con placas no significativas (entre el 20-50%) en el 16,7% de los pacientes. Tras la revisión de la coronariografía 8(11,4%) pacientes presentaba lesiones significativas, 1(1,4%) paciente oclusión de pequeño vaso, 2(2,9%) pacientes embolización coronaria y 1(1,4%) paciente milking. Solo al 31% de los pacientes se les realizó ventriculografía presentando el 50% alteraciones de la contractilidad, con una fracción de eyección media de 55,8±18.4%. No se realizó OCT o IVUS en ningún paciente.
CONCLUSIÓN:
Uno de cada seis pacientes con IAM y coronarias sin lesiones significativas presentan lesiones no objetivas en la coronariografía.

48. Estrategias de revascularización preventiva en pacientes mayores de 75 años sometidos a angioplastia primaria JM.

CUBILLOS ARANGO A., RUMIZ GONZÁLEZ E., BERENGUER JOFRESA A., VILAR HERRERO J.V., SANMIGUEL CERVERA D., PERDOMO D., JIMÉNEZ CRUZ V., ALMELA ALCAIDE P., MORELL CABEDO S.
Serv. Cardiol. Consorcio Hosp. Gral. Univ. de Valencia.e

El objetivo de este trabajo es describir la incidencia en nuestro medio de enfermedad multivaso (EMV) en los pacientes mayores de 75 años con infarto agudo de miocardio con elevación del ST(IAMCEST) sometidos a angioplastia primaria(AP), las diferencias en la estrategia de revascularización y su pronóstico a largo plazo.
Analizamos de forma prospectiva a los pacientes ingresados por IAMCEST sometidos a AP o rescate, desde el 1 Enero de 2009 hasta el 1 enero de 2015 y que mostraban EMV considerada como la presencia de al menos una estenosis =70% distinta a la culpable vasos con diámetro mayor de 2mm. Establecimos 5 estrategias terapéuticas posibles: revascularización completa durante la AP, hospitalaria o ambulatoria, cirugía de revascularización coronaria o tratamiento conservador.
Se analizaron 739 pacientes, en todos ellos el vaso responsable fue revascularizado. 366 (49,5%) mostraban EMV, siendo más prevalente en los mayores de 75 años, 58,2% vs. 48,3% (p<0,05). No se observaron diferencias en la estrategia de revascularización preventiva. Se observó un mayor número de pacientes mayores de 75 años con tratamiento conservador 58,2% vs. 48% p<0,05. Durante el ingreso, 19(20,4%) pacientes mayores de 75 años y 14(6,5%) menores de 75 años fallecieron (p<0,05). Tras una mediana de seguimiento de 23 meses [RIQ 8-37], 38(36,5%) mayores de 75 años y 24(10,5%) menores de 75 años fallecieron (p<0,05). En el análisis multivariado, la edad mayor 75 años y la depresión severa de la función sistólica fueron predicciones independientes de mortalidad HR 4,7 IC95% (1,5-21) y HR 3,84 IC95% (1,7-3,7). El área bajo la curva ROC de este modelo predictivo fue 0,856, p<0,05.
Los mayores de 75 años presentan una alta prevalencia de EMV mayor riesgo de mortalidad y reciben menos revascularización preventiva tras un IAMCEST.

49. Estudio del remodelado vascular pulmonar con tomografía de coherencia óptica en pacientes con insuficiencia cardiaca.

CUBILLOS ARANGO A., RUMIZ GONZÁLEZ E., BERENGUER JOFRESA A., VILAR HERRERO J.V., SANMIGUEL CERVERA D., LÓPEZ I., ALMELA ALCAIDE P., MORELL CABEDO S.
Cardiol. Consorcio Hosp. Gral. Univ. de Valencia.

La presencia de Hipertensión pulmonar (HTP) confiere un peor pronóstico a los pacientes con insuficiencia cardiaca (IC). La tomografía de coherencia óptica (TCO) es la técnica de imagen intravascular de mayor resolución. Nuestro objetivo fue caracterizar mediante TCO el remodelado de la pared vascular pulmonar (RPVP) en pacientes con IC.
Incluimos prospectivamente pacientes ingresados por IC sometidos a un cateterismo cardiaco derecho (CCD) para estudio de HTP. Mediante CCD se recogieron presiones de aurícula derecha, ventrículo derecho, arteria pulmonar, capilar pulmonar, gradiente transpulmonar resistencias vasculares pulmonares (RVP) y cálculo del gasto cardiaco. Se realizó TCO sobre al menos una arteria segmentaria pulmonar, analizándose al menos 2 cortes transversales en cada una. Se recogieron las variables: grosor de pared (GP), grosor de pared/área luminal, grosor pared/diámetro luminal y porcentaje de pared (% pared) definido como 2GP/diámetro externo.
La TCO se realizó en 15 pacientes. La edad media fue de 65±10 años el 78% eran varones. La presión media de AP fue 36±7mmHg las RVP de 4±2 unidades Wood. La TCO objetivó un GP medio de la AP de 0,47±0,16mm con un % pared de 22,66±4,70 %. Obtuvimos un mayor GP en aquellos con RVP elevadas (>3UW) 0,51mm vs. 0,38mm, (p<0,05) y en HTP severa 0,59 vs 0,45, (p<0,05), mayor % pared en ambos grupos, 24% vs 22% y 23% vs 22%, (p>0,05). Los pacientes con índices clásicos de remodelado vascular pulmonar aumentado (GTPs>5 y GTPd>7mmHg) mostraron un mayor GP 0,5 mm vs 0,33mm y 0,55mm vs. 0,40mm (p<0,05), así como un mayor % pared 23% vs. 19% y 23% vs 20%, (p<0,05).
La TCO permite el estudio "in vivo" de la pared vascular pulmonar, demostrando un engrosamiento de la pared vascular en pacientes con HTP severa.

50. Análisis comparativo de Regadenoson versus Adenosina intracoronaria para la medida de la reserva fraccional de flujo.

FEDERICO ZARAGOZA P., CASTELLÓ VIGUER T., MARTÍNEZ ORTIZ DE URBINA L., POMAR DOMINGO F., PERIS DOMINGO E.
Serv. Cardiol. Hosp. Univ. La Ribera. Alzira.

OBJETIVOS
El cálculo de la reserva fraccional de flujo (FFR) con adenosina es la prueba de referencia para la valoración funcional de lesiones coronarias intermedias, aunque la perfusión intravenosa de adenosina consume tiempo y la administración intracoronaria está sujeta a variabilidad. Regadenoson, un nuevo agonista de los receptores A2a de la adenosina, se ha propuesto como una posible alternativa con la ventaja de su facilidad de uso requiriendo un único bolo intravenoso de 400 µg por vía periférica.
MÉTODOS
Analizamos de forma prospectiva la determinación del FFR en 15 lesiones coronarias intermedias mediante administración intracoronaria de adenosina y con bolo intravenoso de regadenoson. Cada paciente recibió ambos fármacos de forma secuencial y protocolizada: se registraron los datos hemodinámicos y los síntomas y las diferencias en el FFR final entre los 2 fármacos se analizaron mediante regresión lineal.
RESULTADOS
Se han valorado 15 lesiones en 14 pacientes y la dosis media de adenosina intracoronaria fue de 195±54 µg. La media del FFR con adenosina y regadenoson fue muy similar (0.85±0.07 vs 0.84±0.07, p=0.115) con una buena correlación entre los valores individuales en el análisis de regresión lineal (r=0.90, p<0.0001). En 2 casos (13%) se registró asistolia prolongada tras adenosina y no se observó ninguna complicación con regadenoson.
CONCLUSIÓN
La administración de regadenoson en bolo único intravenoso ha mostrado un efecto en el FFR comparable a la administración de bolos de adenosina intracoronaria. Por su facilidad de uso y la buena tolerancia observada podría considerarse como una alternativa en la valoración funcional con guía de presión de las estenosis coronarias.

51. Implante valvular aórtico transcatéter (TAVI) vía femoral: experiencia clínica y resultados de nuestro centro.

CARRILLO ALEMÁN L., CANDELA SÁNCHEZ E., BORDES SISCAR P., SAMPER PÉREZ R., JORDÁN TORRENT A., LLAMAS JUAN P., MESEGUER OLLER J., MAINAR TELLO V.
Cardiol. Hosp. Gral. Univ. de Alicante.

OBJETIVO:
Mostrar nuestra experiencia y el seguimiento a largo plazo de pacientes (p) sometidos a implante valvular aórtico transcatéter.
MÉTODOS:
P sometidos a TAVI por vía transfemoral, de enero 2011 hasta febrero 2017, con seguimiento medio tras el alta de 400 días, valorando reingresos, complicaciones y supervivencia.
RESULTADOS:
Del total de 133 TAVI, 85 p fueron vía transfemoral, con la prótesis Edwards balón expandible. El abordaje femoral fue en 82 p (96,5%). La técnica "valve-in-valve" se realizó en 3 p (3,5%). La edad media fue de 83±5,6 años. Entre los antecedentes destacaron: hipertensión 67(78,8%), diabetes 23(27,1%), 14(16,4%) tenían ACV previo, ACTP previa en 14 p (16,5%), y cirugía de revascularización coronaria en 8(9,4%). Euroscore logístico medio fue de 17,4±8,9. La mediana de la clase funcional era de 3 (RIQ 2-3). La mortalidad del procedimiento fue del 2.4%. Quince p (18,1%) sufrieron una complicación periprocedimiento: complicación hemorrágica en 8 casos (9,7%), 3 bloqueos AV que requirieron implante de marcapasos definitivo (3.6%), 3 complicaciones del acceso vascular (3,6%), 1 oclusión aguda del tronco coronario izquierdo en un caso de "Valve-inValve" que se trató con implante de stent (1,2%). La mediana de estancia hospitalaria tras el procedimiento fue de 4 días (RIQ 3-5). Hubo 17 reingresos durante el primer mes (20,5%), siendo las causas principales insuficiencia cardiaca 8(47,1%) y complicaciones relacionadas con el acceso vascular local 5(29,4%). Once p fallecieron durante el seguimiento (13,6%).
CONCLUSIONES:
En nuestra serie, con mayoría de pacientes considerados inoperables, la mortalidad hospitalaria fue del 2.4%. Un 20,5% de pacientes reingresaron durante el primer mes, principalmente por insuficiencia cardiaca. La probabilidad de estar vivo a los 2 años es de 80%.

52. ¿Han mejorado con el tiempo los intervalos de la reperfusión en el "Código Infarto"?

FEDERICO ZARAGOZA P., POMAR DOMINGO F., MARTÍNEZ ORTIZ DE URBINA L., CASTELLÓ VIGUER T., PERIS DOMINGO E.
Serv. de Cardiol. Hosp. Univ. La Ribera. Alzira..

OBJETIVOS:
La angioplastia primaria (ICP1ª) es el tratamiento de elección en pacientes (pts) con SCACEST, siempre que su realización no implique un retraso mayor de 120 min frente al tratamiento trombolítico. El "Código Infarto" es el plan de actuación en nuestra comunidad y tratamos de evaluar si a lo largo del tiempo la experiencia de los diferentes estamentos que participan en el programa ha supuesto una mejora en los tiempos de actuación.
MÉTODOS:
El estudio se realiza sobre 400 activaciones consecutivas del "código infarto" atendidas en nuestro hospital, comparando las 200 primeras (Grupo 1) con las 200 últimas (Grupo 2). Se analizan la idoneidad en la activación y los diferentes intervalos entre inicio dolor (ID), primer contacto médico (PCM), llamada a hemodinámica (LL), llegada del paciente a sala de cateterismo (TP), y apertura arteria (TB).
RESULTADOS:
En el Grupo 1 se realizarón 167 ICP1ª (83,5%) y hubo 24 activaciones que se consideraron no justificadas (12%). El resto fueron activaciones justificadas a las que no se realizó ICP. En el Grupo 2 hubo 157 ICP 1ª (78,5%) y 25 erróneas (12,5%). El análisis de intervalos de tiempo en minutos de los dos grupos fue el siguiente:

	ID-PCM	PCM-LL	LL-TP	TP-TB	PCM-TB	LL-TB
Grupo 1	**179**	**144**	**47**	**29**	**233**	**76**
Grupo 2	**180**	**75 ***	**48**	**27**	**149 ***	**72**

*p<0,001 (Grupo 1 vs Grupo 2)
A los pacientes con indicación de ICP 1ª, solo a 80 casos (47,9%) del Grupo 1 y 90 (57,3%) del Grupo 2 se les realizó en menos de 120 minutos desde PCM.
CONCLUSIONES:
Aunque en el segundo período se aprecia una reducción en el tiempo total hasta la reperfusión, en poco más del 50% se realiza antes de 120 minutos. El tiempo PCM-LL sigue siendo el intervalo que más repercute en un excesivo retraso de la reperfusión. Es necesario un análisis urgente de las causas para tratar de mejorar estos intervalos.

53. Papel de la estrategia farmacoinvasiva en la reperfusión del síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST.

TORMO JUÁREZ J.P., MONTEAGUDO VIANA M., TEJADA PONCE D., PLANAS DEL VIEJO A.M., BAELLO MONGE P., MUÑOZ GINER B., SANCHIS HERRERO A., BELLVER NAVARRO A.
Serv. Cardiol. Hosp. Gral. Univ. Castellón.

INTRODUCCIÓN:
Las guías recomiendan la ICP 1ª para el tratamiento de reperfusión del SCACEST. No es infrecuente que circunstancias impidan que la ICP 1ª se lleve a cabo dentro de los límites temporales recomendados. La estrategia farmacoinvasiva (FI) (fribrinolisis + cateterismo <24 h) se propone como alternativa a la ICP 1ª.
OBJETIVO:
Establecer la seguridad de dicha estrategia tras la puesta en marcha del plan de atención al SCACEST.
MATERIAL Y MÉTODOS:
Análisis de nuestros pacientes con SCACEST desde la puesta en marcha del código infarto.Se analizaron las características de la población, los tiempos hasta la terapia de reperfusión y la mortalidad (M) a 30 días. Se recogieron hemorragias fatales.
RESULTADOS:
De los 578 pacientes (p), el 71,7% fueron a ICP 1ª (P) y el 28,3% a estrategia farmacoinvasiva (FI). No hubo diferencias en las características basales: Edad (FI 62,6 vs P 64,6), HTA (48.8vs48.5%), tabaquismo (62,6vs74%), SCA previo , DM (66vs58%) o shock. Hubo diferencias en el acceso radial (FI 96.3vsP 90) y en el sexo (mujer FI 20vsP 31%p 0,007). En cuanto al origen, la FI se usó en el 52,8% de los p procedentes del hospital 1 vs 30,6% en el hospital 2 vs 31,4% en el centro de referencia. El 3,8% de los p activados por el SAMU fueron lisados (dif sig). Hubo los mismos sangrados mortales en cada grupo. El tiempo Activación-apertura de la arteria de 90' para p con clínica <120' sólo se consigue en el 60%. La M a 30 días fue 5,6%, evidenciando dif sig en función de la estrategia de reperfusión (FI 3,7vsP 6,3%).
CONCLUSIONES:
Nuestra estrategia FI es segura, sin diferencias en la presencia de complicaciones hemorrágicas mayores y con una menor mortalidad a 30 días frente a la ICP 1ª. La puesta en marcha de un protocolo de estrategia FI permite compensar las limitaciones estructurales del código infarto.

54. Seguridad del cateterismo coronario por acceso radial en pacientes anticoagulados.

PÉREZ-OLIVARES DELGADO C., ROMERO DORTA E., PÉREZ GOZALBO J., SAURÍ ORTIZ A., BERTOLÍN BORONAT J., PÉREZ GIL M.M., FAGA V., AGUAR CARRASCO P., DOMENECH TORT M.D., ROLDÁN TORRES I.
Cardiol. Hosp. Doctor Peset. Valencia.

OBJETIVO:
Evaluar la seguridad del mantenimiento de la anticoagulación en pacientes (p) sometidos a cateterismo coronario programado por acceso radial.
MÉTODOS:
Realizamos un estudio descriptivo, incluyendo los p sometidos a cateterismo coronario por vía radial de forma programada durante los años 2015 y 2016, que llevasen tratamiento anticoagulante crónico. Según el protocolo de nuestro centro, mantuvimos el tratamiento anticoagulante, sin realizar switch con heparina. Se realizó un seguimiento posterior con una mediana de tiempo de 1 mes para evaluar la presencia de eventos adversos en relación con el procedimiento.
RESULTADOS:
Se incluyeron inicialmente 61 p, excluyendo posteriormente 4 de ellos en los que se había realizado switch a heparina. Por lo tanto finalmente se incluyeron 57 p, 54.4% varones y con una edad media de 73,5 años. El 14% asociaban tratamiento antiagregante. Todos los procedimientos se realizaron por vía radial, en su mayoría fueron procedimientos diagnósticos (93%), siendo una minoría los procedimientos terapéuticos (3,5%) y los combinados (3,5%). El 86% de los p se encontraban en tratamiento con acenocumarol con INR medio precateterismo de 2,2 (SD 0,68). En uno de los casos hubo que administrar vitamina K previo a procedimiento por presentar un INR mayor de 3,5. Solo hubo que suspender un procedimiento por imposibilidad de canalizar arteria radial. Ningún paciente presentó compromiso clínico tras el procedimiento. Todos presentaban pulso radial al alta, aunque en 2 casos (3.3%). hubo que mantener una compresión prolongada por sangrado. En el seguimiento no hubo eventos adversos en relación con el procedimiento.
CONCLUSIONES:
La realización de coronariografía programada por vía radial, sin discontinuar el tratamiento anticoagulante es un procedimiento seguro.

55. Uso del stent conificado BioMime de 60mm de longitud en lesiones coronarias largas: experiencia inicial.

VALERO PICHER E., CONSUEGRA SÁNCHEZ L., MIÑANA ESCRIVÁ G., GARCÍA BLAS S., HEREDIA CAMBRA R., GONZÁLEZ D'GREGORIO J., RODRÍGUEZ GALLEGO J.C., MOYANO NAVALÓN P., SANCHIS FORÉS J., NÚÑEZ VILLOTA J.
Serv. de Cardiol. Hosp. Clín. Univ. Valencia.

OBJETIVOS:
El tratamiento percutáneo de las lesiones coronarias largas sigue siendo en la actualidad un reto para el cardiólogo intervencionista, ya que la incidencia de eventos adversos durante el seguimiento aumenta al solapar múltiples stents. Recientemente se ha comercializado el primer stent farmacoactivo (SFA) de 60mm de longitud y diseño conificado. El objetivo del trabajo es describir la experiencia inicial de 2 centros con este nuevo SFA.
MÉTODOS:
Se incluyeron de forma prospectiva 40 pacientes sometidos a ICP en los que se decidió implantar un SFA de 60mm de longitud debido a la presencia de enfermedad larga que involucraba segmentos arteriales de longitud superior a 48mm. Se recogieron y analizaron las características basales y los datos del procedimiento de cada paciente.
RESULTADOS:
La edad media de los pacientes fue de 65±11 años y el 65% fueron varones. En el 60% de los casos el paciente presentaba un SCASEST. La vía radial fue el acceso de elección en el 93% de los casos y la arteria coronaria derecha el vaso más frecuentemente tratado (60%). El SFA BioMime™ de 60mm fue implantado con éxito en 37 (93%) pacientes, requiriendo en 7 de ellos la ayuda de un extensor de catéter para su implante. El tiempo medio de escopia fue de 16±8 min y el volumen de contraste medio utilizado por procedimiento fue de 158±34 ml. Durante una mediana de seguimiento de 191 días (RIC 66-253), no se objetivó ningún evento clínico mayor adverso (muerte, reingreso o revascularización de la lesión diana) en ninguno de los pacientes.
CONCLUSIONES:
La utilización de los SFA BioMime™ de 60mm para el tratamiento de lesiones coronarias muy largas presenta inicialmente resultados prometedores y por tanto, podría ser una opción potencialmente útil para el tratamiento de este tipo de lesiones complejas.

56. Resultados tras revascularizacion percutanea de la enfermedad de tronco coronario izquierdo.

MARTÍNEZ ORTIZ DE URBINA L., CASTELLÓ VIGUER T., FEDERICO ZARAGOZA P., POMAR DOMINGO F., BALAGUER MALFAGÓN J.R., HERAS HERREROS S., GUDIN URIEL M., PERIS DOMINGO E., COLOMER MARTÍ J.L.
Serv. Cardiol. Hosp. La Ribera. Alzira.

OBJETIVOS
Valorar la evolución de nuestra serie de pacientes con enfermedad de tronco coronario izquierdo (TCI) revascularizados de forma percutánea.
MÉTODOS
Se analizó la tasa de éxito inicial y las complicaciones periprocedimiento, así como la aparición de los eventos: muerte de cualquier causa, necesidad de nueva revascularización y accidente cerebrovascular agudo (ACV) a lo largo del seguimiento de 25 pacientes revascularizados consecutivamente de forma percutánea entre Septiembre de 2014 y Diciembre de 2016, por enfermedad de TCI en nuestro centro.
RESULTADOS
La edad media de los pacientes de fué de 68 años, siendo la mayoría varones (85%). En todos los casos se logró una revascularización exitosa sin complicaciones mayores. Durante el seguimiento (tiempo medio de 11 meses, entre 1 y 27 meses), se observaron 3 muertes (2 muertes cardiacas) De las muertes cardiacas una correspondió a trombosis probable a los 8 meses de la revascularización, y la segunda estuvo en relación a fracaso hemodinámico en paciente con revascularización de TCI en contexto de SCACEST y shock cardiogénico. No se detectó necesidad de nueva revascularización ni ACV en ninguno de los pacientes durante el seguimiento.
CONCLUSIONES
La revascularización percutánea de TCI en nuestro medio se muestra como una técnica con alta tasa de éxito y baja de complicaciones inmediatas. Además asocia muy unos resultados de morbimortalidad baja durante el seguimiento. Todo ello la convierte en una alternativa a la revascularización quirúrgica en pacientes seleccionados con enfermedad coronaria de TCI.

57. Cierre transapical de fugas periprotésicas mitrales. Experiencia inicial en un quirófano híbrido.

RODRÍGUEZ PICHARDO Y., DÍEZ GIL J.L., HEREDIA CAMBRA T., ANDRÉS LALAGUNA L., PÉREZ GUILLEN M., SANZ SÁNCHEZ J., FERRÉ VALLVERDÚ M., TEN MORRO F., SÁNCHEZ LACUESTA E., MONTERO ARGUDO J.A.
Ud. de Hemodinámica. Serv. Cardiol. Serv. Cirugía Cardiaca. Hosp. Univ. y Politécnico La Fe. Valencia.

INTRODUCCIÓN:
Las fugas paravalvulares mitrales (FPVM) de algún grado tras el implante quirúrgico de una prótesis alcanzan una prevalencia del 20%. El 1-3% de las FPVM precisan reparación por fallo cardiaco y/o hemólisis. El éxito técnico y del procedimiento del cierre percutáneo de las FPVM no supera el 80%, lo cual denota la dificultad técnica por este acceso. El abordaje transapical minimiza estas dificultades.
OBJETIVOS:
Presentar la tasa de éxito de la técnica y del procedimiento en 5 pacientes consecutivos a quienes se realizó el cierre transapical de FPVM en un quirófano híbrido.
MÉTODO:
Se describe la técnica. Los procedimientos se realizaron en un quirófano híbrido Artis Zeego de Siemens. Definimos éxito de la técnica como la reducción del grado de regurgitación paravalvular =1 grados. Éxito del procedimiento como el éxito de la técnica y la ausencia de complicaciones.
RESULTADOS:
Durante 2016 se intervinieron de forma consecutiva a 4 hombres y 1 mujer (edad media 64,8, 50-80). Todos los pacientes se habían sometido al menos a dos recambios valvulares previos (media 3, rango 2-5) con un EuroSCORE II medio de 9,29. Se cerraron en promedio 2 fugas por paciente (rango 1-3) usando 2,2 dispositivos de cierre por paciente, rango 1-3. Hubo éxito técnico y del procedimiento en el 100% de los casos. Un paciente con 4 endocarditis sobre prótesis mitral previas falleció a los 4 meses por nueva endocarditis. 3 pacientes mejoraron en al menos un grado su clase funcional. Uno precisó nueva transfusión y reingreso por insuficiencia cardiaca.
CONCLUSIÓN:
En pacientes con fuga paravalvular mitral de muy alto riesgo quirúrgico, el acceso transapical ofrece una alternativa al acceso percutáneo, con una tasa de éxito del procedimiento superior.

58. Cierre percutáneo de la orejuela en pacientes con fibrilación auricular y contraindicación para anticoagulación oral.

CARRILLO ALEMÁN L., CANDELA SÁNCHEZ E., IBAÑEZ CRIADO J.L., MACÍAS VILLANEGO M., VICEDO LÓPEZ A., GUZMAN ROMÁN M.E., HORTELANO MOYA I., VILLAMÍA MORA B., CLIMENT PAYA V., RUIZ NODAR J.M.
Cardiol., Hosp. Gral. Univ. de Alicante.

OBJETIVO
Mostrar nuestra experiencia y el seguimiento a largo plazo de pacientes sometidos a cierre percutáneo de la orejuela izquierda.
MÉTODOS
Pacientes sometidos a cierre percutáneo de orejuela, desde enero 2011 hasta diciembre 2016, valorando las características clínicas de la población y seguimiento tras el alta.
RESULTADOS
Se han realizado 21 procedimientos, todos con el dispositivo Watchman. La edad media fue de 75,2±5,6 años, más frecuentemente en varones (80,9%). Entre los antecedentes destacaron: HTA (19, 90,5%), DM (6, 28,6%), enfermedad coronaria (6, 28,6%). Cuatro tenían antecedentes de ictus isquémico (19,0%) y 8 hemorrágico (38,1%). La indicación fue por hemorragia cerebral (12, 57,1%), digestiva (8, 38,1%) y otros (1, 4,8%). El éxito del implante fue del 95,2%, sólo en un caso no se pudo implantar por problemas de tortuosidad del sistema venoso. Sólo hubo una complicación hospitalaria (4,8%), un sangrado local con necesidad de transfusión por anemia crónica severa. Todos los pacientes fueron dados de alta en 24h. Se realizó seguimiento clínico medio de 22,5 meses. Los reingresos durante el seguimiento fueron 8(38,1%), la mayoría por hemorragias digestivas (6, 75,0%), un caso por ictus hemorrágico (12,5%) y uno por ictus isquémico (12,5%). Tres pacientes fallecieron (14,3%), uno por insuficiencia cardiaca, uno por sangrado digestivo y uno por hematoma en ganglios de la base.
CONCLUSIONES
El cierre de la orejuela se indicó en el 95% de nuestros pacientes por contraindicación a la anticoagulación crónica debido a hemorragia intracraneal o digestiva. No hubo complicaciones mayores hospitalarias, con alta de todos en 24 horas. A pesar de evitarse la anticoagulación al alta, las complicaciones hemorrágicas siguen siendo la causa que condiciona el peor pronóstico.

59. Nuestra experiencia inicial en Levitronix, 20 casos.

BLANCO HERRERA O.R., TORREGROSA PUERTAS S., BERBEL BONILLO A., DOMINGUEZ MASSA C., GUEVARA BONILLA A., DOÑATE BERTOLIN L., VALERA MARTINEZ F.J., PÉREZ GUILLEN M., HEREDIA CAMBRA T., MONTERO ARGUDO J.A.
Serv. Cirugía Cardiovascular. Hosp. La Fe. Valencia.

OBJETIVO:
Evaluar los resultados de la asistencia circulatoria mecánica (ACM) tipo LEVITRONIX en pacientes adultos con shock cardiogénico refractario como puente al trasplante cardíaco (TC) o puente a la recuperación.
MÉTODOS:
Desde enero de 2016 hasta enero de 2017, se implantaron 20 dispositivos LEVITRONIX en adultos para asistencia circulatoria, 14 casos (70%) con el objetivo de puente al TC (PT) urgente dada la situación de shock cardiogénico refractario. Analizamos prospectivamente datos demográficos, etiología de la cardiomiopatía, valores hemodinámicos y supervivencia.
RESULTADOS:
La edad media fue 48,12 años (15-65), siendo varones el 90%. La etiología del shock cardiogénico fue miocardiopatía dilatada idiopática 15 casos (75%); shock post-infarto agudo de miocardio 4 casos (20%) y miocarditis 1(5%). La canulación fue por minitoracotomía a través del ápex cardíaco para la cánula de drenaje y el implante de la cánula de aflujo fue a la arteria subclavia. 10 de los pacientes fueron asistidos con ECMO como puente al puente y luego con LEVITRONIX, 5 como puente al trasplante y 5 a la recuperación. Con LEVITRONIX como terapia única de ACM fueron asistidos 9 pacientes como puente al trasplante y 1 caso a la recuperación. 14 pacientes fueron asistidos con éxito hasta el TC. La supervivencia hospitalaria con ECMO y LEVITRONIX fue del 40%; LEVITRONIX sin ECMO 90%; supervivencia como puente al trasplante cardiaco: 14/14=100% y finalmente la supervivencia post-trasplante cardiaco global: 12/14=85,71%
CONCLUSIONES:
La ACM LEVITRONIX permite rescatar pacientes en shock cardiogénico refractario, asistiéndolos con éxito hasta el TC. Nuestros resultados post-trasplante son suficientemente buenos como para aceptar esta estrategia como puente de corta duración.

VIERNES DÍA 12 (08:30 - 10:00 h.)
SALA C **ECOCARDIOGRAFÍA Y OTRAS TEC.**

60. La insuficiencia mitral funcional predice eventos adversos a corto plazo en insuficiencia cardíaca aguda y FEVI reducida.

DE LA ESPRIELLA-JUAN R., SANTAS E., MIÑANA G., BODÍ V., MOLLAR .A, VALERO E., PAYÁ A., CHORRO F., SANCHÍS J., NÚÑEZ J.
Hosp. Clín. Univ. y Politécnico La Fe. Valencia.

INTRODUCCIÓN.
La insuficiencia mitral funcional (IMF) es una complicación frecuente en pacientes con insuficiencia cardíaca aguda (ICA) y disfunción sistólica ventricular izquierda (DSVI). El objetivo de nuestro estudio es evaluar la asociación pronóstica entre la severidad de la IMF y la tasa de eventos adversos a corto tras una hospitalización por ICA.
MÉTODOS.
Incluimos prospectivamente 1.180 pacientes consecutivos con DSVI y diagnóstico al alta de ICA. De ellos, 242 (20.4%) fueron excluidos ante la presencia de disfunción valvular orgánica y/o cardiopatías congénitas, dejando la muestra final en 938 pacientes. La IMF fue evaluada semi-cuantitativamente mediante el análisis del área del jet regurgitante derivado del Doppler color, y su severidad categorizada en no/ligera (grado 0-I), moderada (grado II) y severa (grado III-IV). El objetivo primario fue el combinado de muerte por cualquier causa y rehospitalización a 90-días.
RESULTADOS.
Al alta, 533 (56.8%), 253 (26.9%) y 152 (16.2%) pacientes presentaron IMF de grado no/leve, moderada y severa respectivamente. A los 90 días de seguimiento se registraron 161 eventos distribuidos en 49 muertes y 112 rehospitalizaciones. Los pacientes con IMF de grado moderado o severo al alta presentaron el evento combinado mas frecuentemente que aquellos sin IMF o con IMF de grado ligero (Figura). Tras el ajuste multivariante, la presencia de IMF de grado moderado y severo [(HR=1.50; 95% IC: 1.04 – 2.17; p= 0.027 y HR=1.63; 95% IC: 1.07 – 2.48; p=0.023, respectivamente] se asoció con un incremento significativo en el riesgo de alcanzar el evento combinado a 90-días.
CONCLUSIONES.
La detección de IMF mas que ligera al alta tras una hospitalización por ICA identifica una población especialmente en riesgo de desarrollar eventos adversos mayores a corto plazo.

61. Comparación del efecto vasodilatador de Adenosina, Dipiridamol y Regadenosón en la cardiorresonancia de estrés.

GARCÍA GONZÁLEZ P., MONMENEU MENADAS J.V., LÓPEZ LEREU P., MACEIRA GONZÁLEZ A.M.
Ud. de Imagen Cardíaca. ERESA. Hosp. Gral. de Valencia.

INTRODUCCIÓN:
Dipiridamol y adenosina son los vasodilatadores utilizados frecuentemente en los protocolos de perfusión de cardiorresonancia magnética (CRM) de estrés. Regadenosón es un vasodilatador coronario alternativo, con menor capacidad de inducir broncoespasmo y bloqueo auricular ventricular, recientemente utilizado en algunos protocolos de CRM de estrés.
OBJETIVO:
Nuestro objetivo fue evaluar los cambios hemodinámicos de presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD) y frecuencia cardiaca (FC) inducidos durante el estrés y comparar los efectos vasodilatadores de adenosina y regadenosón frente a dipiridamol, fármaco más habitual usado en nuestro medio.
MÉTODOS:
Se evaluaron retrospectivamente los parámetros hemodinámicos y síntomas, así como variables de la CRM de estrés de 382 pacientes durante el 2016 (86 pacientes con dipiridamol, 221 con adenosina y 75 con regadenosón).
RESULTADOS:
El efecto vasodilatador de dipiridamol provocó una caída significativa de la PAS (-8,8 mmHg) y PAD (-4,4 mmHg) y una taquicardia refleja con un aumento significativo de la FC (15 lpm). En la Tabla 1 se muestran los cambios hemodinámicos de adenosina y regadenosón vs dipiridamol.

	Dipiridamol	Adenosina	p	Regadencsón	p
PAS	-8,8	-1,4	0,590	-3,2	0,541
PAD	-4,4	-4,6	0,476	-2,5	0,037
FC	15	20	0,472	25	0,274

En cuanto a los parámetros de la CRM no se encontraron diferencias clínicamente relevantes en los pacientes evaluados tanto con adenosina (IVTDVI 71,90 ml/m2, FEVI 62,67% y FEVD 63,41%) y regadonosón (IVTDVI 67,88 ml/m2, FEVI 64,10% y FEVD 64,38%) frente dipiridamol (IVTDVI 64,78 ml/m2, FEVI 66,23% y FEVD 64,60%).
CONCLUSIONES:
Los efectos vasodilatadores de adenosina y regadenosón son comparables a los de dipiridamol en la CRM de estrés.

62. Hipertensión pulmonar estimada por ecocardiografía y carga de hospitalizaciones recurrentes en pacientes con IC aguda.

GONZÁLEZ D´GREGORIO J., SANTAS OLMEDA E., DE LA ESPRIELLA JUAN R., VALERO PICHER E., AMIGUET COMINS M., VILLAR CONEJOS S., HEREDIA CAMBRA R., CARDELLS BELTRÁN I., PAYÁ CHAUME A., NUÑEZ VILLOTA J.
Serv. de Cardiol. Hosp. Clín. Univ. Valencia.

La hipertensión pulmonar (HP) es un potente predictor de mortalidad en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC). Sin embargo, la evidencia acerca de la relación existente entre la HP, valorada a través de la presión arterial pulmonar sistólica (PAPs) por ecocardiograma (ETT), y el riesgo de reingresos por IC es muy limitada. El objetivo del estudio fue evaluar la asociación entre la PAPS y el riesgo de reingresos acumulados por IC tras un episodio de IC aguda.
MÉTODOS:
Se incluyeron 2.343 pacientes consecutivos tras un episodio de hospitalización por IC aguda. La HP se estimó mediante la determinación de la PAPs por ETT realizado durante el episodio índice tras la estabilización clínica (96 ±24 h tras el ingreso). Los pacientes fueron categorizados en: PAPs no cuantificable, PAPs normal (=35 mmHg), HP ligera (PAPs = 36-45 mmHg), HP moderada (PAPs =46-60 mmHg), e HP severa (PAPs > 60 mmHg). La asociación entre la HP y el riesgo de hospitalizaciones recurrentes por IC se evaluó mediante regresión binomial negativa.
RESULTADOS:
La edad media del grupo de estudio fue 72.8 ± 11,2 años, 50,5% eran mujeres, y el 53,4% mostraron una FEVI superior al 50%. Tras un seguimiento de 2,26 años (rango intercuartílico: 0,77-4,47), 1114 pacientes (47,6%) fallecieron y se registraron 1834 reingresos por IC en 943 (40,2%) pacientes. En el análisis multivariable, únicamente la HP severa se asoció con un riesgo aumentado de rehospitalizaciones por IC, con respecto a los pacientes con PAPs normal (incidence rate ratio [IRR]=1,52; IC 95% [1,14-2,0]; p=0,004). No se halló interacción significativa con la FEVI (<50% frente a =50%; p=0,803).
CONCLUSIONES:
Tras un episodio de IC aguda, los pacientes con HP severa estimada por ecocardiografía presentan un riesgo aumentado de hospitalizaciones recurrentes por IC.

63. La torsión ventricular se encarga de conservar la función del ventrículo izquierdo en la amiloidosis.

PÉREZ-GIL M.M., MORA V., BERTOLÍN J., PÉREZ-GOZALBO J., SAURÍ A., ROMERO E., AGUAR P., ROMERO J.E., NUÑEZ C., ROLDÁN I.
Serv. de Cardiol. Hosp. Dr. Peset. Valencia.

La contribución de la mecánica rotacional del ventrículo izquierdo (VI) en el mantenimiento de la fracción de eyección puede resultar básica en algunas cardiopatías.

OBJETIVO.
Identificar los parámetros de strain en la amiloidosis cardiaca y su utilidad para entender fisiológicamente el modelo de afectación miocárdica en esta entidad.

MÉTODOS.
Estudio de 7 pacientes con amiloidosis cardiaca y 54 voluntarios sanos con ecocardiografía speckle-tracking (EST) de los parámetros de strain y rotacionales del VI, junto con el desplazamiento sistólico del anillo mitral (MAPSE) y la distancia Base-Apex (B-A). El MAPSE, distancia B-A y Strain Longitudinal (SL) se obtienen a partir de planos apicales de 4, 3, y 2 cámaras. El Strain Circunferencial (SC), el Radial (SR) y los parámetros de rotación ventricular se obtienen a partir de planos transversales del VI. Se calculan el Giro: diferencia entre rotación apical y basal (º); Torsión Clásica (TorC): Giro/distancia B-A (º/cm); Índice de Torsión (I.Tor): Giro/MAPSE (º/cm); y el Índice de Deformación (I.Def): Giro/SL (º/%).

RESULTADOS.
Los p con amiloidosis fueron de mayor edad (68,6 ± 11,9 vs 52,5 ± 10,1; p=0,002). El MAPSE fue menor en la amiloidosis (0,6 ± 0,1 vs 1,4 ± 0,1; p<0,0001). La Fracción de eyección (62,9 ± 9,2 vs 68,2 ± 5,1; p=0,21) y el Giro no presentaron diferencias (20,6 ± 10,7 vs 18,4 ± 6,0; p=0,41). En amiloidosis, parámetros de mecánica rotacional como el I.Tor e I.Def traducen un aumento en la torsión del VI.

CONCLUSIÓN:
La función miodárdica, objetivada a partir de los tipos de strain del VI, se afecta en la amiloidos cardiaca. Sin embargo, la Fracción de Eyección se conserva a expensas de la torsión, con aumento del I.Tor e I.Def definidos por nuestro grupo.

64. Impacto de la valvulopatia aortica estudiado mediante un modelo de dinamica computacional de fluidos.

IGUAL B., CUADRA D., MACEIRA-GONZÁLEZ A., SANTABÁRBARA-GÓMEZ JM., SÁNCHEZ R.,VALERA-MARTÍNEZ F.J., VÁZQUEZ-SÁNCHEZ A., MONTERO A.
Centro Médico ERESA, Hosp. Univ. La Fe de Valencia. Análisis DSC. Madrid.

Los modelos de dinámica computacional de fluidos (DCF) constituyen una nueva herramienta complementaria a otras tecnologías de imagen que permite evaluar la dinámica de flujos con elevada resolución temporal y espacial. Utilizando un modelo de DCF previamente validado nos proponemos estudiar el impacto de la valvulopatía aórtica sobre el estrés de pared (WSS) de aorta ascendente (AA).

METODOS:

A partir de un estudio vascular sincronizado de tomografía axial computerizada de un control sano se obtuvo un modelo 3D de AA sobre el que se generó una malla hibrida no estructurada de elementos finitos. Sobre esta geometría se derivaron con un modelo viscoso CFD U-RANS "*unsteady Reynolds-Averaged Navier-Stokes*" para flujo turbulento, los datos obtenidos con secuencias de contraste de fase de resonancia magnética (RM) prescritas en un plano doble oblicuo paralelo a la válvula aórtica de pacientes con valvulopatía aórtica pura y controles sanos. Se analizó el promedio de WSS pico y medio en cuatro planos perpendiculares a la pared de la aorta.

RESULTADOS:

Se incluyeron 29 pacientes con edad media 51±23 años, 18 (51%) varones, 10(29%) con válvula bicúspide, 10 pacientes con insuficiencia aórtica (IAO) pura, 9 pacientes con estenosis aórtica (EAO) y 10 controles sanos. Observamos un incremento significativo en el WSS pico y medio en cada uno de los segmentos estudiados en pacientes con IAO frente a EAO aislada y controles con un WSS medio promediado de 2.2/0.9/1.05 [pa] y un WSS pico promediado de 7.18/3.2/3.7 [pa] en IAO, EAO y controles respectivamente.

CONCLUSIONES:

La presencia de insuficiencia aórtica genera un incremento significativo del WSS pico y medio en todos los segmentos estudiados de aorta ascendente respecto a pacientes con estenosis aórtica y controles sanos.

65. Efecto de la obesidad sobre el strain longitudinal del ventrículo izquierdo con ecocardiografía 2D speckle-tracking.

ROMERO E., MORA V., MORILLAS C., BERTOLÍN J., PÉREZ J., PÉREZ-OLIVARES C., SAURÍ A., FAGA V., PÉREZ M.M., ROLDÁN I.
Serv. de Cardiol. Hosp. Dr Peset. Valencia

El deterioro subclínico de la función ventricular izquierda puede contribuir al riesgo de enfermedad cardiovascular en la obesidad.

OBJETIVO.

Evaluar la influencia de la obesidad sobre el strain longitudinal del ventrículo izquierdo en obesos con fracción de eyección preservada y riesgo cardiovascular global bajo.

MÉTODOS.

Estudio transversal de los parámetros de strain longitudinal (SL) del ventrículo izquierdo (VI) mediante ecocardiografía bidimensional speckle-tracking (EST) en 20 pacientes (p) obesos y 20 voluntarios sanos. Reclutamos de forma consecutiva 26 p con obesidad, al inicio del proceso de pérdida ponderal previo a someterse a cirugía bariátrica, y realizamos una EST 2D en el momento de máximo peso. Fueron excluidos 6 p por ventana ultrasónica subóptima. Obtuvimos el SL del VI, global (SLG) y por segmentos, a partir de planos apicales de 4, 3 y 2 cámaras. Comparamos sus valores mediante t-test con los de los 20 voluntarios sanos.

RESULTADOS.

No hubo diferencias en cuanto a la edad (42,3 vs 49,3 años; p=0,06), la prevalencia de hipertensión arterial (15% vs 10%; p=0,6), diabetes mellitus (10% vs 0%; p=0,1), dislipemia (20% vs 15%; p=0,07) o tabaquismo (5% vs 15%; p=0,3). El 90% de los obesos fueron mujeres (90% vs 50%; p=0,006). Los p con obesidad presentaron un valor absoluto de SLG del VI menor que los voluntarios sanos (-18,8% vs -21,1%; p<0,001), sin diferencias en cuanto a la fracción de eyección (63,8% vs 67,5%; p=0,06). El menor SL en los obesos fue uniforme a nivel basal, medial y apical.

CONCLUSIÓN.

Respecto a controles sanos, la obesidad se asocia a una disminución del SL del VI, como signo de afectación miocárdica, aún con fracción de eyección conservada y riesgo cardiovascular global bajo.

Strain longitudinal del ventrículo izquierdo	Obesos (IMC ≥ 30 kg/m²) n = 20	Controles (IMC < 30 kg/m²) n = 20	p
Basal, %	- 18,6 (2,3)	- 19,9 (2,3)	0,07
Medial, %	- 19,2 (1,9)	- 21,2 (1,9)	0,002
Apical, %	- 18,6 (2,8)	- 22,4 (2,8)	< 0,001
Global, %	- 18,8 (1,9)	- 21,1 (1,9)	< 0,001

66. Valor del doppler transcraneal en el diagnóstico del foramen ovale permeable.

VALLS GRIMA F., LÓPEZ FORNÁS F., ALMELA HIJALVA M., GÓMEZ-ALDARAVÍ GUTIÉRREZ R.
Serv. de Cardiol. Hosp. Nueve de Octubre, Valencia.

OBJETIVOS:

Valorar la aportación del Doppler Transcraneal (DTC) en el diagnóstico de FOP.

MÉTODOS:

Estudio prospectivo de 69 Pacientes (P) consecutivos, edad media 48 (21 a 78), mujeres 51%. 4P excluidos por deficiente (DTC). Se practicó Eco transesofágico (ETE), Eco transtorácico (ETT) y (DTC), este no se obtuvo en 4P (5,7%). Se incrementó la volemia con suero salino iv. Se instruyó en la maniobra de Valsalva, anestesia orofaríngea y en 2 casos, 2 mg de Midazolam i.v. En general bien tolerada. Se canuló vena antecubital derecha, con cánula 16 G, se administró Gelofundina agitada hasta conseguir microburbujas en bolos de 10 ml. Número mínimo de bolos 3 y máximo 16 (media 6). Se consideró el débito por ETE: Débito bajo: <10 burbujas, Debito medio >10 burbujas, Debito alto >20 burbujas. DTC: efecto lluvia suave (bajo), efecto ducha (medio), efecto cortina (alto).

DIAGNÓSTICO:

Visualización precoz y directa del paso de burbujas, aparición de burbujas en AI, aparición de señales de alta intensidad en el Doppler espectral de A. Cerebral Media (DTC).

RESULTADOS:

Del total, 45P (69%) presentaron (FOP) . En un caso se sospechó Fistula AV pulmonar que se descartó mediante TC.

P. con FOP	Técnica E.T.E.	Técnica D.T.C.	Técnica E.T.T.
DEBITO BAJO	20	18 (S:0,9)	11 (S:0,55)
DEBITO MEDIO	18	16 (S:0,8)	16 (S:0,8)
DEBITO ALTO	7	7	7
TOTALES	45	41 (S:0,9)	34 (S:0,75)

CONCLUSIONES:

El diagnóstico de FOP con débito medio y alto es factible con alta S por medio de DTC, siendo los resultados similares al ETT. Cuando el debito es bajo, el ETE y el DTC se muestran superiores al ETT.

67. Factores predictores de daño miocárdico en el infarto agudo de miocardio valorado por resonancia magnética cardiaca.

FERRÉ VALLVERDÚ M., IGUAL MUÑOZ B., SÁNCHEZ LACUESTA E., MACEIRA A., RIVERA M., SEPÚLVEDA P., DÍEZ GIL J.L., MARTÍNEZ DOLZ L.
Serv. de Cardiol. Hospital La Fe. Centro médico ERESA. Valencia.

La angioplastia primaria (ACTP) en pacientes con síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST) ha demostrado disminuir significativamente la mortalidad. Sin embargo algunos aspectos implicados en la preservación miocárdica no están del todo aclarados.

OBJETIVO:

Nuestro estudio pretende estudiar qué factores se asocian al tamaño y la severidad del daño miocárdico, valorado mediante resonancia magnética cardiaca (RMC), en pacientes con SCACEST sometidos a ACTP primaria.

MÉTODOS:

Incluimos pacientes consecutivos con SCACEST a los que se realizó una RMC durante la primera semana post-SCACEST. El protocolo de RMC incluía secuencias multifase b-SSFP en eje corto,2 ,3 y 4 cámaras junto a secuencias STIR para cuantificar la masa de miocardio en riesgo (MR) y también secuencias tempranas (1-2min) y tardías (5-8min) de realce tardío de gadolinio para valorar la obstrucción microvascular (OMV) y la necrosis. La necrosis se estudió como porcentaje del área en riesgo (PN= masa necrosisx100/masa edema) y la OMV se analizó como porcentaje de la masa necrótica (POMV= masa OMVx100/masa necrosis). Se recogieron datos demográficos, tratamiento médico, datos de la ACTP y de los tiempos de demora en la revascularización. Se utilizó un modelo de regresión lineal multivariado.

RESULTADOS:

Se incluyeron un total de 105 pacientes, 82 varones (78%), con edad media de 62±13 años. El flujo TIMI final fue el único predictor independiente de PN (R=-0.26 p<0.05), mientras que el tiempo total de isquemia fue el único predictor independiente de POMV (R=0.3, p<0.05) .

CONLUSIONES:

En pacientes con SCACEST sometidos a ACTP primaria se observa que el flujo TIMI final es el único predictor independiente del PN mientras que el tiempo de isquemia predice de forma independiente la extensión del daño microvascular.

68. Correspondencia de la deformación postsistólica con la contracción de la porción ascendente de la banda miocárdica.

BERTOLÍN J., MORA V., ROMERO E., SAURÍ A., PÉREZ-OLIVARES C., CABADÉS C., FERRANDO J., SALIM M., BIANCHI C., ROLDÁN I.
Serv. de Cardiol. Hosp. Dr. Peset. Valencia.

La teoría de la banda miocárdica (BM) única de Torrent Guasp describe una lazada basal que se continúa con una apical con un componente descendente y otro ascendente.

OBJETIVO.

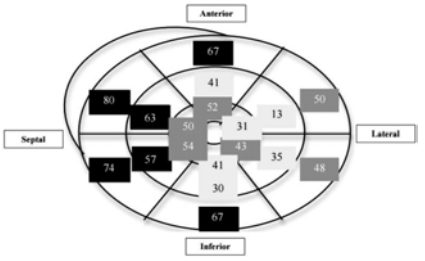
Evaluar, mediante ecografía speckle-tracking (EST), los segmentos del ventrículo izquierdo (VI) que presentan deformación postsistólica (DPS) sugerente de contracción activa durante el periodo isovolumétrico, y su relación con la BM.

MÉTODOS.

Estudio de 54 voluntarios sanos mayores de 18 años, sin factores de riesgo cardiovascular. Se excluyó el entrenamiento deportivo y el embarazo. Determinamos el strain longitudinal (SL) segmentario del VI mediante EST con imágenes obtenidas a partir de planos apicales 4, 3 y 2 cámaras, y el % de aparición de DPS en cada segmento

RESULTADOS.

Edad media 52±12 años, 50% mujeres. Fracción de eyección 67±5 %. Los segmentos septales, y los basales de pared anteroseptal e inferoposterior (fondo negro) registraron DPS con mayor frecuencia. Ver figura (% segmentario de aparición de DPS).



CONCLUSIÓN:

Los segmentos con mayor % de DPS se corresponden anatómicamente con la contracción de la porción ascendente de la lazada apical de la BM de Torrent Guasp.

69. Secuencia de la deformación tardía segmentaria del ventrículo izquierdo y relación con la banda miocárdica.

SAURÍ A., MORA V., FAGA V., PÉREZ-GOZALBO J., BERTOLÍN J., ROMERO E., AGUAR P., FERRANDO J., DOMENECH M.D., ROLDÁN I.
Serv. de Cardiol. Hosp. Dr. Peset. Valencia.

La electrofisiología, carto e imagen de ondas electromecánicas permiten el mapeo de la secuencia de activación eléctromecánica sistólica inicial del ventrículo izquierdo (VI).

OBJETIVO.

Secuenciar la deformación tardía segmentaria (DTS) del VI y evaluar su correspondencia con la banda miocárdica (BM) descrita por Torrent-Guasp.

MÉTODOS.

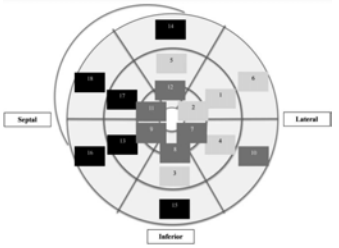
Estudio de 54 voluntarios sanos. Determinamos el strain longitudinal (SL) del VI mediante Ecografía Speckle-Tracking con imágenes apicales de 4, 3 y 2 cámaras. La DTS es el tiempo entre el inicio del QRS y el útimo pico de deformación.

RESULTADOS.

Edad media 52 ±12 años, 50% mujeres. Fracción de eyección 67±5 %. Los segmentos septales, y basales de pared anteroseptal e inferoposterior (fondo negro) muestran la DTS más retrasada, mientras los mediales y basal anterolateral lo hicieron más precozmente (fondo claro), siendo intermedio el ápex (fondo intermedio). (Figura).

CONCLUSIÓN:

Los segmentos donde se registra DTS más retrasada se corresponden anatómicamente con la porción ascendente de lazada apical descrita por Torrent-Guasp.



70. ¿Giro o torsión en la evaluación de la mecánica rotacional del ventrículo izquierdo?

FAGA V., MORA V., PÉREZ-GIL M.M., PÉREZ-OLIVARES C., SALIM M., SAURÍ A., CABADÉS C., ROMERO J.E., MARTÍNEZ-RUIZ A., ROLDÁN I.
Serv. de Cardiol. Hosp. Dr. Peset. Valencia.

Aunque en la práctica y en la bibliografía se confunden, existen diferencias notables entre giro (twist), torsión clásica (giro normalizado) y torsión real (Índice de torsión).

OBJETIVO.

Estudio de la base fisiológica y el significado de diferentes parámetros empleados en la evaluación de la mecánica rotacional del ventrículo izquierdo (VI).

MÉTODOS.

Estudio en 54 voluntarios sanos con ecocardiografía speckle-tracking (EST) de los parámetros de strain longitudinal (SL) y rotacionales del VI, junto con el desplazamiento sistólico del anillo mitral (MAPSE) y la distancia Base-Apex (B-A). El MAPSE, distancia B-A y SL se obtienen a partir de planos de 4, 3, y 2 cámaras. Los parámetros de rotación ventricular a partir de planos transversales basal y apical del VI. El Giro se calcula como la diferencia entre la rotación apical y basal (grados), y la Torsión Clásica es el Giro/distancia B-A (grados/cm). Proponemos el cálculo del Índice de Torsión (Giro/MAPSE, en º/cm) y el índice de Deformación (Giro/SL, en º/%) como mediciones fisiológicamente más fidedignas de la torsión del VI al incluir en la fórmula parámetros de acortamiento ventricular.

RESULTADOS.

Edad 52 ±12 años, 50% mujeres. Fracción de eyección 67 ± 5 %. El cálculo de la Torsión precisa incorporar al Giro un parámetro de acortamiento: El Índice de Torsión utiliza el MAPSE (acortamiento sistólico longitudinal dinámico del VI), mientras el Indice de Deformación incorpora el SL. Ver tabla (n = 54).

SL	MAPSE	Giro	Torsión	Índice de Torsión	Índice de Deformación
- 20,8 (2,4)	1,4 (0,1)	2,2 (0,8)	13,1 (4,4)	13,1 (4,4)	- 0,9 (0,3)

CONCLUSIÓN.

El Giro y la Torsión Clásica no tienen en cuenta el acortamiento longitudinal del VI. El Índice de Torsión y el Índice de Deformación incoporan al Giro el cálculo del MAPSE y el SL, respectivamente, evaluando así de forma más fisiológica y sensible la mecánica contráctil rotacional del VI.

71. Utilidad de la resonancia magnética para predecir eventos en pacientes con estenosis aórtica.

IGUAL MUÑOZ B., SÁNCHEZ VÁZQUEZ A., MIRÓ PALAU V., MACEIRA GONZÁLEZ A., BLANCO HERRERA Ó., TEN MORRO F., DIEZ GIL J.L., MARTÍNEZ DOLZ L., MONTERO ARGUDO A.
Centro Médico ERESA, Hosp. Univ. La Fe, Valencia

En la actualidad la evaluación de la estenosis aórtica (EA) se realiza fundamentalmente mediante datos clínicos y ecocardiográficos pero la introducción de la resonancia magnética (CRM) en la práctica clínica ha permitido evaluar pacientes con EA de diferente severidad. Nos proponemos evaluar la utilidad de la resonancia magnética para predecir eventos en el primer año tras CRM.

METODOS:

Se incluyeron pacientes consecutivos con EA a los que se realizó ecocardiografia y CRM durante el mismo episodio clínico. Se excluyeron pacientes con fracción regurgitante aórtica mayor al 20%. Se analizaron: datos clínicos, demográficos y de imagen: gradiente medio (GM) ecocardiografico; área por planímetría (AVA cm2) y velocidad pico en secuencias de contraste de fase; volumenes y función biventricular en secuencias multifase b-SSFP y presencia de fibrosis en secuencias IR-FGE estudiadas con CRM. Se consideraron eventos la necesidad de intervención, muerte o ingreso por causa cardiovascular. El seguimiento se realizó mediante entrevista telefónica o revisión de la historia clínica informática.

RESULTADOS:

98 pacientes, edad media 67±15 años, 52(58%) varones, 23(25%). Se utilizó un modelo de regresión logística binaria ajustado por edad, estadío funcional, euroscore logístico y GM observando que tanto el AVA cm2 (OR: 0.001 IC:0-0.08) como el GM (OR: 1.1 IC:1.01-1.17) eran predictores independientes de eventos en el primer año tras la evaluación.

CONCLUSIONES:

En pacientes con EA la evaluación del AVA por planimetría en secuencias de fase de resonancia magnética aporta información pronóstica complementaria e independiente a las variables habituales.

72. Utilidad de la evaluación del patrón de flujo en aorta descendente para predecir la intervención en coartación aórtica.

IGUAL MUÑOZ B., DOMINGO VALERO D., MACEIRA GONZALEZ A., ESTORNELL ERILL J., VALERA MARTÍNEZ F.J., RUEDA SORIANO J,, CARRASCO MORENO J.I., SEPÚLVEDA SÁNCHEZ P., MONTERO ARGUDO A.
ERESA. Hosp. Univ. i Politécnic La Fe. Valencia.

La evaluación de la necesidad de intervención en la coartación de aorta (COA) se realiza integrando datos fisiológicos y anatómicos. El objetivo de este trabajo es analizar el impacto del estudio del incremento de flujo (IQ) en aorta toracica distal frente a aorta proximal con resonancia magnética (RM) en este escenario.

METODOS:
Incluimos pacientes consecutivos con diagnóstico o sospecha de COA a los que se realizó junto a la evaluación clínica una RM con secuencias angiográficas para evaluar la estenosis relativa y de contraste de fase para evaluar el IQ considerandolo patológico si era mayor al 15%.

RESULTADOS:
106 pacientes estudiados, 70(66%) varones, edad media 22±17 años. Veintiocho de ellos (26%) precisaron intervención en el primer año, 9 de ellos (9.3%) tratamiento percutáneo. El punto de corte para el IQ se analizó mediante curvas ROC y posteriormente la presencia de un IQ patológico se introdujo en un modelo de regresión logística ajustado por la presencia de hipertensión o gradiente de presión mayor de 20mmhg en miembros y estenosis relativa. Se observó que un IQ era predictor independiente de la necesidad de intervención (OR: 7.2, p=0.03, IC: 1-20) e incluir este parámetro en la evaluación habitual suponía un incremento significativo en la precisión diagnóstica(S: 85%, E: 89% frente a S: 62%, E: 92%).

CONCLUSIONES:
El estudio del IQ por RM es de utilidad en este escenario clínico. y añadir este parámetro a la evaluación habitual incrementa de forma significativa la capacidad de predecir la necesidad de intervención en estos pacientes.

73. Correlación de las medidas del anillo aórtico mediante ecocardiografía transesofágica y tomografía computarizada.

PÉREZ ROSELLÓ V., DONOSO TRENADO V., ARENAS MARTIN P., EZZITOUNY M., OSA SÁEZ A., QUESADA CARMONA A., AGÜERO RAMÓN-LLIN J., TEN MORRO F., SANCHEZ LACUESTA E., MARTÍNEZ DOLZ, L.
Serv. de Cardiología. Hosp. Univ. y Politécnico La Fe. Valencia.

OBJETIVO:
Valorar la correlación de las medidas del anillo aórtico mediante ecocardiografía transtorácica (ETT), transesofágica (ETE) y tomografía computarizada (TC) previo implante de válvula aórtica transcatéter (TAVI) en estenosis aórtica.

MÉTODOS:
Se incluyeron 106 implantes de TAVI desde octubre de 2010 hasta febrero de 2017. Se recogieron además de las medidas del anillo aórtico mediante TC y ETE, datos demográficos y complicaciones mayores. Se realizó análisis de la concordancia de estas medidas mediante el método de Bland y Altman y el coeficiente de correlación intraclases (ICC).

RESULTADOS:
El 64% fueron varones con edad media de 79 años. Las medidas entre ETE y TC presentan una concordancia moderada, siendo mejor para el diámetro menor. La diferencia (TC – ETE) fue de 0,17 mm (-4.9 a +4.5) para el diámetro menor y de 2,21 mm (2.9 a 7.31) para el diámetro mayor. ICC: diámetro menor 0.62, diámetro mayor 0.49. El diámetro medido por ETT tuvo aceptable concordancia con el diámetro menor del ETE (ICC 0.73). La mortalidad a 30 días fue del 7%, un 7% de los pacientes precisaron marcapasos definitivo, un 5% presentaron complicaciones embólicas (3% ictus) y un 20% complicaciones vasculares, la mayoría menores. No hubo ninguna insuficiencia aórtica severa y sólo un 3% presentaron regurgitación de grado moderado.

CONCLUSIONES:
La medida del anillo aórtico mediante ETE y TC presenta una concordancia moderada. La TC obtiene mayores valores del diámetro mayor con respecto al ETE. El procedimiento TAVI tuvo una tasa aceptable de complicaciones ajustado a la población estudiada.

VIERNES DÍA 12 (08:30 - 10:00 h.)
SALA D **CARDIOLOGÍA CLÍNICA**

74. Control de la anticoagulación y mortalidad en pacientes con insuficiencia cardíaca aguda.

PAYÁ CHAUME A., HEREDIA CAMBRA R., SANTAS OLMEDA E., MIÑANA ESCRIVÁ G., ESCRIBANO ALARCÓN D., CARDELLS BELTRÁN I., GONZÁLEZ D´GREGORIO J., SANCHIS FORÉS J., CHORRO GASCÓ F.J., NÚÑEZ VILLOTA J.
Hosp. Clín. Univ. Valencia.

INTRODUCCIÓN:
En los pacientes con insuficiencia cardíaca tratados con anti- vitamina K, el tiempo fuera de rango es un hecho común. El objetivo fue evaluar la asociación entre el control de la anticoagulación, evaluado mediante el INR, y el riesgo de mortalidad a largo plazo en pacientes con ICA tratados con acenocumarol.

MÉTODOS:
Es un estudio observacional en el que se analizó retrospectivamente el INR al ingreso en 1.137 pacientes consecutivos con diagnóstico de ICA y tratados con acenocumarol. Los pacientes fueron divididos en tres grupos: INR bajo:<2; INR normal:2-3; INR elevado:>3. El análisis de regresión de Cox y el adaptado a eventos competitivos fueron usados para evaluar la asociación entre las categorías de INR y el riesgo de mortalidad por todas las causas y mortalidad cardiovascular (CV).

RESULTADOS:
La media de edad fue de 74±10, el 51,1% eran mujeres y el 62,4% presentaban una FEVI > 50%. Un total de 660 pacientes presentaban el INR normal, 210 un INR<2 y 267 un INR>3. Durante una mediana de seguimiento de 2,3 años (0,8-4,3), 568 de los pacientes fallecieron (de los cuales el 74,8% fue por causa CV). En comparación con los pacientes del grupo INR normal, el riesgo acumulado para todas las causas de muerte y muerte CV fue mayor en aquellos pacientes pertenecientes a los grupos de INR bajo y elevado. En el análisis multivariado, los grupos fuera de rango, mostraron un incremento independiente del riesgo de mortalidad por todas las causas (HR=1.56,IC95%:1.23-1.98,p=<0.001 y HR=1.52, IC95%: 1.17-1.96, p=0.002,respectivamente) y CV(HR=1.40, IC95%:1.06-1.82, p=0.016 y HR=1.30, IC95%:1.01-1.73, p=0.045, respectivamente).

CONCLUSIÓN:
En pacientes con ICA tratados con acenocumarol, el INR <2 y >3 al ingreso, se asocia con un mayor riesgo de mortalidad por todas las causas y CV.

75. Análisis de comorbilidades y supervivencia libre de eventos cardiovasculares en pacientes con Tetralogía de Fallot.

FERNÁNDEZ PORTILLA T., MELERO FERRER J.L., PLAZA LÓPEZ D., FERRÉ VALLVERDÚ M., JIMÉNEZ AGUILELLA J.J., PÉREZ ROSELLÓ V., EZZITHOUNY M., OSA SÁEZ A., MARTÍNEZ DOLZ L., RUEDA SORIANO J.
Serv. Cardiología. Hosp. Univ. i Politècnic La Fe. Valencia.

La Tetralogía de Fallot (TdF) es una cardiopatía congénita (CC) de complejidad moderada que supone el 7% de todos los nacidos con CC. El objetivo del estudio fue analizar la comorbilidad asociada, el consumo de recursos sanitarios y la supervivencia libre de eventos cardiovasculares.

Se incluyó una cohorte de 100 pacientes consecutivos con TdF (edad 36±13; 60% varones) seguidos en la unidad de CC del adulto. Se estudiaron variables clínicas, ecocardiográficas, y el uso de recursos sanitarios. Se analizó la supervivencia libre de eventos (reintervención, arritmias, ACV, insuficiencia cardíaca -IC-, endocarditis y muerte).

El 37% presentaron otra alteración estructural asociada (22% estenosis ramas pulmonares , 12% otros shunts). Un 54% presentaba comorbilidades extracardiacas; endocrinas 25% (tiroideas 17%) y digestivas 10% las más frecuentes. Un 33% requirió intervención durante la vida adulta (por valvulopatía pulmonar 76%). Un 27% presenta disfunción del ventrículo derecho. El 86% desarrolló regurgitación pulmonar significativa, siendo el 64% severa. Un 16% presentó regurgitación tricuspídea significativa. Un 6% desarrolló hipertensión pulmonar. El 9% son portadores de algún dispositivo. El 59% desarrolló algún evento desde la reparación (reintervención 43%, arritmias 31% -flutter 18%, FA 10%, TV 4%-, ACV 4%, IC 16%). En el seguimiento 5 fallecieron (3 muertes súbitas y 2 IC). La supervivencia libre de eventos a los 1, 5, 10, 20, 30 y 40 años fue respectivamente del 97, 87, 84, 77, 64 y 33%.

La TdF se asocia comúnmente con comorbilidades extracardiacas, con una notable incidencia de problemas tiroideos. A partir de los 20 años post-cirugía reparadora, estos pacientes desarrollaron un elevado número de eventos, siendo la necesidad se reintervención por valvulopatía pulmonar y las arritmias lo más frecuente.

76. Complicaciones según el tipo de tratamiento anticoagulante instaurado en paciente con fibrilación auricular no valvular.

SERRATS R., MORA .V, DUBOIS D., MIRA S., MORENO V., TORRES M.J., HERMIDA H., MORENO M., CALLIZO R., ROLDÁN I. REPRESENTACIÓN DEL ESTUDIO AFINVA.
Serv. de Cardiol. Hosp. Dr. Peset. Valencia.

La mayoría de pacientes (p) con fibrilación auricular no valvular (FANV) deberían estar anticoagulados, bien con antivitamínicos K (AVK) o anticoagulantes directos (ACODs).

OBJETIVO.

Evaluar el perfil y evolución de p con FANV según el tratamiento anticoagulante (ACO) prescrito.

MÉTODOS.

Estudio prospectivo con un corte transversal exploratorio y seguimiento a 1 año de 364 p con FANV anticoagulados (304 p tratados con AVK y 60 p con ACODs). Analizamos sus características y eventos durante el seguimiento.

RESULTADOS.

El 53% de los p tratados con AVK tuvo un tiempo en rango terapeutico = 65%. No hubo diferencias entre ambos grupos en edad, sexo, hipertensión, diabetes, obesidad, tratamiento antiagregante, función renal, cardiopatía estructural, insuficiencia cardiaca ni puntuación CHA2DS2VASC. En el análisis multivariable fueron predictores de tratamiento con ACODs la FANV paroxística (OR 2,44 IC95% 1,34-4,44; p<0,01) y la puntuación HASBLED=3 (OR 0,53 IC 95% 0,38-0,75 p<0,001). En la tabla aparecen las complicaciones según el tipo de tratamiento ACO.

CONCLUSIONES.

Los p tratados con ACODs tuvieron mayor prevalencia de FANV paroxística y menor riesgo hemorrágico que los anticoagulados con AVK. Al año de seguimiento no se observaron diferencias en la incidencia de eventos entre ambos grupos de tratamiento anticoagulante.

	AVK (282) (%)	ACODs (79) (%)	p
Exitus total	22 (7,8%)	5 (6,3%)	ns
Ictus no mortal	5 (1,8%)	0 (0%)	ns
Hemorragia intracraneal no mortal	1 (0,3%)	1 (1,2%)	ns
Hemorragia mayor no mortal	5 (1,8%)	1 (1,2%)	ns
Hemorragiar menor	15 (5,3%)	5 (6,3%	ns

77. Niveles de neprilisina sérica y reingresos en pacientes ambulatorios con insuficiencia cardiaca

GONZÁLEZ D.J, HEREDIA C.R., PAYÁ C.A., CARDELLS B.I., MOLLAR A., VILLAESCUSA A., SASTRE C., MIÑANA E.G., SANTAS O.E., NUÑEZ V.J.
Serv. Cardiol. Hosp. Clín. Univ. de Valencia.

INTRODUCCIÓN:

Reducir el numero de reingresos por insuficiencia cardíaca (IC) se ha convertido en un importante objetivo en la planificación de estrategias de Salud Pública. La Neprilisina soluble (NEPs) emerge actualmente como un biomarcador con implicaciones prometedoras en el pronóstico y seguimiento de pacientes con IC.

OBJETIVOS:

Evaluar la relación existente entre los niveles de NEPs y los reingresos a largo plazo en una cohorte de pacientes ambulatorios con IC.

Métodos: Se realizó la determinación sucesiva de niveles de NEPs en 1021 pacientes con IC que acudieron de forma ambulatoria a consultas externas de cardiología. Los Endpoints primarios fueron el numero de hospitalizaciones por todas las causas, ingresos de causa cardiovascular y hospitalizaciones por ICA. Para el estudio de la asociación estadística se utilizó la regresión binomial negativa.

RESULTADOS:

Durante una mediana de seguimiento de 3.4 años (rango intercuartil [IQR]: 1.8–5.7), 391 (38.3%) pacientes murieron, 477 (46.7%) pacientes presentaron 1901 episodios de ingreso por todas las causas, 324 (31.7%) pacientes tuvieron 770 ingresos por causas cardiovasculares, y 218 (21.4%) paciente tuvieron 488 ingresos por descompensación aguda de insuficiencia cardíaca. la mediana de NEPs y del NT-proBNP fueron 0.64 ng/ml (IQR: 0.39–1.22) y 1248 pg/ml (IQR: 538–2825), respectivamente. El IRR al comparar los cuartiles inferior (=0.39 ng/ml) y superior (>1.22 ng/ml) de NEPs fueron 1.51 (95% CI: 1.13–2.01), p=0.005; 1.52 (95% CI: 1.11–2.09), p=0.009; y 1.55 (95% CI: 1.09–2.23), p=0.016 para ingresos por todas las causas, de causa CV, y por ICA, respectivamente, de forma que, a mayor nivel de NEPs, mayor IRR.

CONCLUSIONES:

Niveles elevados de NEPs predicen mayor riesgo de ingresos recurrentes en pacientes ambulatorios con IC.

78. Antiandrogenos e hipertrofia ventricular izquierda.

NÚÑEZ MARTÍNEZ L., ROMERO VALERO A., GUEDES RAMALLO P., PERNIAS ESCRIG V., DE LARA DELGADO G., VICENTE IBARRA N., AHUMADA VIDAL M., MORILLAS BLASCO P.
Serv. de Cardiología. Hosp. Gral. Univ. Elche,

INTRODUCCIÓN:

Determinados trabajos han demostrado que los andrógenos favorecen el proceso de remodelado y fibrosis miocárdica. Cabría esperar que bajos niveles de estas hormonas en sangre se relacionasen con menor hipertrofia cardíaca. El uso de fármacos que reduzcan los niveles de andrógenos podrían resultar eficaces para disminuir la hipertrofia cardíaca.

MÉTODOS:

Se incluyeron de forma consecutiva varones =45 años con diagnóstico de HTA que tomaban antiandrógenos y se seleccionó de forma aleatoria al grupo no expuesto. Se excluyeron aquellos con diagnóstico de miocardiopatía hipertrófica, enfermedad infiltrativa y estenosis aórtica severa. Se recogieron factores de riesgo cardiovascular, características clínicas y tratamiento en el momento de inclusión. Se les realizó una ecocardiografía para valoración de hipertrofia ventricular (HV) mediante la medición del grosor en milímetros del septo intraventricular (SIV) y pared la posterior (PP). Mediante análisis de regresión lineal se valoró la asociación de tratamiento antiandrógeno y la hipertrofia ventricular.

RESULTADOS:

Del total de 40 pacientes incluidos, la edad media fue de 74±8 años. A excepción del tabaquismo que era más frecuente en el grupo de no tratamiento, el resto de características basales eran similares. La media de años de evolución de HTA en los pacientes con antiandrógenos era superior a los pacientes sin tratamiento 4,05±0,49 vs 6,85±0,44; p<0,001. Se demostró una menor hipertrofia en grupo de tratamiento antiandrogénico tanto a nivel de SIV (10,99±1,71vs 12,18±1,72, p<0.05) como de PP (10,07 mm+/-1,62 vs 11,3 mm 1,76, p<0.05)

CONCLUSIONES:

El tratamiento con antiandrógenos se relaciona con menor hipertrofia ventricular izquierda en ecocardiografía, sugiriendo que éste tratamiento podría reducir o retrasar el proceso de remodelado cardíaco.

79. Pronóstico y tratamiento de los pacientes con infarto por resonáncia cardica y lesiones coronarias ≤50%.

VICENTE IBARRA N., FELIU REY E., CANO VIVAR P., CARRILLO SÁEZ P., DE LARA DELGADO G., PÉRNIAS ESCRIG V., NÚÑEZ MARTÍNEZ L., GUNTURIZ BELTRÁN C., GALCERA JOURNET E., RUIZ NODAR J.M.
Hosp. Gral. Univ. de Elche.

OBJETIVO:

La prevalencia del síndrome coronario agudo (SCA) con lesiones coronarias no significativas (LCNS) oscila entre 1-12%. Los estudios se han centrado en el SCA incluyendo patologías con presentación similar pero con pronóstico y tratamiento diferente como es la miocarditis o el síndrome de Tako-tsubo. El objetivo del estudio es valorar el pronóstico de los pacientes con IAM diagnosticado por Resonancia Magnética Cardiaca (RMC) y LCNS.

MÉTODO:

Registro retrospectivo y multicéntrico que incluye a 120 pacientes con diagnóstico de infarto de miocardio por RMC y lesiones coronarias ≤50% desde Enero de 2008 a Junio de 2016. Se valoró el tratamiento al alta en relación a las recomendaciones de las guías de práctica clínica y el pronóstico incluyendo mortalidad y eventos cardiovasculares adversos mayores (ECAM) compuestos por muerte cardiaca, accidente cerebrovascular e IM no fatal.

RESULTADOS:

De los 120 pacientes incluidos, 72 (60%) ingresaron por SCA y 48 pacientes (40%) por otras causas, principalmente por insuficiencia cardiaca. La mayoría fueron hombres (64,2%), con una edad media de 58,83±13,52 años. El 52% tenían HTA, 35% eran fumadores, 33% dislipemia,17% eran diabéticos y el 10% consumían drogas. Solo el 38% de los pacientes de esta serie fue diagnosticado al alta de cardiopatía isquémica. Los pacientes recibieron los siguientes tratamientos al alta: IECAs/ARA2 (67%), beta-bloqueantes (57%), estatinas (59%) y doble antiagregación (18%). Tras el seguimiento con una media de 3,3±2,3 años; 16 (13,5%) pacientes presentaron ECAM, y 9 (7,5%) pacientes fallecieron, siendo dos de ellos por causa cardiaca.

CONCLUSIONES:

El manejo terapéutico de los pacientes con IAM por RMC y lesiones coronarias ≤50% está alejado de las recomendaciones de las guías de práctica clínica. Los ECAM y la mortalidad no son depreciables.

80. Cardiotoxicidad por antraciclinas. Desarrollo de un modelo predictivo con miRNAs. Estudio HECATOS.

HERNÁNDIZ MARTÍNEZ A., MIRÓ PALAU V., MELERO J.L., SALVADOR COLOMA C., SANTABALLA BERTRAN A., RUIZ SIMÓN A., SALVADOR SANZ A., TEJEDOR GASCÓN S., SEPÚLVEDA SANCHIS P.
Fundación para la Invest. del Hosp. Univ. y Politécnico La Fe. Instituto Valenciano de Oncología. Valencia.

La terapia antineoplásica puede inducir cardiotoxicidad que influye en el pronóstico y supervivencia de pacientes con cáncer.

OBJETIVOS:
Estudio HeCaTos (*Hepatic and CArdiac TOxicity Modelling Systems*) desarrollo de un programa para identificar nuevos marcadores para la detección y pronóstico de cardiotoxicidad.

DISEÑO:
Estudio multicéntrico, prospectivo y observacional en pacientes con cáncer de mama, tratados con quimioterapia adyuvante (antraciclinas) y seguimiento de 10 años. Ecocardiograma, niveles de Troponina T ultrasensible (TnTus) y análisis de expresión de 10 miRNAs relacionados con patología cardiaca pre y post-quimioterapia. Parámetros finales: desarrollo de cardiotoxicidad con reducción de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI)>5% con FEVI inferior a 55% con síntomas de insuficiencia cardíaca o asintomáticos con descenso de FEVI>10%. Deformación longitudinal (strain) cuando el descenso de FEVI >10%.

RESULTADOS (PRELIMINARES):
De 124 mujeres incluidas hubo afectación de la FEVI (<55%) en 15,4% con descenso de FEVI>10% respecto a basal; en un 18% de los casos el valor del strain fue superior a -12%; en un 29% de casos los niveles de TnTus eran superiores a 14 ng/L tras antraciclinas. Sólo 6 casos presentaron algún síntoma de IC. De los 10 miRNAs analizados 5 se expresan positivamente tras antraciclinas.

CONCLUSIONES:
El tratamiento con antraciclinas produjo cardiotoxicidad en un 15% definida por FEVI, con cambios en la expresión de miRNAs relacionados con patología cardiaca en mayor número de pacientes, son necesarios marcadores precoces y más sensibles de afectación miocárdica.

Proyecto cofinanciado por la Comisión Europea (Hecatos FP7-HEALTH-2013-INNOVATION-1. Reference: CP-IP 602156-1) y programa RETICS (RD12/0019/0025) cofinanciado por FEDER "una manera de hacer Europa"

81. Correlación de Galectina-3 y STD2/IL4 con la velocidad media de la arteria pulmonar como predictores pronósticos en IC.

TREJO VELASCO B., FABREGAT ANDRÉS O., GARCÍA GONZÁLEZ P., FERRANDO BELTRÁN M., PERDOMO LONDOÑO D., ALBIACH MONTAÑANA C., ESPRIELLA JUAN R., SÁNCHEZ ÁLVAREZ S., CÁRDENAS TEALDO J.P., MORELL CABEDO S., RIDOCCI SORIANO F.
Serv. Cardiol. Hosp. Gral. Univ. Valencia.

INTRODUCCIÓN
La hipertensión pulmonar (HTP) confiere un peor pronóstico en insuficiencia cardiaca (IC), viéndose agravada por el desarrollo de fibrosis en el lecho vascular pulmonar, proceso en el que están implicados diferentes marcadores de fibrosis como la Galactina 3 y el STD-IL4. El valor pronóstico de la velocidad media de la arteria pulmonar (vmAP) estimado mediante RMC ha sido previamente establecido en IC con fracción de eyección reducida (ICFEr). El objetivo de nuestro estudio es evaluar la relación entre la vmAP y los valores de Galactina 3 y STD2-IL4 en ICFEr.

MÉTODOS
inclusión prospectiva de 40 pacientes (85% varones, edad media 62.3+/- 2.7 años) con ingreso en nuestro centro por ICFEr de debut (FEVI media 24,4+/- 9,9). Durante el ingreso índice se realizó una RMC con medición de vmAP y determinación analítica de los niveles de Galactina 3 y STD2-IL2. Se dividió la muestra en dos grupos de acuerdo con el punto de corte óptimo de la vmAP (9.5cm/s) estimada por la curva ROC para la predicción de eventos cardiovasculares (reingreso por IC y mortalidad por todas las causas).

RESULTADOS
Durante una mediana de seguimiento de 265 días se produjeron 10 eventos. Los pacientes con vmAP < 9.5cm/s presentaron mayor incidencia de eventos y menor supervivencia libre del evento, Kaplan-Meier: Log Rank 4.51, p=0.034. Galactina 3 y STD2-IL2 mostraron una tendencia no significativa hacia valores más altos en pacientes con vmAP <9.5cm/s,

CONCLUSIONES
La vmAP actúa como predictor pronóstico en ICFEr. Valores más altos de Galactina 3 y STD2/IL4 en sangre en pacientes con vmAP < 9.5cm/s podrían indicar estadíos más avanzados del proceso de remodelado vascular pulmonar en estos pacientes, siendo necesarios más estudios con mayor tamaño muestral para evaluar su papel pronóstico en ICFEr.

82. Riesgo de mortalidad en insuficiencia cardiaca con fracción de eyección de rango medio tras ingreso por descompensación.

CARDELLS I., PAYÁ A., HEREDIA R., GARCÍA J., ESCRIBANO D., SANTASE., MIÑANA G., VALERO E., GARCÍA BLAS S., CHORRO F.J., NÚÑEZ J.
Serv. de Cardiol., Hosp. Clín. Univ. Valencia.

INTRODUCCIÓN:
Recientemente los pacientes con fracción de eyección en el rango de 40-49% se han definido como insuficiencia cardiaca con fracción de eyección de rango medio (IC-FEM). Existe escasa información sobre el pronóstico a largo plazo de estos pacientes, especialmente tras un episodio de insuficiencia cardiaca aguda (ICA).

OBJETIVO:
Comparar el riesgo a largo plazo de mortalidad total y cardiovascular (CV) entre los pacientes con ICA y fracción de eyección reducida (IC-FER), de rango medio (IC-FEM) y preservada (IC-FEP).

MÉTODOS:
Se incluyeron prospectivamente 2.642 pacientes consecutivos con ICA en un único centro. La fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) fue evaluada por ecocardiografía 2D durante el ingreso. Los pacientes se agruparon según la FEVI: <40% (IC-FER), 40-49% (IC-FEM) y ≤50%. El análisis de regresión de Cox tradicional y adaptado para eventos competitivos fueron utilizados para calcular el riesgo de muerte total y CV, respectivamente.

RESULTADOS:
Los pacientes con IC-FER, IC-FEM y IC-FEP representaron el 31.3%, 15.3% y 53.4% de la muestra, respectivamente. Durante una mediana de seguimiento de 2.3 años (0.8-4.2), se registraron 1322 (50%) muertes (73.7% fueron muertes CV). Las tasas de mortalidad (por 100 personas-año) en las tres categorías fueron similares tanto para mortalidad total [16.4, 18.8 y 17.1 para IC-FER, IC-FEM y IC-FEP, respectivamente (log-rank p=0.591)] como CV [12.8, 14 and 12.1, respectivamente (log-rank p=0.486)]. Tras el ajuste multivariante, comparado con los pacientes con IC-FER, los pacientes con IC-FEM mostraron un riesgo similar de muerte total (HR:1.07, CI 95%: 0.78-1.24, p=0.446) y CV (HR:0.98, CI 95%: 0.90-1.27, p=0.882).

CONCLUSIÓN:
Los pacientes con ICA e IC-FEM mostraron un riesgo de mortalidad similar a los pacientes con IC-FER e IC-FEP.

83. Experiencia en el tratamiento quirúrgico de la miocardiopatía hipertrófica obstructiva

DOMÍNGUEZ MASSA C., HEREDIA CAMBRA T., BERBEL BONILLO A., BLANCO HERRERA O.R., GUEVARA BONILLA A., MONTERO ARGUDO J.A.
Serv. de Cirugía Cardiovascular. Hosp. Univ. y Politécnico La Fe. Valencia.

OBJETIVO:
La anticipación en la indicación de la cirugía de la miocardiopatía hipertrófica obstructiva (MHO) tiene una muy baja mortalidad y comorbilidad asociada. Pero, 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 1998 hemos intervenido un total de 107 casos de miectomía septal ampliada, 78 miectomías simples (MS) y 29 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.

RESULTADOS:
La mortalidad hospitalaria fue del 1,28% para MS y del 10,34% para MC. Todos los enfermos experimentaron una reducción inmediata del gradiente intraventricular, con una caída media del gradiente pico de 82,81 mmHg (DE29,92, p< 0.001). Ninguno de los fallecidos se encontraba en el grupo de cirugía precoz. El 89,8% 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, pero sólo la CEC se identificó como un factor independiente predictor del evento combinado muerte y/o complicaciones postoperatorias (OR 1,05 IC95% 1,01–1,09). La supervivencia actuarial global a 5 años fue del 88,8%, 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.

84. Perfil clínico del uso de anticoagulantes directos en la consulta de cardiología y análisis de su eficacia y seguridad.

FERRANDO BELTRÁN M., ALBIACH MONTAÑANA C., DE LA ESPRIELLA JUAN R., TREJO VELASCO B., FERNÁNDEZ DÍAZ C., PERDOMO D., SÁNCHEZ ÁLVAREZ S., CÁRDENAS J.P., VAÑÓ BODÍ J., FABREGAT ANDRÉS O.
Serv. de Cardiol. Hosp. Gral. Univ. Valencia..

OBJETIVOS:
Describir el perfil clínico de pacientes no seleccionados tratados con anticoagulantes directos (ACOD) así como el análisis de su eficacia y seguridad.
MÉTODOS:
Estudio retrospectivo en una cohorte de 415 pacientes tratados con ACOD en prevención de ictus en fibrilación auricular no valvular con una mediana de seguimiento de 15 meses registrando los eventos adversos isquémicos y hemorrágicos.
RESULTADOS:
La edad media de los pacientes fue de 73.3±10.7 años con un CHADS2-VASc medio de 3.4±1.5 y un HASBLED de 1.43±0.9. El 34.9% recibieron dosis reducida de ACOD. Hubo un elevado número de tratamientos no ajustados a las recomendaciones de ficha técnica con un 20%de pacientes para dosis baja y un 5.1% para la dosis plena. El evento primario de eficacia (ictus isquémico) se produjo en 5 pacientes (1.2%) sin diferencias significativas entre ACOD (p 0,81). La tasa de hemorragia mayor fue de 4.1% sin hallarse tampoco diferencias significativas entre el tipo de ACOD utilizado (p 0,68) siendo el score HASBLED=2 el mejor predictor de eventos hemorrágicos tanto mayores (OR 4.7 IC95% 1.5-14.7, p 0.008) como no mayores clínicamente relevantes (OR 2.3 IC95% 1.01-5.54, p 0.048). El tratamiento con dosis baja fuera de indicación no produjo un aumento del riesgo de eventos isquémicos (OR 1.6 IC95% 0.3-8.3, p 0.6) y tampoco se vio aumentado el riesgo de hemorragia en pacientes con indicación de dosis bajas que la recibieron plena (OR 0.96 IC95% 0.2-4.3, p0.95)
CONCLUSIONES:
Se observa una elevada eficacia de los ACOD y un buen perfil de seguridad. No se han hallado diferencias significativas en los eventos respecto al tipo de ACOD utilizado. El tratamiento con dosis no ajustadas a las recomendaciones no aumentó la tasa de eventos. El score HASBLED se muestra como el mejor predictor de eventos hemorrágicos.

85. Caracterización anatomopatológica de la muerte súbita por miocardiopatía arritmogénica

SANZ SÁNCHEZ J., SUÁREZ-MIER M.P., DOMINGO VALERO D., AGUILERA-TAPIA B., MARÍ ALEXANDRE J., MOLINA AGUILAR P., PASTOR QUIRANTE F.A.,GIMENO BLANES J.R., MARTÍNEZ-DOLZ L., ZORIO GRIMA E.
Serv. de Cardiol. Hosp. Univ. y Politécnico La Fe. Valencia.

ANTECEDENTES:
En los últimos años se ha reconocido la afectación del ventrículo izquierdo (VI) en la miocardiopatía arritmogénica (MCA) de forma precoz y/o exclusiva, con ventrículo derecho (VD) respetado. Objetivo: Analizar anatomopatológicamente las MCA causantes de MS.
MÉTODOS:
Revisión retrospectiva multicéntrica de las MS por MCA.
RESULTADOS:
103 casos, 83 hombres-H (80,5%) y 20 mujeres-M (19,4%), 12-67 años (H 33,54±12 y M 38,8±13,46). Desencadenantes: 42,7% actividades cotidianas, 34,9% ejercicio y 14,5% sueño. 19,4% con afectación familiar (13,5% MS) y ninguno con diagnóstico en vida. El peso cardiaco estuvo aumentado en la mayoría (H 462±78g, M 361±87g). El 43,6% fueron MCA izquierdas puras o predominantes, el 32% derechas o predominantes y el 24,2% biventriculares. La región subepicárdica de la pared posterior y lateral del VI fueron las más afectadas (73,7% y 70,0%) seguidas del tabique (62,1%). La sustitución por tejido fibroadiposo fue el hallazgo más frecuente en el VI y el VD. Se identificaron focos inflamatorios, generalmente aislados en el VI (64%) y en el VD (56,3%), muy extensos en 13 casos.
CONCLUSIONES:
La MCA es más agresiva en H que en M pues, aunque es autosómica dominante, la MS es más frecuente y aparece en edades más tempranas en ellos. Dado el reducido tiempo diario de ejercicio físico en comparación con el de las actividades diarias o el sueño, es relevante que un 34,9% de estas MS presentara este desencadenante. La presentación familiar no es infrecuente. A diferencia de muchas series clínicas publicadas, en ésta predomina la afectación del VI sobre la del VD. El hallazgo de focos inflamatorios aislados es común, y ocasionalmente plantea un difícil diagnóstico diferencial con la miocarditis. Instituto de Salud Carlos III, FEDER, «Una manera de hacer Europa», (PI14/01676;PI14/01477).

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

1E. Cierre de fistula coronaria de descendente anterior a arteria pulmonar.

VILLALBA LIZANDRA N., ROMERO ESCRIG M., SHAMI YUSTE N., HERNÁNDEZ MARTÍNEZ C., PELLICER SIMÓN M., BELENGUER RICARTE N., VILAR BIANCHI C.
Serv. de Hemodinámica adultos, Hosp. Univ. y Politécnico La Fe. Valencia.

Se considera fistula coronaria (FC) al trayecto anómalo que comunica una arteria coronaria con una cavidad cardiaca o con los vasos situados alrededor del corazón. Presentamos el caso de una mujer de 52 años remitida para cierre de FC desde la descendente anterior (DA) a la arteria pulmonar (AP). Presentó en el último año dos episodios de angor típico de reposo de unos 10 minutos de duración. En la primera coronariografia se diagnosticó fistula significativa tortuosa con salida en segmento medio de DA que desemboca en AP. Se realizó un primer intento de cierre sin éxito desde AP, de un dispositivo vascular plug 4. No se consigue por falta de soporte. En el segundo intento tras acceder por arteria femoral derecha y con bastante dificultad para progresar las guías se intenta liberar un dispositivo vascular plug, siendo éste demasiado largo protruyendo en descendente anterior y se decide no liberar. En un nuevo intento la fistula es algo mayor, la paciente refiere más episodios anginosos. Tras los fracasos anteriores se decide utilizar para su cierre un coil de 5mm x 30cm; queda liberado dentro de la coronaria, se captura mediante microlazo de 4mm sin dificultad. Se continúa el procedimiento liberando nuevo coil 5mm x 12cm distal y unido a éste otro coil de 4mm x 6cm. Se comprueba por contraste el cierre total de la fistula. Se da el alta con aspirina durante seis meses. Según la taxonomía NANDA se consideró la ansiedad y el miedo al dolor agudo como diagnósticos principales, exacerbados por los continuos intentos de cierre. Se elabora un plan de intervención para la consecución de los objetivos planteados. Cerrar una fistula coronaria de manera percutánea es factible. Debe ser considerada el protocolo a elegir de manera cuidadosa para el éxito de procedimiento.

2E. Eventos detectados en dispositivos de estimulación cardiaca en seguimiento remoto antes de la primera visita presencial

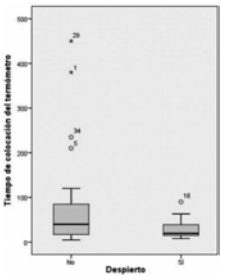
MORENO BLANCO V., PIMENTA FERMISSON-RAMOS P., FERRER PARDO C., DONOSO TRENADO V., PÉREZ ROSELLÓ V., ALONSO FERNÁNDEZ P., ANDRÉS LAHUERTA A., SANCHO-TELLO DE CARRANZA M.J.
Serv.de Cardiol. Ud. de Arritmias. Hosp. Univ. La Fe. Valencia.

OBJETIVOS/INTRODUCCIÓN
El actual documento de consenso de 2015 recomienda que el primer seguimiento presencial se realice entre 6-12 semanas tras el implante. En algunos centros españoles se incluye a los pacientes en seguimiento remoto aprovechando la primera visita. En nuestro centro, la monitorización se inicia inmediatamente después del implante. El presente trabajo pretende poner de manifiesto el número y naturaleza de las transmisiones en el periodo previo a la primera visita presencial.
MATERIAL Y MÉTODOS
Estudio retrospectivo basado en historia clínica y en base de datos “ad hoc”. El periodo observado fue de 6-09-2013 al 1-02-2017. Se calcularán los valores absolutos y relativos (porcentajes), así como las medidas de tendencia central y dispersión para cada una de las variables estudiadas.
RESULTADOS
Un total de 437 pacientes han realizado 712 transmisiones antes de la primera visita postimplante. Un total de 97 se consideraron relevantes (13,6%). La mediana de días fue de 24 (mínimo 2-máximo 90) entre el implante y el evento relevante.
En la tabla se puede observar la distribución de eventos por tipo, aquellos con terapia y la acción tomada.
Destacan eventos de potencial gravedad, en el que el contacto fue iniciado desde la unidad de arritmias:
• Paciente DAI-TRC dado de alta con terapias de taqui en OFF
• Paciente DAI DR con dos episodios ATP + choque inapropiado por punto de corte bajo y falta adherencia tratamiento frenador
• Paciente DAI VR con episodio con choque inapropiado por taquicardia sinusal
• Paciente DAI VR con episodio con 2 choques inapropiados por FA
CONCLUSIONES
La monitorización de dispositivos desde el implante permite la detección precoz de eventos que, aunque poco frecuentes, son potencialmente graves. Existe literatura que avala la inclusión en seguimiento remoto desde el implante.

3E. Colocación de termómetro esofágico dormido o despierto.

GARCÍA ORTS A., REINA DE LA TORRE S., PIMENTA FERMISSON-RAMOS P., DIAZ CAMBRONERO J.I., JIMÉNEZ CORDERO S.
Ud. de Arritmias. Hosp. Univ. y Politécnico La Fe. Valencia.

OBJETIVOS/INTRODUCCIÓN
El riesgo de lesiones térmicas en el esófago asociadas a procedimientos de ablación de venas pulmonares invita a monitorizar la temperatura local mediante termómetro esofágico. El objetivo del presente estudio es determinar las diferencias existentes entre la colocación de la sonda de temperatura con el paciente despierto (solicitando su colaboración) y con el paciente bajo sedación consciente.
MATERIAL Y MÉTODOS
Estudio prospectivo aleatorizado. Los pacientes serán asignados a colocación de termómetro previa a la sedación o posterior a esta. Se incluirán todos los pacientes sometidos a ablación de venas pulmonares. La variable de interés es el tiempo transcurrido entre el inicio de la colocación del termómetro y el posicionamiento final.Se obtendrán estadísticos descriptivos para las variables continuas (media y desviación típica) así como para las variables categóricas (proporción). Para el contraste de hipótesis se utilizará el estadístico t de Student.
El análisis estadístico se realizará con el programa IBM SPSS Statistics 20 ® (SPSS Inc, Chicago, Estados Unidos).
RESULTADOS
Se estudiaron 56 casos.La edad media fue de 57,09 años (DE 9,106). El 71,4 % fueron varones. El 62,5 % fueron FA paroxística, y un 16,1 % de pacientes presentaron cardiopatía estructural. El 57,1 % de los pacientes (32) fueron asignados al grupo despiertos.La media de tiempo de colocación del termómetro esofágico en los pacientes despiertos fue de 28,34 s. (DE: 20,08). La media de tiempo de colocación del termómetro esofágico en los pacientes dormidos fue de 86,42 s. (DE: 117,57). Se hallaron diferencias significativas entre los grupos (p < 0,000; IC 95%).



CONCLUSIONES
La hipótesis de partida (que la colaboración del paciente despierto facilitaría la inserción del termómetro) se ha visto confirmada en nuestra muestra.

4E. Papel de la monitorización domiciliaria en la detección precoz de baja estimulación en resincronización

AROCA FERNÁNDEZ L., HERAS HERREROS S., BALAGUER MALFAGÓN J.R., GURREA RAMÓN F.M., JORNET IBIZA D., BOLUFER VIDAL A., PERIS DOMINGO E.

OBJETIVO:
El objetivo del presente trabajo ha sido investigar, a partir del seguimiento remoto, los casos de pacientes portadores de dispositivos de terapia de resincronización cardiaca (CRT) con un porcentaje de estimulación biventricular < 90% en el tiempo.

MATERIAL Y MÉTODOS:
Estudio observacional retrospectivo, realizado en 49 pacientes portadores de CRT y seguidos mediante el sistema Care Link. Se registraron todas las alertas en relación con porcentajes de estimulación menor al 90%. Se investigó la causa de baja estimulación, así como la medida o tratamiento realizado.

RESULTADOS:
Durante un seguimiento medio de 23 meses, se analizaron 49 pacientes portadores de un dispositivo CRT. Un total de 11 pacientes (22.4%) presentan un porcentaje de estimulación menor al 90%, de los cuales 5 (45.5%) fue por fibrilación auricular, 1 por dislocación de electrodo auricular (9%), 1 por dislocación de electrodo VD (9%) y 1 por dislocación de electrodo VI (9%), 3 por sobresensado de la onda T (27.3%). La detección de baja estimulación se detectó precozmente, lo que permitió realizar medidas específicas para solucionarlo: 4 casos (33.3%) de aumento del tratamiento cronotropo negativo, 1 (8.3%) de ablación del nodo AV, 3 (25%) fueron recolocaciones de electrodo y 3 (25%) se modificaron los parámetros del dispositivo. El porcentaje de estimulación tras la medidas realizas fue del BiVP [95-100] %.

CONCLUSIONES:
La monitorización domiciliaria realizada por enfermería permite la detección y actuación precoz en pacientes con baja estimulación de TRC.

5E. La hendidura del lóbulo de la oreja y eventos adversos casrdiovasculares.

GÓMEZ C., BELLA R., ALONSO V., MARTÍN J., BELLIDO J.R., TOMÁS G., MIÑANA G., CARDELLS I., SANCHÍS J., NÚÑEZ, J.
Serv de Cardiología y Dermatología, Hosp Clínico, Valencia.

OBJETIVOS:
Pretendimos evaluar la asociación entre la hendidura del lóbulo de la oreja (HLO) y el riesgo de aparición de eventos adversos cardiovasculares (CV) a largo plazo en sujetos con o sin CI previa.
MÉTODOS:
Estudio observacional prospectivo. Incluyó 488 pacientes consecutivos, atendidos en Consultas Externas de Cardiología y Dermatología de un centro hospitalario terciario. Reclutados del 17/01 al 20/04/2005, y elegidos con y sin CI previa. La HLO se definió como un pliegue profundo extendido 45º hacia atrás desde el trago hasta el pabellón auricular y registrada como inexistente, unilateral o bilateral. El criterio de valoración principal fue el compuesto de muerte CV o ingreso por SCA, ICA, ACV, enfermedad arterial periférica o revascularización coronaria. La asociación entre HLO y el criterio de valoración principal fue evaluada mediante análisis de regresión de COX ajustando por una índice propensión.
RESULTADOS:
La edad media fue de 63.2 ± 11.7 años, 285 (41.4%) hombres, 202 (41.4%) con CI previa documentada y 311 (63.7%) presentaban HLO [93 (19.1%) de ellos, unilateral y 218 bilateral (44.7%)]. Durante una mediana de seguimiento de 7.2 años (7-7.3), hubo 85 muertes CV y 148 eventos CV adversos. Los pacientes con HLO mostraron una mayor tasa (por 10 persona-años) del evento combinado (0.65 vs 0.21, p<0.001). Un análisis multivariado, ajustado por cuartiles del PS, asoció significativamente la HLO a mayor riesgo de sufrir un evento combinado [HR= 1.70 (CI 95%: 1.07-2.70; p= 0.024)]. Uno posterior reveló un efecto pronóstico similar en aquellos con HLO uni o bilateral [HR= 1.78 (CI 95%: 1.04-3.07); p= 0.036 y HR= 1.67; (CI 95%: 1.024-2.69); p= 0.034, respectivamente].
CONCLUSIÓN:
En pacientes con y sin CI previa, la presencia de la HLO se asoció a un riesgo más elevado de eventos adversos CV a largo plazo.

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

Índice de Autores, Ponentes y Moderadores*

* 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*

* Número de la comunicación

E: Comunicación enfermería

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

Índice Temático*

* Número de la comunicación
E: Comunicación enfermería

Notas de Interés General

1. Recepción de comunicaciones.

2. 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.
   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 10’6 créditos por la Sociedad Española de Cardiología

AGRADECIMIENTOS

El Comité Organizador quiere expresar su agradecimiento por la valiosa colaboración en la realización del **XXXVI 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
- EDWARDS

OTRAS ENTIDADES:

BIOTRONIK

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA

CONSELLERIA DE SANITAT UNIVERSAL I SALUT PÙBLICA

MEDTRONIC