Latido

PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA SOCIEDAD VALENCIANA DE CARDIOLOGÍA
EDITOR: FRANCISCO BUENDIA FUENTES

XXXV CONGRESO SOCIEDAD VALENCIANA DE CARDIOLOGÍA



SOCIEDAD VALENCIANA DE CARDIOLOGÍA

Valencia 31 de Mayo y 1 de Junio de 2.018

Vol. 17 • Número 5 • Extra Mayo 2018

Latido

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

Editor
FRANCISCO BUENDIA FUENTES

Volumen Extra Mayo 2018

Se distribuye a los miembros de la SVC.
Secretaría Técnica: ASTER, S.L..
Avda. Constitución, 162 - 46009 Valencia - Tel.: 690 674 694
E-mail: secretaria.tecnica@svcardio.org

Correspondencia con el editor
Avda. Constitución, 162 - 46009 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:
LUIS ALMENAR BONET

Presidente electo:
LORENZO FACILA RUBIO

Vicepresidentes:
TERESA LOZANO PALENCIA (A)
DAVID TEJADA PONCE (CS)

Secretario:
CARLOS CHAMORRO FERNANDEZ

Secretario electo:
ALBERTO CORDERO FORT

Tesorero:
FRANCISCO RIDOCCI SORIANO

Vocales:
VICENTE BERTOMEU GONZALEZ (A)
MARIA JOSE BOSCH CAMPOS (CS)
JULIO NUÑEZ VILLOTA (V)

Editor:
FRANCISCO BUENDIA FUENTES

Responsable página web:
ALFONSO VALLE MUÑOZ

Presidente de INSVACOR:
VICTOR JOSEP GIRBES RUIZ

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

SOCIEDAD VALENCIANA DE CARDIOLOGÍA

Sumario

Comité de Honor, Organizador y Científico 4

Presentación
Francisco Ridocci y Julio Núñez 5

Resumen del Programa Científico 6

Programa Científico 7

Programa Social 20

Reuniones de Secciones y Grupos de Trabajo 20

Asamblea General 21

Premios a Comunicaciones 21

Comunicaciones Libres
Resúmenes 22

Índice de Autores 41

Índice de Materias 44

Agradecimientos 46

Notas de interés general 47

XXXV CONGRESO DE LA SOCIEDAD VALENCIANA DE CARDIOLOGÍA

VALENCIA, 31 de Mayo y 1 de Junio de 2018

Hotel Primus, Valencia.

COMITÉ DE HONOR

Honorable Sra. Dª. Carmen Montón Giménez
Consellera de Sanidad

Excmo. Sr. Joan Ribo
Alcalde Excmo. Ayuntamiento de Valencia

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

COMITÉ ORGANIZADOR:

Presidente: *Francisco Ridocci y Julio Núñez*
Secretario: *J. Navarro Manchón*

Vocales:	*A. Berenguer*	*M.Izquierdo*	*P. Merlos*	*A. Pirola*
	J. Cosin	*L. Mainar*	*V. Miró*	*I. Roldán*
	V. Donoso	*J. Martin*	*E. Peris*	*J. Sanchez*

COMITÉ CIENTÍFICO:

L. Almenar Bonet	*C. Chamorro Fernandez*	*M. Gudín Uriel*	*R. Soler Carbó*
V. Bertomeu Gonzalez	*A. Cordero Fort*	*J.L Ibañez Criado*	*D. Tejada Ponce*
C. Bonanad Lozano	*E. Esteban Esteban*	*B. Igual Muñoz*	*A. Valle Muñoz*
MJ Bosch Campos	*L. Fácila Rubio*	*T. Lozano Palencia*	
F. Buendía Fuentes	*A. Frutos García*	*J. Núñez Villota*	
R. Calvo Vidal	*S. García Blas*	*C. Oliver Navarrete*	
O. Cano Pérez	*V.J. Girbés Ruiz*	*F. Ridocci Soriano*	
E. Castilla Cabanes	*M. Gómez Martínez*	*E. Rumiz González*	

JUNTA DIRECTIVA DE LA S.V.C.:

Presidente:	Luis Almenar Bonet	Vocales:	Vicente Bertomeu González (A)
Presidente electo:	Lorenzo Facila Rubio		Maria José Bosch Campos (CS)
Vicepresidentes:	Teresa Lozano Palencia (A)		Julio Núñez Villota (V)
	David Tejada Ponce (CS)	Responsable Pág. Web:	Alfonso Valle Muñoz
Secretario:	Carlos Chamorro Fernández	Editor LATIDO:	Francisco Buendia Fuentes
Secretario electo:	Alberto Cordero Fort	INSVACOR:	Víctor Josep Girbés Ruíz
Tesorero:	Francisco Ridocci Soriano		

PRESENTACIÓN

Estimados compañeros y amigos:

En nombre del Comité Organizador es un honor daros la bienvenida al XXXV Congreso de la Sociedad Valenciana de Cardiología que se celebrará en Valencia los días 31 de mayo y 1 de junio de 2018. Compartir los conocimientos científicos, revisar la actualidad cardiológica más relevante del año, conocer el trabajo y los planes de investigación de nuestros cardiólogos y MIR de cardiología , y disfrutar de la compañía de colegas y amigos son algunos de los motivos que, año tras año, impulsan a la Sociedad Valenciana de Cardiología, y a los Comités Organizador y Científico, a llevar adelante este proyecto, sin olvidar que los verdaderos protagonistas del Congreso son todos los socios, que con su participación y entusiasmo lo hacen posible.

Hemos intentado que el programa científico incluya los temas de mayor actualidad en el campo de la Cardiología, con un enfoque eminentemente práctico, prestando una especial atención al abordaje multidisciplinar del mismo, para lo que contamos con ponentes invitados referentes a nivel autonómico y nacional. Mesas de insuficiencia cardiaca, riesgo vascular, diabetes, hipertensión pulmonar, valvulopatías entre otras, junto a talleres prácticos de hemodinámica, ecocardiografía 3D o ecografía pulmonar están esperándote. Sin olvidar nuestros "clásicos" cardioactualidad por los MIR de cardiología, o la jornada de enfermería y atención primaria.

Queremos hacer llegar nuestro agradecimiento a todos aquellos, especialmente a los autores noveles y residentes, que con su participación activa enviando comunicaciones y casos clínicos contribuyen al programa científico de nuestro Congreso.

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

Desde el Comité Organizador y Científico, os agradecemos de antemano vuestra participación y asistencia.

Os esperamos en Valencia,

Un cordial saludo,

Francisco Ridocci Soriano y Julio Núñez Villota

Presidentes Comité Organizador

JUEVES 31/05					
	SALA A	SALA B	SALA C	SALA D	SALA E
9:30 - 11:00	Mesa Residentes ACTUALIDAD EN CARDIOLOGIA				
11:00	CAFÉ				
11:15 - 11:30	**ACTO INAUGURAL**				
11:30 - 12:30	"Novedades terapeúticas y situación actual de la hipertensión pulmonar"				
13:00 - 14:00	Mesa Redonda: Lo que cambió el ritmo en 2017				
14:15 - 15:30	Mesa Redonda: Almuerzo Lunch Bag "Taller sobre intervencionismo coronario"				
16:00 - 17:00	Mesa Redonda: Novedades en tratamiento antiagregante tras el Infarto	Comunicaciones libres Cardiología Clínica 1-9)	Comunicaciones libres Cardiología Clínica 10-18)	Comunicaciones libres Cardiología Clínica 1 -28)	Taller Eco Pulmonar Nociones Esenciales
17:00 - 18:00	Mesa PRO CON				
18:00 - 19:00	Simposium Conversaciones acerca de la Terapia de Resincronización Cardíaca				
17:00 - 20:00		Actualización para atención primaria	Actualización para atención primaria		

VIERNES 1/06					
	SALA A	SALA B	SALA C	SALA D	SALA E
08:30 - 10:00		Comunicaciones Libres (C. Isquémica 29-34 y Electrocardiografías 35-41)	Comunicaciones Libres (C. Eco 42-51 y Hemodinámica 52-54)	Comunicaciones Libres (Preventiva 55-59 y C. Experimental 60-66)	
09:00 - 10:00	¿Manejamos adecuadamente al paciente de alto riesgo cardiovascular?				Taller de Eco Pulmonar Nociones Esenciales
10:00 - 11:00	Abordaje presente y futuro de la insuficiencia mitral				
10:00 - 14:00		ENFERMERÍA			
11:00 - 11:30	CAFÉ				
11:30 - 12:30	59 segundos en anticoagulación: más allá de la cardiología				
12:30 - 13:30	Diabetes: Todo lo que debería saber un cardiólogo y no se atreve a preguntar				
14:00 - 15:30	Cardiología y Deporte. Consejos y recomendaciones para el cardiólogo general		Actualización en enfermedad de Fabry y otras cardiopatías familiares	Taller de Ecocardiografía Taller ECO 3D. Almuerzo Lunch Bag.	
16:00 - 17:00	Concurso casos clínicos				
17:00 - 18:00	Simposium IC				
18:00 - 18:30		Presentación artículos publicados año 2017			
18:30		**ASAMBLEA GENERAL**			

PROGRAMA CIENTÍFICO

ACTIVIDAD ACREDITADA POR EL COMITÉ DE ACREDITACIÓN DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA CON 12'61 CRÉDITOS.
DECLARADO DE INTERÉS CIENTÍFICO-SANITARIO POR LA CONSELLERIA DE SANITAT.

JUEVES 31-05-18

9:30 - 11:00 **SALA A** **MESA DE RESIDENTES. Actualidad en Cardiología.**
CARDIOACTUALIDAD: LAS NOVEDADES DEL AÑO EN CARDIOLOGIA POR NUESTROS RESIDENTES

Moderadores: Víctor Girbés. Consorcio Hospital General Universitario. Valencia
Víctor Donoso. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia

Ponentes: ***Imagen.***
Alex Sanchis. Hospital General. Castellón.
Hemodinámica.
Blanca Trejo Velasco. Consorcio Hospital General Universitario. Valencia
Cardiología Clínica.
Jana María Pérez Gozalbo. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia
Cardiopatía isquémica.
Antonia Pomares Varo - Hospital Universitario San Juan. Alicante
Arritmias.
Mª Elena Guzmán Román. Hospital General Universitario. Alicante

11:00 - 11:15 **CAFÉ**

11:15 - 11:30 **Inauguración Oficial Congreso**

11:30 - 12:30 **MESA Redonda "NOVEDADES TERAPÉUTICAS Y SITUACIÓN ACTUAL DE LA HIPERTENSIÓN PULMONAR".**

Patrocinan: **Actelion, GSK, MSD.**

Moderadores: Dr. Luis Martínez Dolz. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia
Dr. Carlos Chamorro Fernández. Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy

Ponentes: ***Hipertensión pulmonar en Cardiopatía Congénitas.***
Joaquín Rueda Soriano. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia
¿Qué hay de nuevo tras el último Simposio Mundial de Niza?
Pilar Escribano Subías. Hospital 12 de Octubre. Madrid.
Nuevos fármacos y estrategias terapéuticas en Hipertensión Arterial Pulmonar.
María Lázaro Salvador. Hospital Virgen de la Salud. Toledo

13:00 - 14:00 **SALA A** **MESA Redonda: LO QUE CAMBIÓ EL RITMO EN 2017**

Patrocinan: **Biotronik, Prosmedica (Boston) y Quilmedic (Abott).**

Moderadores: Oscar Cano Pérez. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia
Vicente Bertomeu González. Hospital Universitario San Juan. Alicante

Ponentes: ***Estimulación en el síncope neuromediado. Estudio SPAIN***
Gonzalo Barón Esquivas. Hospital Universitario Virgen de la Macarena. Sevilla
Desfibrilador automático subcutáneo
Nicasio Pérez Castellanos. Hospital Nuestra Señora del Rosario. Madrid
Implante de resincronizador cardíaco con mínima escopia
Jose Luis Ibañez Criado. Hospital General Universitario. Alicante

14:15 - 15:30 **SALA A** **TALLER DE INTERVENCIONISMO CORONARIO COMPLEJO**

Patrocinan: **Isaza, Terumo, Biotronik**

Moderador: David Tejada. Hospital General Universitario. Castellón

Ponentes: ***Nuevas modalidades de imagen intracoronaria como apoyo al intervencionismo. OCT/OFDI.***
Juan García de Lara. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia
Técnicas de bifurcación.
Jose Valencia. Hospital General Universitario. Alicante.
Asistencia hemodinámica durante el intervencionismo.
Ignacio Amat. Hospital Clínico. Valladolid

16:00 - 17:00 **SALA A** **MESA Redonda. NOVEDADES EN TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE TRAS EL INFARTO**

Moderadores: Pedro Morillas. Hospital Universitario Elche. Alicante
Alessandro Pirola. Hospital General Requena. Valencia

Ponentes: ***¿Estamos haciendo todo lo posible para optimizar el tratamiento de nuestros pacientes tras el síndrome coronario agudo?***
Teresa Lozano Palencia. Hospital General Universitario. Alicante
¿A quién y durante cuanto prolongar la doble antiagregación?
Ana Peset Cubero. Hospital General Universitario. Castellón

16:00 - 17:00 **COMUNICACIONES LIBRES EN SALAS B, C y D**

SALA B: **CARDIOLOGÍA CLÍNICA (1-9)**

Moderadores: Nuria Vicente Ibarra. Hospital General Universitario. Elche
Ildefonso Roldan. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia

16:00 h. 1. **Impacto pronóstico de la hiperuricemia en los pacientes con insuficiencia cardíaca y función sistólica del ventrículo izquierdo deprimida**
GUEDES RAMALLO P, PERNIAS ESCRIG V, NÚÑEZ MARTÍNEZ L, ROMERO VALERO A, DE LARA DELGADO G, PERIS CASTELLO F., QUINTANILLA TELLO MA, GARCÍA HONRUBIA A, MORILLAS BLASCO P
Hospital General Universitario Elche. Alicante

16:05 h. 2. **Hipertensión Pulmonar tras corrección de Cardiopatías Congénitas: nuestra experiencia con Macitentán**
CERVERÓ RUBIO A, CERVERÓ RUBIO A, RUEDA SORIANO J, MELERO FERRER JL, OSA SÁEZ AM, LÓPEZ VILELLA R, FERRÉ VALLVERDÚ M, ARENAS MARTÍN P, LOZANO EDO S, MARTÍNEZ DOLZ, LV
Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia

16:10 h. 3. **¿Se dosifican de manera adecuada los anticoagulantes orales de acción directa en nuestro medio?**
CARO MARTÍNEZ C, ELVIRA RUIZ G, LOVA NAVARRO A, MORENO FLORES V, CEREZO MACHADO JJ, NAVARRO ALMENZAR B, ANDREU CAYUELAS JM, FLORES BLANCO PJ, MARTÍNEZ ELVIRA J, BAILÉN LORENZO JL
Hospital Vega Baja Orihuela. Alicante

16:15 h. 4. **Influencia del tratamiento antiagregante entre los pacientes con fibrilación auricular no valvular que inician anticoagulantes orales directos**
CARO MARTÍNEZ C, LOVA NAVARRO A, ELVIRA RUIZ G, NAVARRO ALMENZAR B, MORENO FLORES, V, VIDAL ALARCÓN M, GÓMEZ AGUERA A, FLORES BLANCO P, CEREZO MACHADO JJ, BAILÉN LORENZO JL
Hospital Vega Baja. Orihuela. Alicante
Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia.

16:20 h. 5. **El poder de discriminación de las escalas de riesgo hemorrágico en pacientes de edad avanzada que inician anticoagulantes orales directos**
CARO MARTÍNEZ C, LOVA NAVARRO, A ELVIRA RUIZ, G GARZÓN RODRIGUEZ A, NAVARRO ALMENZAR B, MORENO FLORES V, ANDREU CAYUELAS JM, MARTÍNEZ ELVIRA J, MANCHADO CEREZO JJ, BAILÉN LORENZO JL
Hospital Vega Baja. Orihuela. Alicante.
Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia.

16:25 h. 6. **Cardiopatías congénitas del adulto: mortalidad, causas y factores predictores.**
JIMÉNEZ AGUILELLA JJ, CERVERÓ RUBIO A, RUEDA SORIANO J, CANALES ESTEVE GM, JOVER PASTOR P, EZZITOUNY M, PÉREZ ROSELLÓ V, OSA SÁEZ A, BUENDÍA FUENTES F, MARTÍNEZ DOLZ, L
Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

16:30 h. 7. **Transposición de grandes vasos con corrección tipo switch arterial: dilatación de neoaorta e insuficiencia valvular.**
JIMÉNEZ AGUILELLA JJ, CERVERÓ RUBIO A, RUEDA SORIANO J, CANALES ESTEVE GM, JOVER PASTOR, P, EZZITOUNY M, PÉREZ ROSELLÓ V, OSA SÁEZ A, AGÜERO RAMÓN-LLIN J, F MARTÍNEZ DOLZ L
Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

16:35 h. 8. **Pronóstico de verdaderos infartos en Myocardial Infarction With Nonobstructive Coronary Arteries (MINOCA)**
VICENTE-IBARRA NURIA, FELIU REY E, PERNIAS ESCRIG V, NÚÑEZ MARTÍNEZ L CANO VIVAR P, ROMERO VALERO A, CASTILLA CABANES E, CARRILLO P, MORILLAS BLASCO P, RUIZ NODAR JUAN M.
Hospital General Universitario Elche. Alicante.

16:40 h. 9. **Calprotectina como marcador pronóstico en disfunción ventricular izquierda**
ROMERO VALERO A, PERNIAS ESCRIG V, GUEDES RAMALLO P, NÚÑEZ MARTÍNEZ L, MARTÍN TOMÁS E, SERRANO PERAMOS Y, CASTILLA CABANES E, QUINTANILLA TELLO MA, GARCÍA HONRUBIA A, MORILLAS BLASCO P
Hospital General Universitario Elche. Alicante

SALA C: CARDIOLOGÍA CLÍNICA (10-18)
Moderadores: Enrique Peris Domingo. Hospital de Alcira. Valencia
Joaquin Martin Pastor. Hospital de Sagunto. Valencia

16:00 h. 10. **Causas y predictores de mortalidad en pacientes con fibrilación auricular bajo tratamiento con anticoagulantes orales directos**
CARO MARTÍNEZ C, ARREGUI MONTOYA F, GARZÓN RODRIGUEZ A, VAZQUEZ ANDRES D, ALBENDÍN IGLESIAS H, MORENO FLORES V, ELVIRA RUIZ G, LOVA NAVARRO A, GALLEGO GARCÍA J, BAILÉN LORENZO, JL
Hospital Vega Baja. Orihuela. Alicante
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

16:05 h. 11. **Prevalencia e implicación de las valvulopatías en pacientes con fibrilación auricular no valvular que inician anticoagulantes orales directos en nuestro medio**
CARO MARTÍNEZ C, FLORES BLANCO P, ARREGUI MONTOYA F, VAZQUEZ ANDRÉS DJ, ELVIRA RUIZ G, GOMEZ AGUERA A, VIDAL ALARCÓN M, GALLEGO GARCÍA J, BAILÉN LORENZO JL, MANZANO FERNÁNDEZ S
Hospital Vega Baja. Orihuela. Alicante
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

16:10 h. 12. **Efecto del entrenamiento de la musculatura inspiratoria en la IC con función sistólica conservada: ¿Importa la función muscular inspiratoria basal?**
BRIATORE A, MELERO LLORET J, DOMÍNGUEZ MAFÉ E, TORMO JUÁREZ JP, VENTURA PÉREZ B GONZÁLEZ D'GREGORIO JA, HEREDIA CAMBRA R, LÓPEZ BUENO L, NÚÑEZ VILLOTA J, PALAU SAMPIO, P
Hospital Vega Baja. Orihuela. Alicante

16:15 h. 13. **Consulta de alta resolución de dolor torácico en Cardiología: integración con Atención Primaria**
MARCO FRANCÉS E, JIMÉNEZ CARREÑO R, CHAMORRO FERNÁNDEZ CI, SÁNCHEZ SORIANO, RM, RASO RASO R, GÓMEZ PASTOR MA, JUAN CARRIÓN B, PICÓ CASANOVA A, ALBERO MARTÍNEZ JV, GRAU JORNET G.
Hospital Virgen de Los Lirios. Alcoi

16:20 h. 14. **Dispositivos de asistencia ventricular y perfiles clínicos para cada tipo de asistencia. Experiencia de un hospital de referencia.**
LÓPEZ-VILELLA R, SÁNCHEZ-LÁZARO R, FUSET CABANES MP, PAJARES MONCHO A, DOÑATE BERTOLÍN L, GIMENO COSTA R, MORENO PUIGDOLLERS I, ZARRAGOIKOETXEA JAUREGUI I, TORREGROSA PUERTA S ALMENAR BONET L
Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

16:25 h. 15. **Reversión de la anticoagulación de dabigatran con idarucizumab. Experiencia inicial en cirugía de alto riesgo**
LÓPEZ-VILELLA R, SÁNCHEZ-LÁZARO I, BORRÁS ALMENAR C, PÉREZ-ROSELLÓ V, MARTÍNEZ-DOLZ L, ALMENAR BONET L
Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

16:35 h. 16. **¿Existen cambios en la respuesta diurética a la solución salina hipertónica más furosemida de acuerdo con el tipo de insuficiencia cardíaca?**
CARRILLO GÓMEZ D, LÓPEZ-VILELLA R, SANCHEZ-LÁZARO I, MARTÍNEZ-DOLZ L, ALMENAR BONET L,
Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia

16:35 h. 17. **Influencia de la diabetes mellitus en la función renal de los pacientes trasplantados cardíacos. Estudio a medio-largo plazo**
CARRILLO-GÓMEZ D, LÓPEZ-VILELLA R, SÁNCHEZ-LÁZARO I, FERRÉ VALLVERDU M, MARTÍNEZ-DOLZ L, ALMENAR BONET L
Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

16:40 h. 18. **¿Influye la fracción de eyección en la probabilidad de ingreso hospitalario en pacientes con insuficiencia cardíaca?**
CARRILLO-GÓMEZ D, LÓPEZ-VILELLA R, SÁNCHEZ-LÁZARO I, MARQUÉS-SULÉ E, MARTÍNEZ-DOLZ L, ALMENAR BONET L
Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

SALA D: CARDIOLOGÍA CLÍNICA (19-28)
Moderadores: Victor Donoso. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia
Jorge Sanchez Torrijos. Hospital Lluis Alcanyis. Xativa

16:00 h. 19. **Tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda con furosemida y suero salino hipertónico. ¿Qué pacientes necesitan más diureticos?**
PÉREZ RÓSELLÓ V, LÓPEZ VILELLA R, CAPRILLO GÓMEZ DC, SÁNCHEZ-LAZARO I, ALMENAR BONET L, MARTÍNEZ DOLZ L
Hospital Universitario y Politécnico la Fe. Valencia

16:05 h. 20. **Evolución de los enfermos nonagenarios ingresados por Síndrome Coronario Agudo en un hospital terciario**
SIMÓN MACHÍ JM, FACILA RUBIO L, MONTAGUD BALAGUER V, ABDALÁ LIZÁRRAGA J, VIDAL URRUTIA V, RUMIZ GONZÁLEZ E, BELCHÍ NAVARRO J, GRADOLI PALMERO J, FERNÁNDEZ DÍAZ C, MORELL CABEDO S
Consorcio Hospital General Universitario. Valencia

16:10 h. 21. **Características clínicas y seguimiento de una serie de pacientes con diagnóstico de myocarditis**
HORTELANO MOY I, CAMBRA POVEDA C, TORRES MEZCUA F, CANDELA E, CARRILLO L, GARCÍA ALVAREZ MI, LOZANO PALENCIA T, JORDÁN TORRENT A, CLIMENT PAYÁ V
Hospital General Universitario. Alicante.

16:15 h. 22. Resultados iniciales de una unidad especializada de insuficiencia cardiaca multidisciplinar en un hospital de tercer nivel
CAMBRA POVEDA C, TORRES MEZCUA FJ, GARCÍA CANO L, MOLINA GARRO S, MARTÍN TORRES JM, LOZANO PALENCIA T, CLIMENT PAYÁ V, GARCÍA ÁLVAREZ M, JORDÁN TORRENT A, MARTÍNEZ MARTÍNEZ JG,
Hospital General Universitario. Alicante.

16:20 h. 23. Primeros meses de experiencia de Pesic, programa educacional y de seguimiento de la insuficiencia cardíaca conjunto entre la cardiología y atención primaria
ERDOCIAÍN PERALES M, ZUAZOLA MARTÍNEZ P, TOCADO UNZALU B, LOPEZ-VAQUERO C, MATEO RODRIGUEZ I, MARTÍNEZ ABELLAN R, DE LA GUIA GALIPIENSO F, LOPEZ ARANDA M
Hospital de la Marina Baixa de Villajoyosa. Alicante.

16:25 h. 24. Sacubitril-Valsartan: experiencia real en un único centro
MORILLAS CLIMENT H, VICEDO LÓPEZ A, SELLER MOYA J, ALANIA TORRES E, GALCERÁ JORNET E, LARUMBE RODRÍGUEZ A, NUÑEZ PILES C, VALLE MUÑOZ A
Hospital Marina Salud Denia. Alicante.

16:30 h. 25. Diferencias en las características basales y los eventos cardiovasculares entre la dosis baja y dosis media-alta de sacubitril-valsartan
MORILLAS CLIMENT H, VICEDO LÓPEZ A, SELLER MOYA J, ALANIA TORRES E, GALCERÁ JORNET E, LARUMBE RODRÍGUEZ A, NUÑEZ PILES C, VALLE MUÑOZ A
Hospital Marina Salud Denia. Alicante.

16:35 h. 26. Discordancia entre la práctica clínica y las recomendaciones de las guías en Cardiología.
TREJO VELASCO B, MATEOS PÉREZ A, TREJO GABRIEL Y GALÁN JM
Consorcio Hospital General Universitario. Valencia.

16:40 h. 27. Papel pronóstico de la insuficiencia tricúspide tras un ingreso por insuficiencia cardíaca
AMIGUET M, DE LA ESPRIELLA J, SANTAS E, MIÑANA G, MOLLAR A, GONZALEZ J, PAYÁ A, SANCHIS J, CHORRO J, NUÑEZ J
Hospital Clínico Universitario. Valencia.

16:45 h. 28. Niveles bajos de CA125 y reisgo de eventos adversos a corto plazo tras un episodio de insuficiencia cardíaca aguda.
AMIGUE M, MINANA G, SANTAS E, DE LA ESPRIELLA R, CHORRO J, SANCHIS J, CARDELLS I, GONZALEZ J, HEREDIA R, PAYÁ A
Hospital Clínico Universitario. Valencia.

16:00 - 17:00 SALA E TALLER DE ECO PULMONAR. Nociones Esenciales
Ponente: Álvaro Vicedo. Hospital Marina Salud. Denia

17:00 - 20:00 SALAS B y C JORNADA DE ACTUALIZACION CON ATENCIÓN PRIMARIA. Taller de ECG
Patrocina: **MSD**
Ponentes: ***Electrocardiogramas.***
Leandro Pérez Boscá. Consorcio Hospital General Universitario. Valencia
Casos Clínicos y protocolos de integración cardio-AP.
Marga Gudín. Hospital Universitario de la Ribera. Alzira
Ildefonso Roldán. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia
Francisco Buendía. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia

17:00 - 18:00 SALA A MESA PRO-CON, VARÓN, 73 AÑOS, IC AVANZADA ¿TRASPLANTE/ASISTENCIA VS TRATAMIENTO MÉDICO?.
Patrocina: **Mercé Electromedicina**
Moderadores: José Luis Bailén. Hospital de Orihuela. Alicante
Luis Almenar Bonet. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia

A favor: "El trasplante/asistencia es la mejor opción".
Eduardo Barge. Hospital Universitario. A Coruña
En contra: "Mejor ninguno. Siempre es posible optimizar el tratamiento".
Pablo Díez. Hospital Universitario La Princesa. Madrid

18:00 - 19:00 **SALA A** **Simposium: CONVERSACIONES ACERCA DE LA TERAPIA DE RESINCRONIZACIÒN CARDÍACA**
Patrocina: **Medtronic**
Moderadores: Mª José Sancho-Tello de Carranza. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia
Aurelio Quesada. Consorcio Hospital General Universitario. Valencia
Ponentes: ***Controversia: ¿Los nuevos fármacos cambian las indicaciones de la Terapia de Resincronización Cardíaca y desfibrilador automático implantable?***
Carlos de Diego. Hospital de Torrevieja
Ricardo Ruiz. Hospital Clínico Universitario. Valencia
Controversia: ¿Cuándo implantar un CRT-P o un CRT-D?
Alejandro Bellver. Hospital General Universitario. Castellón
Juan Gabriel Martínez. Hospital General Universitario. Alicante

VIERNES 01-06-18

8:30-10:00 **COMUNICACIONES LIBRES EN SALAS B, C y D**

SALA B: **CARDIOPATÍA ISQUÉMICA Y FISIOPATOLOGÍA Y ECG DEL EJERCICIO (29-34) ELECTROCARDIOGRAFÍAS, ARRITMIAS Y MARCAPASOS (35-41)**
Moderadores: Mª Teresa Izquierdo. Hospital Clínico Universitario. Valencia
Vicente Miro. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

8:30 h. 29. **Manejo y pronóstico de los trombos intraventriculares en la práctica clínica**
MORENO FLORES V, CARO MARTÍNEZ C, VIDAL ALARCÓN M, GALLARDO PÉREZ E, MARTÍNEZ ELVIRA J, GARZÓN RORIGUEZ A, GÓMEZ AGUERA A, GALLEGO GARCÍA J, BAILÉN LORENZO JL, LÓPEZ PALOP R
Hospital Vega Baja. Orihuela. Alicante
Hospital Clínico San Juan. Alicante

8:35 h. 30. **Diferencias en los niveles de LDL-colesterol tras un Síndrome Coronario Agudo**
VENTURA PÉREZ B, MELERO LLORET J, BRIATORE A, SANCHIS HERRERO A, DOMÍNGUEZ MAFÉ E, PALAU SAMPIO P, MUÑOZ GINER B, TEJADA PONCE D, PLANAS DEL VIEJO AM, BELLVER NAVARRO A
Hospital General Universitario Castellón.
Universidad Jaume I. Castellón.

8:40 h. 31. **Optimización de los niveles LDL-colesterol tras un Síndrome Coronario Agudo: ¿cumplimos objetivos?**
VENTURA PÉREZ B, MELERO LLORET J, TORMO JUÁREZ JP, GARCÍA PALOMAR C, SORIANO NAVARRO A, SANCHEZ GÓMEZ JM, SANCHEZ ALBO P, MONTEAGUDO VIANA M, PLANAS DEL VIEJO AM, BELLVER NAVARRO A
Hospital General Universitario. Castellón.
Universidad Jaume I. Castellón.

8:45 h. 32. **Switch entre el tratamiento antiagregante durante el ingreso y al alta de un síndrome coronario**
CARRILLO ALEMÁN L, CANDELA SÁNCHEZ E, HORTELANO MOYA I, VILLAMIA MORA B, VICENTE IBARRA N, PERNIAS ESCRIG V, NUÑEZ MARTINEZ L, MARIN ORTUÑO F, MARTÍNEZ MARTÍNEZ JG, RUIZ NODAR JM
Hospital General Universitario. Alicante

8:50 h. 33. Estrategias de revascularización y pronóstico a largo plazo de pacientes en Shock Cardiogénico sometidos a angioplastia primaria.
FERNÁNDEZ DÍAZ C, MELERO LLORET J, BERENGUER JOFRESA A, VILAR MHERRERO JV, SANMIGUEL CERVERA D, CUBILLOS ARANGO A, ALMELA ALCAIDE P, FÁCILA RUBIO L, MORELL CABEDO S, RUMIZ GONZÁLEZ E
Hospital General Universitario. Valencia

8:55 h. 34. Deficit de lipasa ácida lisosomal como causa de evento isquemico cardiovascular. Estudio piloto
VILLAMÍA MORA B, AJO FERRER R, HORTELANO MOYA I, CAMBRA POVEDA C, TORRES MEZCUA F, CANDELA E, CARRILLO ALEMAN L, GARCIA ÁLVAREZ MI, CLIMENT PAYÁ V
Hospital General Universitario. Alicante

9:00 h. 35. Valor pronóstico de la Troponina I Ultrasensible en pacientes con fibrilación auricular en el Servicio de Urgencias.
BOCHARD VILLANUEVA B, QUESADA DORADOR A, LÓPEZ VALERO L, RUBINI COSTA R, TREJO VELASCO B, FERNÁNDEZ DÍAZ C, JIMÉNEZ BELLO J, PALANCA GIL V, QUESADA OCETE B, PAYA SERRANO R
Consorcio Hospital General Universitario. Valencia

9:05 h. 36. Impacto sobre la fibrilación auricular de la diabetes mellitus
VAÑÓ BODÍ J, QUESADA DORADOR A, DÍEZ ALBERO L, BOCHARD-VILLANUEVA B, JIMÉNEZ BELLO J, TREJO VELASCO B, RUBINI COSTA R, PAYÁ SERRANO R, RUBINI PUIG R, PERDOMO LONDOÑO D
Consorcio Hospital General Universitario. Valencia

9:10 h. 37. Fiabilidad de la medida electrocardiográfica de duración del complejo QRS en el bloqueo de rama izquierda
CÁRDENAS TEALDO J, MATEU GISBERT E, QUESADA DORADOR A, ALBIACH MONTAÑANA C, BOCHARD VILLANUEVA B, JIMÉNEZ BELLO J, PALANCA GIL V, GÓMEZ PAJARES F, SÁNCHEZ ALVAREZ S, VIDAL URRUTIA V
Consorcio Hospital General Universitario, Valencia. Universidad Católica de Valencia, Valencia. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia

9:15 h. 38. Utilidad de la adenosina (y de dosis elevadas) para la comprobación del bloqueo del istmo cavotricuspideo. Datos preliminares.
SANCHIS HERRERO A, TORMO JUAREZ P, ERNESTO BRIATORE A, MELERO LLORET J, VENTURA PEREZ B, NAVARRO-MANCHÓN J, SÁNCHEZ-GÓMEZ JM, DOMINGO MAFÉ E, SIMOES VALENTE AR, BELLVER NAVARRO JA
Hospital General Universitario. Castellón

9:20 h. 39. Mortalidad a largo plazo en pacientes con sincope y bloqueo de rama sometidos a estrategia de estudio electrofisiológico
BRIATORE AE, DOMÍNGUEZ MAFÉ E, NAVARRO MANCHÓN J, SÁNCHEZ GÓMEZ JM, PALAU SAMPÍO P, MELERO LLORET J, SIMOES MONTEIRO VALENTE A, SANCHIS HERRERO A, VENTURA PÉREZ B, BELLVER NAVARRO A
Hospital General Universitario. Castellón.
Universitat Jaume I. Castellón

9:25 h. 40. Síncope y bloqueo de rama en pacientes octogenarios. Rendimiento de la estrategia de estudio electrofisiológico.
SANCHIS HERRERO A, DOMÍNGUEZ MAFÉ E, SIMOES MONTEIRO VALENTE A, SÁNCHEZ GÓMEZ JM, NAVARRO MANCHÓN J, PALAU SAMPÍO P, MELERO LLORET J, BRIATORE AE, TORMO JUÁREZ JP, BELLVER NAVARRO A
Hospital General Universitario. Castellón.
Universitat Jaume I. Castellón

9:30 h. 41. Efecto del sexo en la selección de pacientes para terapia de resincronización cardíaca
FERNÁNDEZ DÍAZ C, JIMÉNEZ BELLO J, PALANCA GIL V, BOCHARD VILLANUEVA B, PAYÁ SERRANO R, RIDOCCI SORIANO F, PÉREZ-BOSCÁ JL, GRADOLÍ PALMERO J, VAÑÓ BODÍ J, QUESADA DORADOR A
Consorcio Hospital General Universitario. Valencia

SALA C: ECOCARDIOGRAFÍA, DOPPLER Y MEDICINA NUCLEAR (42-51) HEMODINÁMICA Y CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA (52-54)

Moderadores: Alberto Berenguer. Consorcio Hospital General. Valencia.
Begoña Igual. Consorcio Hospital General. Valencia

8:30 h. 42. Estudio del strain miocárdico remoto mediante resonancia magnética cardiaca y su influencia en la evolución de la función en pacientes con infarto de miocardio
GAVARA J, MARCOS V, BONANAD C, MONMENEU JV, LOPEZ-LEREU MP, RIOS-NAVARRO C, CHORRO FJ, BODI V
Hospital Clínico Universitario. Valencia.

8:35 h. 43. Utilidad pronóstica de la ecocardiografía de ventrículo derecho en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica y fracción de eyección deprimida
GUEDES RAMALLO P, PERNIAS ESCRIG V, NÚÑEZ MARTÍNEZ L, ROMERO VALERO A, GÓMEZ MARTÍNEZ M, AHUMADA VIDAL M, MARTÍNEZ MORENO M, QUINTANILLA TELLO MA, GARCÍA HONRUBIA A, MORILLAS BLASCO P
Hospital General Universitario de Elche. Alicante

8:40 h. 44. El estudio precoz con speckle-tracking de la función de la aurícula izquierda tras cardioversión de fibrilación auricular es de utilidad clínica
MONTEAGUDO VIANA M, ROLDÁN TORRES I, PÉREZ GOZALBO J, PÉREZ-OLIVARES DELGADO C FAGA V, PÉREZ GIL MM, ROMERO DORTA E, BERTOLÍN BORONAT J, CALLIZO GALLEGO R, MORA LLABATA V
Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia

8:45 h. 45. ST2 soluble y remodelado del ventrículo izquierdo tras un infarto agudo del miocardio con elevación del segmento ST: Un estudio con resonancia magnética.
GONZÁLEZ-D' GREGORIO J, MIÑANA G, NUÑEZ, J, BAYÉS-GENIS A, REVUELTA E, NUÑEZ E, LOPEZ-LEREU MP, MONMENEU JV, LUPON, J, BODÍ V
Hospital Clínico Universitario. Valencia

8:50 h. 46. Strain y mecánica rotacional del ventrículo izquierdo en adultos obesos: nuevos parámetros por ecocardiografía speckle-tracking en la evaluación de la torsión
ROMERO DORTA E, LLABATA MORA V, MORILLAS ARIÑO C, BERTOLÍN BORONAT J, PÉREZ GOZALBO JM, PÉREZ-OLIVARES DELGADO C, FAGA V, DEL MAR PÉREZ GIL M, CALLIZO GALLEGO R, ROLDÁN TORRES I
Hospital Universitario Dr Peset. Valencia

8:55 h. 47. Utilidad de la caracterización tisular del área de lesión microvascular con secuencias T2*w de RM en pacientes con infarto agudo revascularizado.
IGUAL MUÑOZ B, FERRÉ VALLVERDÚ M, SANCHEZ LACUESTA E, DIEZ GIL JL, PLAZA LOPEZ D, MACEIRA GONZALEZ A, GIL CAYUELA C, MIRÓ PALAU V, SEPÚLVEDA SANCHEZ P, MARTÍNEZ DOLZ L
Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

9:00 h. 48. Utilidad de la imagen multimodalidad para predecir la presencia de síntomas cardiovasculares en la estenosis valvular aórtica.
IGUAL MUÑEZ B, PAYA SERRANO R, MACEIRA GONZALEZ A, BLANCO HERRERO O, SANCHEZ VAZQUEZ A, GARCIA GONZALEZ P, PEREZ BOSCÁ JL, MIRÓ PALAU V, MONTERO ARGUDO A
Consorcio Hospital General Universitario. Valencia

9:05 h. 49. Impacto del estrés de pared sobre los diámetros de aorta ascendente estudiado mediante imagen multimodalidad.
IGUAL MUÑOZ B, CUADRA DELGADO D, PAYA SERRANO R, BARBERO FRESNO R, GARCIA GONZALEZ P, PEREZ BOSCÁ JL, MACEIRA GONZALEZ A, VALERA MARTÍNEZ FJ, BERENGUER JOFRESA A, MONTERO ARGUDO A
Hospital Universitario y Politécnico la Fe. Valencia.

9:10 h. 50. Utilidad del ecocardiograma en el estudio de un primer episodio de ictus en nuestro medio.
CALLIZO GALLEGO R, NÚÑEZ PILES C, SERRATS LÓPEZ R, ROMERO DORTA E, BERTOLÍN BORONAT J, PÉREZ OLIVARES C, PÉREZ GOZALBO J, SELLER MOYA J, ROLDÁN TORRES I, MORA LLABATA V
Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia

9:15 h. 51. **Efectos de la implantación de un programa de ecocardiograma de estrés en unospital comarcal.**
TOCADO UNZALU MB, ERDOCIAIN PERALES MS, ZUAZOLA MARTINEZ MP
Hospital de la Marina Baixa. Vilajoiosa. Alicante.

9:20 h. 52. **Stent farmacoactivo sin polímero en el síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST: perfil clínico y de seguridad a largo plazo.**
VIDAL URRUTIA V, MELERO LLORET J, VILAR HERRERO JV, BERENGUER JOFRESA A, SANMIGUEL CERVERA D, CUBILLOS ARANGO A, ALMELA ALCAIDE P, FACILA RUBIO L, MORELL CABEDO S, RUIZ GONZALEZ E
Consorcio Hospital General Universitario. Valencia.

9:25 h. 53. **Utilidad del catéter Sheathless en la aterectomía rotacional por vía radial**
VILAR HERRERO JV, BERENGUER JOFRESA A, SANMIGUEL CERVERA D, CUBILLOS ARANGO A, ESCRIBANO ALARCÓN D, ALMELA ALCAIDE P, LÓPEZ LÓPEZ I, MORELL CABEDO S, RUMIZ GONZÁLEZ E
Consorcio Hospital General Universitario. Valencia

9:30 h. 54. **Impacto de la revascularización percutánea de pacientes con oclusiones crónicas totales en la capacidad funcional de ejercicio valorada por ergoespirometría**
FERNÁNDEZ DÍAZ C, VILAR HERRERO JV, TORMO ESPLUGES G, SANMIGUEL CERVERA D, BERENGUER JOFRESA A, ESCRIBANO ALARCÓN D, CUBILLOS ARANGO A, FÁCILA RUBIO L, MORELL CABEDO S, RUMIZ GONZÁLEZ E
Consorcio Hospital General Universitario. Valencia

SALA D: PREVENTIVA, HTA Y OTROS FRCV (55-59) Y CARDIOLOGÍA EXPERIMENTAL E INVESTIGACIÓN BÁSICA (60-66)

Moderadores: Diana Domingo. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.
Ana Peset. Hospital Provincial. Castellón.

8:30 h. 55. **Registro de insuficiencia cardíaca en el área de Castellón: epidemiología y morbiortalidad estratificada por sexo tras el primer año**
TORMO JUÁREZ JP, MELERO LLÓRET J, BRIATORE A, DOMÍNGUEZ MAFÉ E, VENTURA PÉREZ B, SERRANO ROMERO A, GARCÍA PALOMAR C, SORIANO NAVARRO C, BELLVER NAVARRO A, PALAU SAMPIO P
Hospital General Universitario. Castellón.
Universitat Jaume I. Castellón.

8:35 h. 56. **Registro de insuficiencia cardíaca en el área de Castellón: epidemiología y morbimortalidad según fracción de eyección tras el primer año**
TORMO JUÁREZ JP, MELERO LLÓRET J, BRIATORE A, DOMÍNGUEZ MAFÉ E, VENTURA PÉREZ B, SERRANO ROMERO A, GARCÍA PALOMAR C, SORIANO NAVARRO C, BELLVER NAVARRO A, PALAU SAMPIO P
Hospital General Universitario. Castellón.
Universitat Jaume I. Castellón.

8:40 h. 57. **Perfil Cardiovascular de los pacientes con un Síndrome Coronario Agudo.**
VENTURA PÉREZ B, MELERO LLORET J, NAVARRO MANCHÓN J, PALAU SAMPIO P, DOMÍNGUEZ MAFÉ E, SERRANO ROMERO A, ORTS SOLER E, BAELLO MONGE P, PLANAS DEL VIEJO AM, BELLVER NAVARRO A
Hospital General Universitario. Castellón.
Universidad Jaume I. Castellón.

8:45 h. 58. **Características clínicas, confirmación diagnóstica y pronóstico del Síndrome de Takotsubo en pacientes dados de alta de un Servicio de Cardiología**
VIDAL URRUTIA V, FÁCILA RUBIO L, MONTAGUD BALAGUER V, BELCHI NAVARRO J, GRADOLÍ PALMERO J, CÁRDENAS TEALDO JP, PERDOMO LONDOÑO D, FERNÁNDEZ DÍAZ C, VAÑÓ BODÍ J, MORELL CABEDO S
Consorcio Hospital General Universitario. Valencia.

8:50 h. 59. **Factores a tener en cuenta en el tratamiento de la dislipemia en cardiología: Alteraciones glucémicas, polimedicación e interacciones. Estudio PREVENDIAB**
ABDALA J, FÁCILA L, BOVER R, GUINEA R, ESTEBAN A, CORDERO A, SIMÓN JM, MONTAGUD V, VIDAL V, MORELL S
Consorcio Hospital General Universitario. Valencia

8:55 h. 60. **Correlación de diversas moléculas implicadas en tráfico celular con la gravedad de la insuficiencia cardíaca en pacientes sometidos a trasplante cardíaco Jover Pastor P, Ezzitouny M, Sánchez**
LÁZARO I, RIVERA M, LÓPEZ VILELLA R, FERRÉ VALLVERDÚ M, CERVERÓ RUBIO A, DONOSO TRENADO V, ARENAS MARTIN P, MARTÍNEZ DOLZ L
Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia

9:00 h. 61. **Alteraciones del tráfico celular en la insuficiencia cardíaca: ¿Existen diferencias entre la miocardiopatía dilatada idiopática y la cardiopatía isquémica?**
LOZANO EDO S, EZZITOUNY M, SÁNCHEZ LÁZARO I, PORTOLÉS M, ROSELLÓ LLETÍ E, ALMENAR L, SANZ SÁNCHEZ J, JIMÉNEZ AGUILELLA JJ, ROSELLÓ PÉREZ V, MARÍNEZ DOLZ L
Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia

9:05 h. 62. **La eosinopenia tras un infarto de miocardio se asocia con una peor estructura cardiaca y es paralela a la migración de los eosinófilos al tejido infartado.**
RIOS-NAVARRO C, RUIZ-SAURÍ A, GAVARA J, VIDAL V, BONANAD C, MIÑANA G, CHORRO FJ, BODI V
Hospital Clínico Universitario. Valencia

9:10 h. 63. **Valor del pronóstico de los niveles plasmáticos de Syndecan-4 en insuficiencia cardiaca crónica estable**
PERNIAS ESCRIG V, SERRANOS PERAMOS Y, MARTÍN TOMÁS E, NÚÑEZ MARTÍNEZ L, GUEDES RAMALLO P, ROMERO VALERO A, PERIS CASTELLÓ F, QUINTANILLA TELLO M, GARCÍA HONRUBIA A, MORILLAS BLASCO P
Hospital General Universitario de Elche. Alicante.

9:15 h. 64. **Afectación de pacientes con enfermedad de Fabry sin expresión fenotípica: valor diagnóstico de los biomarcadores**
SÁNCHEZ-QUIÑONES J, CLIMENT PAYA V, HERNÁNDEZ ROMERO D, MARÍN ORTUÑO F, CABALLERO JIMÉNEZ L, IBAÑEZ CRIADO JL, MARTÍNEZ MORENO M, GARCÍA HONRUBIA A, PÉREZ BERBEL P, SOGORB GARRÍ F
Hospital General Universitario de Alicante. Alicante

9:20 h. 65. **Velocidad media de la arteria pulmonar e IL-10 como predictores pronósticos en ICFEr**
TREJO VELASCO B, FABREGAT ANDRÉS O, GARCÍA GONZÁLEZ MP, PERDOMO LONDOÑO DC, CUBILLOS ARANGO AM, SÁNCHEZ FERNÁNDEZ S, CÁRDENAS TEALDO JP, MORELL CABEDO S, PAYÁ SORIANO R, RIDOCCI SORIANO F
Consorcio Hospital General Universitario. Valencia

9:25 h. 66. **Cardioprotección farmacológica del daño por reperfusión a través del catéter PREMICAT en un modelo experimental de infarto de miocardio.**
LUCAS CAVA V, HERNÁNDIZ MARTÍNEZ A, RODRÍGUEZ PICHARDO Y, LÓPEZ MARCH A, DÍEZ GIL JL, TEN ESTEVE A, ALBERICH BAYARRI A, CERRADA SERRA I, SEPÚLVEDA SANCHIS P
Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia.

9:00-10:00 **SALA A** **¿MANEJAMOS ADECUADAMENTE AL PACIENTE DE ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR?**

Patrocinan: **Amgen, Sanofi y Pfizer**

Moderadores: Francisco Ridocci Soriano. Consorcio Hospital General Universitario. Valencia
Juan Cosín Sales. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia

Ponentes: ***Doctor, ¿me tengo que vacunar de la neumonía?.***
Vivencio Barrios. Hospital Ramón y Cajal. Madrid

Evolocumab nuevo paradigma de una realidad basada en datos.
Carlos Escobar Cervantes. Hospital Universitario La Paz. Madrid
Alirocumab- Estudio Outcomes.
Vicente Arrarte. Hospital General Universitario. Alicante

9:00-10:00 **SALA E TALLER DE ECO PULMONAR. NOCIONES ESENCIALES**
Ponente: Álvaro Vicedo. Hospital de Denia.

10:00 - 11:00 ***Abordaje presente y futuro de la insuficiencia mitral.***
Moderadores: José Luis Díez Gil. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia
Teresa Lozano. Hospital General Universitario. Alicante
Ponentes: ***Visión del clínico-ecografista:***
José Luis Zamorano. Hospital Ramón y Cajal. Madrid
Visión del hemodinamista:
José María Hernández. Hospital Clínico. Málaga
Visión del cirujano:
Eduardo Tébar. Hospital del Vinalopó. Elche

9:30 - 13:30 **MESA REDONDA DE ENFERMERIA- SALA B**

09:30 - 10:00 **Recepción de diapositivas**

10:00 - 11:00 **MESA Redonda: RETOS EN LA ENFERMERIA CARDIOVASCULAR**
Moderadores: Rafael Calvo Vidal. Hospital Universitario de la Ribera. Alcira
Rafael Andrés Soler Carbó. Hospital Universitario Dr. Peset. València.
Ponentes: ***Actuación en la prevención. (Enfermer@ Gestora) En el área del Centro de Salud.***
Ana María Martínez Moros. Centro de Salud Fuensanta Valencia.
Enfermería y sistemas de Navegación. En el ámbito del servicio de Electrofisiología
Laura Aroca Fernández. Hospital de La Ribera. Alcira.
Actuación de la enfermería en el cierre percutáneo de la orejuela izquierda. En el ámbito del servicio de Hemodinámica y cardiología intervencionista.
Nuria Villalba Lizandra. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia

11:00 - 11:30 **Café.**

11:30 - 12:30 **COMUNICACIONES LIBRES DE ENFERMERIA**

COMUNICACIONES LIBRES DE ENFERMERÍA
Moderadores: Rafael Andrés Soler Carbó. Hospital Universitario Dr Peset. Valencia.

11:30 h. 1E. Influencia del acceso radial derecho vs izquierdo en el tiempo de fluoroscopia
CALVO VIDAL R, JORNET IBIZA D, AROCAS FERNANDEZ L, BOLUFER VIDAL A, CASAÑ OLMOS V
Hospital de la Ribera. Alcira. Valencia.

11:35 h. 2E. Uso de una aplicación para smartphone para la determinación del ritmo auricular previo a la cardioversion por parte de enfermería
SIMOES MONTERIO-VALIENTE A, BARBERÁ SOCARRADES I, AYMIMIR PÉREZ N, VALLEJO GARCÍA R, VALIENTE IZQUIERDO C, SANTAMARÍA BELLÉS A, NAVARRO-MANCHÓN J, DOMINGUEZ MAFÉ E, SÁNCHEZ-GÓMEZ JM, BELLVER NAVARRO JA
Hospital General Universitario. Castellón

11:40 h. 3E. Manejo de prostaciclinas sistémicas por parte de enfermería en el tratamiento de la hipertensión pulmonar
REYES GALERA MJ, REVERT GANDÍA R, CHAMORRO FERNÁNDEZ CI, RIBERA SOLER M, GÓMEZ PASTOR MA, JUAN CARRIÓN B, RICHART PRATS M, JORDÁ CALATAYUD M, PRECIADO HERNÁNDEZ I, GRAU JORNET G
Departamento de Salud de Alcoi. Alicante.

11:45 h. 4E. **Extravasación de un catéter de Hickman en una paciente con Hipertensión Pulmonar en tratamiento con epoprostenol**
RIBERA SOLER M, REVERT GANDÍA M, CHAMORRO FERNÁNDEZ CI, RUBIO ESPINAL M, VALLÉS PÉREZ D, LLEDÓ BLANES P, PRECIADOS HERNÁNDEZ I, GISBERT TOMÁS J, GRAU JORNET G
Departamento de Salud de Alcoi. Alicante.

11:50 h. 5E. **Efectos de un plan de formación en resucitación cardiopulmonar en Unidades de Hospitalización**
REVERT GANDÍA R, PRECIADO HERNÁNDEZ I, ALBERO MARTÍNEZ JV, REYES GALERA MJ, RICHART PRATS M, PASTOR PEIDRO A, LLEDÓ BLANES P, GILABERT CASTELLÓ T, JORDÁ MOLL E, GRAU JORNET G
Departamento de Salud de Alcoi. Alicante.

11:55 h. 6E. **Consulta de Rehabilitación Cardiaca: Papel de Enfermería en un Hospital Comarcal**
PASTOR JORDÁ A, ALBERO MARTÍNEZ JV, REVERT GANDÍA R, JORDÁ MOLL E, RIBERA SOLER M, GÓMEZ PASTOR MA, JUAN CARRIÓN B, MARCO FRANCÉS E, SÁNCHEZ SORIANO RM, GRAU JORNET G
Departamento de Salud de Alcoi. Alicante.

12:00 h. 7E. **Detección de problemas de salud por enfermería en los pacientes que han sufrido un evento coronario agudo**
PASTOR JORDÁ A, ALBERO MARTÍNEZ JV, REVERT GANDÍA R, JORDÁ MOLL E, RIBERA SOLER M, MARCO FRANCÉS E, PRECIADO HERNÁNDEZ I, GISBERT TOMÁS J, GÓMEZ PASTOR MA, GRAU JORNET G
Departamento de Salud de Alcoi. Alicante.

12:05 h. 8E. **Entrada en rango de act en ablación de fa y fluter auricular izquierdo.**
REINA DE LA TORRE S, JIMENEZ CORDERO S, GARCÍA ORTS A, PIMENTA FERMISSON-RAMOS P, DÍAZ CAMBRONERO JI
Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia

12:30 - 13:30 **Reunión ordinaria de la sección de Enfermería.**

11:00 - 11:30 **Café.**

11:30 - 12:30 **59 SEGUNDOS EN ANTICOAGULACIÓN: MÁS ALLÁ DE LA CARDIOLOGÍA**

Patrocinada: **Bayer, Boheringer, Daichi Sankio y Bristol-Pfizer**

Moderadores: Alfonso Valle Muñoz. Hospital Marina Salud. Denia
Elena Castilla Cabanes. Hospital General Universitario. Elche

Visión del Hematólogo.
Maribel Orts. Hospital de Sagunto

Neurólogo.
Alejandro Ponz. Hospital Clínico Universitario. Valencia

Internista.
David García. Consorcio Hospital General Universitario. Valencia

Cardióloga.
Ruth Sánchez Soriano. Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy

12:30-13:30 **DIABETES: TODO LO QUE DEBERÍA SABER UN CARDIÓLOGO Y NO SE ATREVE A PREGUNTAR**

Patrocinio: **Boehringer Ingelheim y NovoNordisk**

Moderadores: Vicente Bertomeu Martínez. Hospital San Juan. Alicante
Salvador Morell Cabedo. Consorcio Hospital General Universitario. Valencia

Ponentes: ***Tratamiento de la diabetes en el paciente cardiológico hospitalizado.***
Lorenzo Fácila Rubio. Consorcio Hospital General Universitario. Valencia

La diabetes en Insuficiencia cardiaca: Novedades.
Julio Núñez Villota. Hospital Clínico Universitario. Valencia

Manejo de la diabetes en prevención secundaria: Fármacos que mejoran la supervivencia. Alberto Cordero Fort. Hospital Universitario San Juan de Alicante

14:00 - 15:30	**SALA A**	**Lunch Bag.** **CARDIOLOGÍA Y DEPORTE: CONSEJOS Y RECOMENDACIONES PARA EL CARDIÓLOGO GENERAL**
	Moderadores:	Alberto Cordero. Hospital Universitario San Juan. Alicante Teresa Lozano. Hospital General Universitario. Alicante
	Ponentes:	***Estratificación del riesgo cardiaco en personas con y sin enfermedad cardiovascular*** Mª Dolores Masiá. IMED Levante ***Consejos prácticos para el inicio y planificación del ejercicio físico en pacientes con enfermedad cardiovascular.*** Francisco Carrasco. Universidad de Alicante ***Estudio y consejo familiar tras una muerte súbita.*** Amaya García Fernández. Hospital General Universitario. Alicante
14:00 - 15:30		**Lunch Bag. SALA D** **TALLER DE ECOCARDIOGRAFÍA: TALLER DE ECO 3D. Hazlo con tus propias manos.**
	Patrocina:	**Philips**
	Ponentes:	Rafael Payá Serrano. Consorcio Hospital General Universitario. Valencia Ana Osa Saez. Hospital Universitario y Politécnico la Fe. Valencia Jaime Agüero. Hospital Universitario y Politécnico la Fe. Valencia (estaciones de trabajo de Philips)
14:00 - 15:30		**Lunch Bag SALA C** **PLAN ENFERMEDAD DE FABRY EN CARDIOLOGÍA** **Proyecto PREFACE**
	Moderadores:	Esther Zorio Grima. Hospital Universitario y Politécnico la Fe. Valencia Pablo García Pavía. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid
	Ponentes:	Genética cardíaca para el clínico: ¿qué debo saber? José Manuel García Pinilla. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga Utilidad de las técnicas de imagen en cardiopatías familiares Jesús Gonzáles Mirelis. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid Fenotipo Fabry. Causas, clínica y tratamiento Vicente Climent. Hospital General Universitario. Alicante
16:00 - 17:00	**SALA A.**	**CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS** Pablo Aguar Carrascosa. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia Carlos Chamorro Fernández. Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy Francisco González Llopis. Hospital General Universitario. Elda
17:00- 18:00		**SIMPOSIUM INSUFICIENCIA CARDÍACA**
	Patrocina:	**Novartis**
	Moderadores:	Francisco J. Chorro Gascó. Hospital Clínico Universitario. Valencia Vicente Mora Llavata. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia
	Ponentes:	Sacubitril-valsartan en IC y fracción de eyección deprimida: datos más allá del PARADIGM-HF. Antoni Bayés-Genis. Hospital de Can Ruti. Badalona IC con fracción de eyección preservada. ¿Es todo disfunción diastólica? ¿Y cómo la manejamos? Patricia Palau. Hospital General Universitario. Castellón Foto actualizada de la IC en la Comunidad Valenciana: Registro RICA-CV Maria José Bosch. Hospital de la Plana. Castellón
18:00-18:30	**SALA B**	**Presentación de Artículos publicados en el último año.** Pilar Zuazola Martínez. Hospital Marina Baixa de Villajoyosa
18:30	**SALA B**	**ASAMBLEA GENERAL DE LA SOCIEDAD VALENCIANA DE CARDIOLOGÍA**

PROGRAMA SOCIAL

JUEVES	**31-05-18**	11'15 - 11'30 h.	**ACTO INAUGURAL EN SALA A**
VIERNES	**1-06-18**	22'00 h.	**CENA DE CLAUSURA Y ENTREGA DE PREMIOS HOTEL PRIMUS VALENCIA**

REUNIONES ADMINISTRATIVAS DE LAS SECCIONES CIENTÍFICAS Y GRUPOS DE TRABAJO

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA, ECG Y FISIOPATOLOGÍA DEL EJERCICIO	VIERNES 1	15,30 a 16,00 h.	SALA C
HEMODINÁMICA	VIERNES 1	15,30 a 16,00 h.	SALA C
CARDIOLOGÍA CLÍNICA	VIERNES 1	15,30 a 16,00 h.	SALA D
ESTIMULACIÓN CARDÍACA Y ARRITMIAS ECOCARDIOGRAFÍA Y OTRAS	VIERNES 1	15,30 a 16,00 h.	SALA D
TÉCNICAS DE IMAGEN	VIERNES 1	15,30 a 16,00 h.	SALA E
CARDIOLOGÍA PREVENTIVA, HTA Y OTROS FACTORES DE RIESGO	VIERNES 1	15,30 a 16,00 h.	SALA E
ENFERMERÍA	VIERNES 1	12,00 a 14,00 h.	SALA B

CONVOCATORIA PARA LA ASAMBLEA GENERAL ORDINARIA AÑO 2018

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 **1** de Junio próximo, Viernes, en la **sala "B" del Hotel Primus de Valencia,** sede del **XXXV 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. **XXXV 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 XXXV CONGRESO S.V.C.

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

BASES PREMIOS XXXV 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 entregarán 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 1 (16:00 - 17:00 h.)
SALA B **CARDIOLOGÍA CLÍNICA**

1. Impacto pronóstico de la hiperuricemia en los pacientes con insuficiencia cardíaca y función sistólica del ventrículo izquierdo deprimida

GUEDES RAMALLO P, PERNIAS ESCRIG V, NÚÑEZ MARTÍNEZ L, ROMERO VALERO A, DE LARA DELGADO G, PERIS CASTELLO F., QUINTANILLA TELLO MA, GARCÍA HONRUBIA A, MORILLAS BLASCO P
Hospital General Universitario Elche. Alicante

INTRODUCCIÓN: La insuficiencia cardiaca (IC) es un problema sanitario cuya prevalencia continúa aumentando con el envejecimiento poblacional. Varios biomarcadores han emergido para evaluar el pronóstico y su progresión. La hiperuricemia se ha propuesto como factor pronóstico de la IC crónica, existiendo evidencia científica que así lo avala en pacientes con fracción de eyección de ventrículo izquierdo (FEVI) conservada. A día de hoy, hay pocos datos en la literatura en pacientes con FEVI deprimida.
METODOLOGÍA: Estudio unicéntrico, analítico, observacional de cohortes retrospectivo. Se incluyeron de forma consecutiva a pacientes que acudieron en 4 meses a consultas externas de Cardiología con diagnóstico de IC crónica y fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) menor de 50%. Se recogieron variables demográficas, clínicas, analíticas y el tratamiento farmacológico. Se analizaron sus características y la relación entre los niveles de ácido úrico y los ingresos por descompensación cardíaca en los 6 meses previos. Las variables cuantitativas se presentan como media +/- desviación estándar y se analizan mediante la prueba T de student para muestras relacionadas. Las proporciones se expresan como porcentajes y se analizan mediante la prueba Chi cuadrado. Los contrastes se plantearon bilateralmente y se consideraron significativos los valores de p < 0,05. Para el análisis multivariante se utilizó un modelo de regresión logística.
RESULTADOS: De los 87 pacientes incluidos, el 75'9% eran varones, con edad media de 68'57±11'07 años y FEVI media de 33'32% ± 9'1. El 42'5% de ellos presentaban hiperuricemia definida como mayor de 7mg/dL, frente al 57'5%. No existían diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ni en características basales ni en el tratamiento médico. El 54'1% de los pacientes con hiperuricemia habían ingresado en los 6 meses previos frente al 20,0% (p 0'001). El análisis multivariante ajustado por posibles factores de confusión, confirmó una asociación significativa e independiente de la hiperuricemia con ingresos en los 6 meses previos (OR 5,69 IC 95% (1'900-16'273), p=0'001).
CONCLUSIÓN: En pacientes con IC crónica y FEVI menor a 50%, la hiperuricemia se asocia de forma independiente con ingresos recientes por IC. Este fenómeno podría identificar a un grupo de pacientes con IC de peor pronóstico, siendo necesario establecer una estrategia de seguimiento adecuada para ellos.

2. Hipertensión Pulmonar tras corrección de Cardiopatías Congénitas: nuestra experiencia con Macitentán

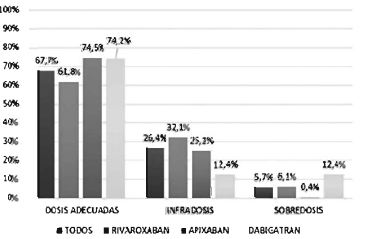
CERVERÓ RUBIO A, CERVERÓ RUBIO A, RUEDA SORIANO J, MELERO FERRER JL, OSA SÁEZ AM, LÓPEZ VILELLA R, FERRÉ VALLVERDÚ M, ARENAS MARTÍN P, LOZANO EDO S, MARTÍNEZ DOLZ, LV
Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia

OBJETIVO:
Demostrar si el Macitentán puede tener un papel beneficioso en el tratamiento de los pacientes con Hipertensión Pulmonar tras la corrección de una Cardiopatía Congénita.
MATERIAL Y MÉTODOS:
Se reclutó a 7 pacientes (3 pacientes con Comunicación Interauricular, 2 con Comunicación Interventricular y 2 con Ductus Arterioso Persistente). La media de edad fue de 45 años, y un 69% eran mujeres. En todos ellos se inició el tratamiento con Macitentán; en 3 de los casos asociado a inhibidores de la 5-fosfodiesterasa (Sildenafilo) y en 4 casos en monoterapia. Se recogieron datos basales y a los 6 meses de clase funcional, distancia recorrida en el test de los 6 minutos marcha, saturación arterial de oxígeno basal y tras el esfuerzo, parámetros analíticos como Hemoglobina y pro-BNP, y parámetros ecocardiográficos de función del ventrículo derecho, como el desplazamiento sistólico del anillo tricuspídeo (TAPSE) y la fracción de acortamiento.
RESULTADOS:
Observamos diferencias estadísticamente significativas en clase funcional y TAPSE. Respecto a la clase funcional, se pasó de un 0% de pacientes en clase funcional I a un 43%; de un 71% en clase funcional II a un 43%; y de un 29% en clase funcional III a un 14%, con un p valor de 0,03). En lo que respecta al TAPSE, el valor medio basal era 15 ± 3'5 mm, aumentando hasta 16,8 ± 3'8 mm a los 6 meses, con un p valor de 0'048. El resto de resultados también tenían una tendencia hacia la mejoría, sin conseguirse significación estadística.
CONCLUSIONES:
En nuestra experiencia, el tratamiento con Macitentán ha mostrado beneficios clínicos en los pacientes con Cardiopatías Congénitas e Hipertensión Pulmonar post-corrección, tanto en monoterapia como asociado a Sildenafilo.

3. ¿Se dosifican de manera adecuada los anticoagulantes orales de acción directa en nuestro medio?

CARO MARTÍNEZ C, ELVIRA RUIZ G, LOVA NAVARRO A, MORENO FLORES V, CEREZO MACHADO JJ, NAVARRO ALMENZAR B, ANDREU CAYUELAS JM, FLORES BLANCO PJ, MARTÍNEZ ELVIRA J, BAILÉN LORENZO JL
Hospital Vega Baja Orihuela. Alicante

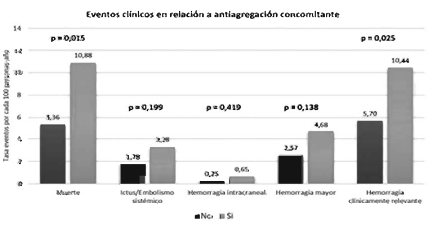
OBJETIVOS: La selección de las dosis de los anticoagulantes orales directos (AODs) se encuentra determinada en base a diferentes criterios. Sin embargo, estudios previos muestran un alto uso de dosis inapropiadas en práctica clínica real. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar las pautas de utilización de los AODs y describir la frecuencia y predictores de recibir dosis inadecuadas en nuestro medio.
MÉTODOS: Desde Enero de 2013 a Diciembre de 2014 se incluyeron 973 pacientes con FA no valvular que iniciaron un anticoagulante oral directo en 3 áreas de salud. Las dosis de los AODs fueron clasificadas como infradosis o sobredosis en base a los criterios establecidos en las guías de práctica clínica.
RESULTADOS: Durante el periodo de inclusión se incluyeron un total de 973 nuevas prescripciones: 505 (51,9%) rivaroxabán, 188 (19,3%) dabigatrán y 280 (28,8%) apixabán. De todos, 305 pacientes recibieron dosis inadecuadas (32,3%), de los cuales 249 (82%) recibieron infradosis y 56 (18%) sobredosis. La distribución de las dosis inadecuadas en función del fármaco nos muestra que los pacientes que recibieron rivaroxabán presentaron mayor porcentaje de infradosis (32,1% frente a 25,1% de apixabán y 12,4 % de dabigatrán; p <0,05), mientras que los pacientes que con dabigatrán presentaron mayor frecuencia sobredosis (13,5% frente a 6,2% de rivaroxabán y 0,4% de apixabán; p<0,05). En el análisis de regresion logistica multivariante, los predictores de recibir dosis inapropiadas fueron la edad (por año, OR = 1,08; IC95% 1,05-1,11; p<0,001), los antecedentes de ictus y/o AIT (OR = 0,52; IC95% 0,34-0,79; p = 0,002) y los niveles de hemoglobina (por g/dL, OR=0,90; IC95% 0,82-0,99; p = 0,046).
CONCLUSIONES: Una proporción importante de pacientes en nuestro medio reciben dosis de AODs inapropiadas, a expensas fundamentalmente de infradosis. La edad avanzada, la anemia y la ausencia de antecedentes de ictus y/o AIT fueron predictores de uso de dosis inapropiadas. Estudios futuros son necesarios a la hora de establecer la relación entre las dosis inapropiadas y los eventos clínicos



4. Influencia del tratamiento antiagregante entre los pacientes con fibrilación auricular no valvular que inician anticoagulantes orales directos

CARO MARTÍNEZ C, LOVA NAVARRO A, ELVIRA RUIZ G, NAVARRO ALMENZAR B, MORENO FLORES, V, VIDAL ALARCÓN M, GÓMEZ AGUERA A, FLORES BLANCO P, CEREZO MACHADO JJ, BAILÉN LORENZO JL
Hospital Vega Baja. Orihuela. Alicante
Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia.

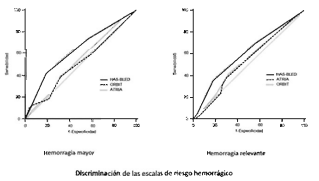
OBJETIVO: El tratamiento antiagregante concomitante incrementa el riesgo hemorrágico. El objetivo de nuestro estudio es evaluar las características clínicas y la influencia en los eventos clínicos en los pacientes con fibrilación auricular no valvular (FANV) que inician anticoagulantes orales directos y que toman de forma concomitante antiagregación.
MÉTODOS: De enero de 2013 a diciembre de 2014 se incluyeron 973 pacientes consecutivos con FANV que iniciaron por primera vez un anticoagulante oral directo en 3 áreas de salud. Durante el seguimiento (646 [470?839] días), se recogieron las complicaciones tromboembólicas, hemorrágicas y la mortalidad a través de la revisión de historias clínicas electrónicas y contacto telefónico (99,8% de los pacientes).
RESULTADOS: 92 (9,45%) pacientes tomaron de forma concomitante antigregación, en su mayoría ácido acetilsalicílico (91,3%). Los pacientes bajo antiagregación fueron de mayor edad y más frecuentemente varones. Además, presentaron mayor enfermedad vascular (ictus/AIT, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, disfunción ventricular izquierda y enfermedad renal crónica) y anemia; y por consiguiente mayores puntuaciones en las escalas de riesgo tromboembólico y hemorrágico. La tasa cruda de mortalidad y hemorragia clínicamente relevante mostró ser significativamente superior en pacientes bajo tratamiento antiagregante (10,88/100 personas-año frente a 5,36/100 personas-año, p= 0,015; y 10,44/100 personas-año frente a 5,70/100 personas-año, p=0,025, respectivamente). Sin embargo, los eventos tromboembólicos y de hemorragia mayor aunque fueron superiores no alcanzaron significación estadística (3,28/100 personas-año frente a 1,78/100 personas-año, p =0,199; y 4,68/100 personas-año frente a 2,57/100 personas-año; p=0,138 respectivamente). Tras ajustar en el análisis multivariante la antiagregación concomitante mostró ser predictora de los eventos hemorrágicos clínicamente relevantes (HR 1,82; IC 95% 1,05-3,17, p = 0,034) y no del resto de eventos estudiados.
CONCLUSIONES: El uso de antiagregacion concomitante en pacientes con FANV que inician anticoagulantes orales directos es frecuente, y se asocia a un mayor riesgo de complicaciones hemorrágicas. Estos hallazgos realzan la importancia de realizar un estricto balance riesgo beneficio a la hora de establecer la indicación de combinar estas terapias.



5. El poder de discriminación de las escalas de riesgo hemorrágico en pacientes de edad avanzada que inician anticoagulantes orales directos

CARO MARTÍNEZ C, LOVA NAVARRO A, ELVIRA RUIZ G, NAVARRO ALMENZAR B, MORENO FLORES, V, VIDAL ALARCÓN M, GÓMEZ AGUERA A, FLORES BLANCO P, CEREZO MACHADO JJ, BAILÉN LORENZO JL
Hospital Vega Baja. Orihuela. Alicante
Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia.

OBJETIVO: Las escalas de riesgo hemorrágico han sido validadas en la población general. Sin embargo existen subpoblaciones de interés en las que el desarrollo de las mismas puede diferir. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la capacidad predictiva de tres escalas de riesgo hemorrágico en pacientes de edad > 75 años y fibrilación auricular no valvular (FANV) que inician tratamiento con anticoagulantes orales directos (AOD) en nuestro medio.
MÉTODOS: Estudio retrospectivo multicéntrico en el que se incluyeron de forma consecutiva a 608 pacientes con edad superior a 75 años con FANV que iniciaron tratamiento con AOD. La puntuación de las 3 escalas de riesgo hemorrágico (HAS-BLED, ATRIA y ORBIT) pudo calcularse en 606 (99,7%) pacientes. Durante el seguimiento (646 [470?839] días), las complicaciones hemorrágicas fueron recogidas a través de la revisión de historias clínicas electrónicas y contacto telefónico en un 99,8% de los pacientes.
RESULTADOS: Se registraron 76 hemorragias clínicamente relevantes (7,53/100 personas-año), 38 episodios de hemorragia mayor (3,64/100 personas-año), 30 episodios de hemorragia relevante de origen digestivo (2,85/100 personas-año), 21 episodios de hemorragia mayor digestivo (2,00/100 personas/año) y 5 episodios de hemorragia intracraneal (0,47/100 personas/año). La tasa de hemorragias aumentó conforme aumentaron las puntuaciones de las escalas. Todas las escalas de riesgo presentaron una capacidad de discriminación modesta, tanto para la hemorragia mayor: HAS-BLED 0,64; ATRIA 0,54 y ORBIT 0,52, como para hemorragias clínicamente relevantes: HAS-BLED 0,60; ATRIA 0,53 y ORBIT 0,54. La capacidad discriminativa fue algo superior para la hemorragia de origen digestivo (hemorragia digestiva mayor: HASBLED 0,74; ATRIA 0,65 y ORBIT 0,65; hemorragia digestiva relevante: HASBLED 0,72, ATRIA 0,67 y ORBIT 0,69. La comparación de curvas ROC de las escalas de riesgo hemorrágico mostró una mejor predicción para la escala HAS-BLED respecto a la escala ATRIA y ORBIT para la hemorragia mayor (p = 0,026 y p = 0,005 respectivamente) y para la hemorragia clínicamente relevante (p = 0,031 y p = 0,044 respectivamente).
CONCLUSIONES: Los resultados de nuestro estudio muestran una capacidad modesta en la discriminación de los eventos hemorrágicos de las tres escalas evaluadas. No obstante, la escala HAS-BLED demuestra una mejor discriminación de los eventos hemorrágicos entre los pacientes de edad avanzada con FANV que inician AODs.



Discriminación de las escalas de riesgo hemorrágico

6. Cardiopatías congénitas del adulto: mortalidad, causas y factores predictores.

JIMÉNEZ AGUILELLA JJ, CERVERÓ RUBIO A, RUEDA SORIANO J, CANALES ESTEVE GM, JOVER PASTOR P, EZZITOUNY M, PÉREZ ROSELLÓ V, OSA SÁEZ A, BUENDÍA FUENTES F, MARTÍNEZ DOLZ, L
Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

OBJETIVO: El objetivo es conocer los factores predictores de mortalidad en pacientes con cardiopatías congénitas en la edad adulta y determinar la causa más frecuente de las mismas.

METODO: Se analizan 1683 pacientes seguidos por la unidad de cardiopatías congénitas de nuestro hospital desde febrero del 2016 hasta diciembre del 2017. Se estudia los casos de fallecimiento y se realiza un análisis descriptivo de las causas y un análisis multivariado en función de factores clínicos, demográficos y presencia o no de arritmias supraventriculares.

RESULTADOS: Se recogen 56 éxitus, siendo la causa más frecuente la insuficiencia cardíaca (32%) seguido de la muerte súbita (18%), cirugía (14%) y fenomenos hemorrágicos-embólicos (9%). La mayoría de los pacientes presentaban una cardiopatía de complejidad moderada (53%). Las entidades clínicas mas frecuentes eran la tetralogía de Fallot (12.8%), seguida de la comunicación interauricular ostium secundum (11.7%) y la coartación de aorta (9.8%). La mayoría de los pacientes estaban en clase funcional I-II (95%) y sólo menos del 5% en clase funcional avanzada III-IV. El 8.8% de los pacientes tenían antecedente de hipertensión pulmonar, un 5.2% de cianosis, 12% de taquicardia supraventricular y un 6.2% cromosomopatía diagnosticada. El análisis multivariado mostro que el presentar una clase funcional avanzada, cardiopatía compleja, cianosis, hipertensión pulmonar, mayor edad y antecedentes de arritmia supraventricular estaban relacionados con mayores tasas de mortalidad (p<0.00). Aunque no alcanzo significación, el antecedente de cromosomopatía diagnosticada también mostraba mayor tendencia (p 0.08).

CONCLUSIONES: Concluimos que la insuficiencia cardíaca es la causa más frecuente de mortalidad en pacientes con cardiopatías congénitas en la edad adulta, siendo la clase funcional, el antecedente de cianosis, la HTP, las arritmias supraventriculares y la edad factores independientes de mortalidad.

7. Transposición de grandes vasos con corrección tipo switch arterial: dilatación de neoaorta e insuficiencia valvular.

JIMÉNEZ AGUILELLA JJ, CERVERÓ RUBIO A, RUEDA SORIANO J, CANALES ESTEVE GM, JOVER PASTOR, P, EZZITOUNY M, PÉREZ ROSELLÓ V, OSA SÁEZ A, AGÜERO RAMÓN-LLIN J, F MARTÍNEZ DOLZ L
Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

OBJETIVO: Los pacientes con TGA con cirugía de switch arterial tienen una elevada prevalencia de dilatación de neoaorta e insuficiencia valvular. El objetivo del presente estudio es analizar la evolución de la dilatación y la progresión de la insuficiencia aórtica.

METODOS: Se analizan 67 pacientes con DTGV con corrección anatómica, con edad mayor de 15 años, mayoritariamente varones (70.2%) y con antecedente de comunicación interventricular en el 28% de los casos. La insuficiencia valvular se valoro?semicuantitativamente ajustada a guías (ligera con vena contracta menor de 3mm y grave mayor de 6mm) y se definió dilatación de neoaorta un diámetro mayor de 20.6mm/m2 (medido en porción sinusal, borde anterior-anterior y en telediástole).

RESULTADOS: La prevalencia de insuficiencia aórtica significativa al inicio del seguimiento era de un 9%, presentando el 48% dilatación de aorta. Se realizó un seguimiento medio de 6 ± 3.5 años, sin ningún fallecimiento. Tres fueron intervenidos (prótesis aórtica) siendo la supervivencia libre de cirugía del 96.6% a los 20 años y 91,5% a los 25 años. Respecto a la insuficiencia aórtica significativa, el 14% de los pacientes la presentaban a los 20 años. Destaca la alta incidencia de progresión, que observamos en un 18 % de los pacientes, especialmente de ligera a moderada y de ausente a ligera. En el análisis multivariado la presencia de raíz aórtica dilatada fue la única variable predictora de progresión (p 0.01). Se observa también que los pacientes con CIV previa tienen mayor tendencia a la misma (p 0.08). Se evidencia además dilatación progresiva de neo-raíz aórtica (con una mediana de crecimiento anual de 0,2mm/m2).

CONCLUSIONES: Concluímos que existe evidencia de crecimiento progresivo de la neo-raíz aórtica. No existe alta incidencia de regurgitación aórtica grave, pero sí de progresión siendo la dilatación aórtica el principal factor predictor de la misma.

8. Pronostico de verdaderos infartos en Myocardial Infarction With Nonobstructive Coronary Arteries (MINOCA)

VICENTE-IBARRA NURIA, FELIU REY E, PERNIAS ESCRIG V, NÚÑEZ MARTÍNEZ L CANO VIVAR P, ROMERO VALERO A, CASTILLA CABANES E, CARRILLO P, MORILLAS BLASCO P, RUIZ NODAR JUAN M.
Hospital General Universitario Elche. Alicante.

INTRODUCCIÓN: La prevalencia del síndrome coronario agudo (ACS) con lesiones coronarias ?50% ha aumentado en los últimos años. Hasta ahora las publicaciones se centran en el Myocardial Infarction With Nonobstructive Coronary Arteries (MINOCA) mezclando entidades con pronóstico y manejo terapéutico bien diferenciado. Nuestro objetivo es analizar el pronóstico de pacientes con infarto de miocardio y lesiones coronarias ?50% confirmados por resonancia magnética cardiaca (RMC) excluyendo el resto de entidades como miocaditis y síndrome de Tako-tsubo.

MÉTODO: Estudio descriptivo, prospectivo y multicéntrico que incluye a 1108 pacientes a los que se les realizó una RMC entre 2008 y junio de 2016 tras ingreso por infarto agudo de miocardio y que en la coronariografía no mostraban lesiones ?50%.
Tras excluir otras entidades como miocarditis y síndrome de Tako-tsubo, 72 pacientes presentaban verdaderos infarto de miocardio. Se determinó el pronóstico de los pacientes y se hizo seguimiento recopilando mortalidad, eventos cardiovasculares adversos mayores (ECAM: muerte cardiaca, accidente cerebrovascular (ACV) e IAM no fatal) y eventos cardiacos (muerte, IAM no fatal, ACV o reingreso por causa cardiaca).

RESULTADOS: De los 72 pacientes con MINOCA y verdaderos infartos, la mayoría eran hombres (56,9%) con edad media de 57,5 ± 14.3 años y el 31,9% se presentaron 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. Al alta hubo una infrautilización de todos los fármacos recomendados por las guías de práctica clínica para el tratamiento de la cardiopatía isquémica y solo el 30,6% de los pacientes recibieron doble antiagregación. La media de seguimiento fue de 3.3± 2,3 años, se registraron un total de 5 fallecimientos (7%), 24 pacientes (33,3%) presentaron eventos cardiacos. y 8 pacientes presentaron ECAM, (11,5%)

CONCLUSIÓN: Existe un menor uso de los fármacos recomendados por las guías de práctica clínica en los pacientes con infarto de miocardio verdadero confirmado por resonancia con lesiones coronarias ?50%. En nuestra población, uno de cada tres pacientes con MINOCA presenta eventos cardiovasculares en el seguimiento medio plazo.

9. Calprotectina como marcador pronóstico en disfunción ventricular izquierda

ROMERO VALERO A, PERNIAS ESCRIG V, GUEDES RAMALLO P, NÚÑEZ MARTÍNEZ L, MARTÍN TOMÁS E, SERRANO PERAMOS Y, CASTILLA CABANES E, QUINTANILLA TELLO MA, GARCÍA HONRUBIA A, MORILLAS BLASCO P
Hospital General Universitario Elche. Alicante

INTRODUCCIÓN: La Calprotectina es una molécula liberada por neutrófilos y monocitos que regula el estado inflamatorio del endotelio. Actúa promoviendo la expresión de genes y proteínas endoteliales relacionados con el inicio de la ateroesclerosis, principalmente la IL-27 que favorece el reclutamiento, adhesión y migración a través del endotelio de las células inflamatorias. Se ha estudiado su utilidad como marcador en diferentes ámbitos de la Cardiología: necrosis miocárdica, rigidez aórtica o clase funcional en insuficiencia cardiaca crónica. Se plantea como objetivo analizar su utilidad como marcador pronóstico en pacientes con disfunción ventricular.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio observacional y prospectivo, en el que se incluyeron 92 pacientes con insuficiencia cardíaca estable con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) menor del 45% en seguimiento en por Cardiología y que se encontraban bajo tratamiento médico óptimo de acuerdo a las guías de práctica clínica. Se les realizó una anamnesis exhaustiva con recogida de factores de riesgo cardiovascular y una exploración física completa, así como electrocardiograma, ecocardiograma, y analítica sanguínea que incluía la determinación de Calprotectina. Estos pacientes fueron seguidos durante un año recogiendo los datos de ingreso por descompensación de su insuficiencia cardiaca (IC).

RESULTADOS: ?La edad media de la población era de 69+/-11 años. El 78% eran varones, el 55% hipertensos, el 37% diabéticos y el 61% dislipémicos. La FEVI media fue 32.87+/-5,5%. Durante el seguimiento 18 pacientes ingresaron por descompensación cardiaca (20%); siendo más frecuente en los pacientes fumadores y con un mayor consumo de alcohol, así como en los que presentaban niveles plasmáticos más elevados de PCR, troponina I, NT-ProBNP y aquéllos con mayor diámetro de ventrículo izquierdo. No se hallaron diferencias significativas en las concentraciones plasmáticas de Calprotectina entre poblaciones (5236,86 vs 5259,68). El análisis multivariante, el consumo de alcohol y el NT-ProBNP se asociaron significativamente a un mayor riesgo de ingreso por IC. Por el contrario, no se encontró asociación entre los niveles de Calprotectina y los ingresos por IC.

CONCLUSIÓN: En nuestra población, no existe relación al año de seguimiento entre los niveles de Calprotectina y el número de ingresos por descompensación de IC en pacientes estables con disfunción ventricular

JUEVES DÍA 1 (16:00 - 17:00 h.)
SALA C **CARDIOLOGÍA CLÍNICA**

10. Causas y predictores de mortalidad en pacientes con fibrilación auricular bajo tratamiento con anticoagulantes orales directos

CARO MARTÍNEZ C, ARREGUI MONTOYA F, GARZÓN RODRIGUEZ A, VAZQUEZ ANDRES D, ALBENDÍN IGLESIAS H, MORENO FLORES V, ELVIRA RUIZ G, LOVA NAVARRO A, GALLEGO GARCÍA J, BAILÉN LORENZO, JL
Hospital Vega Baja. Orihuela. Alicante
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

INTRODUCCIÓN: La identificación de las causas de muerte y los factores de riesgo asociados son de ayuda en la planificación de las intervenciones. Sin embargo este aspecto ha sido poco estudiado entre los pacientes con fibrilación auricular no valvular que inician anticoagulantes orales directos en nuestro medio.

MÉTODOS: Desde el 1 de enero de 2013 hasta el 31 de diciembre de 2014, se incluyó de forma retrospectiva a todos los pacientes con fibrilación auricular no valvular que iniciaron un anticoagulante oral directo en 3 áreas de salud pertenecientes a tres hospitales. El evento final del estudio fue la muerte. Todas las muertes fueron categorizadas por tres cardiólogos clínicos usando definiciones pre especificadas. La mediana de seguimiento fue de 646 [470-839] días, y el seguimiento completo se logró en el 99,8% de los pacientes.

RESULTADOS: Si incluyeron un total de 973 pacientes. Se produjeron 102 defunciones (5,85/100 pacientes-año): 34 cardiovasculares (1,95/100 pacientes-año), 55 no cardiovasculares (3,16/100 pacientes-año) y 13 indeterminadas (0,74/100 pacientes-año). Las causas más frecuentes de muerte fueron las neoplasias, insuficiencia cardiaca e infección, mientras que las complicaciones por eventos hemorrágicos fueron raras. Se encontraron múltiples productores independientes para la mortalidad por todas las causas: edad (por año HR = 1,07, IC del 95%: 1,04-1,11; p < 0,001), diabetes mellitus (HR = 1,71, IC del 95%: 1,13-2,59; p = 0,011), insuficiencia cardiaca (HR = 2,90, IC del 95%: 1,80-4,68; p < 0,001), neoplasias (HR = 3,34, IC del 95%: 1,99-6,57; p < 0,001), hemoglobina (por g/dL, HR = 0,79, IC del 95%: 0,69-0,89; p < 0,001) y valvulopatía significativa (HR = 1,72, IC del 95%: 1,08-2,75; p = 0,023). La discriminación y calibración fue adecuada (índice C ? 0,80 y valor H-L p > 0,05).

CONCLUSIONES: Los pacientes con fibrilación auricular no valvular que inician anticoagulantes orales directos en nuestro medio presentan una alta tasa de mortalidad; las neoplasias, insuficiencia cardiaca e infecciones fueron las causas de muerte más frecuentes. Los predictores de muerte deben ser considerados al planificar estrategias en la mejora del pronóstico de estos pacientes.

Tabla 1. Causas de muerte en la población de estudio.

	% de muertes	Número (%)	Tasa
Mortalidad total	100	102 (10.5)	5.85
Mortalidad cardiovascular	33.3	34 (3.5)	1.95
Cardiaca	22.6	23 (2.4)	1.32
Insuficiencia cardiaca	13.7	14 (1.4)	0.80
Muerte súbita/no presenciada	6.9	7 (0.7)	0.40
Infarto agudo de miocardio	2.0	2 (0.2)	0.12
Vascular	6.9	7 (0.7)	0.40
Ictus/embolia	4.9	5 (0.5)	0.29
Hemorragia	2.0	2 (0.2)	0.11
Otras causas cardiovasculares	3.8	4 (0.4)	0.23
Mortalidad causa no cardiovascular	54.0	55 (5.7)	3.16
Enfermedad neoplasica	20.6	21(2.2)	1.20
Infección/Sepsis	15.7	16 (1.7)	0.92
Insuficiencia respiratoria	6.9	7 (0.7)	0.40
Otras	10.8	11 (1.1)	0.64
Indeterminada	12.7	13 (1.3)	0.74

Datos expresados en numero (%) y tasa (100 personas-año).

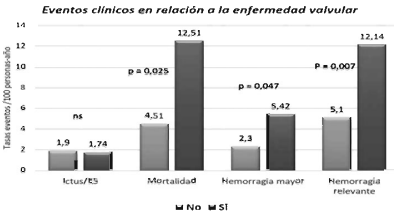
11. Prevalencia e implicación de las valvulopatías en pacientes con fibrilación auricular no valvular que inician anticoagulantes orales directos en nuestro medio

CARO MARTÍNEZ C, FLORES BLANCO P, ARREGUI MONTOYA F, VAZQUEZ ANDRÉS DJ, ELVIRA RUIZ G, GOMEZ AGUERA A, VIDAL ALARCÓN M, GALLEGO GARCÍA J, BAILÉN LORENZO JL, MANZANO FERNÁNDEZ S
Hospital Vega Baja. Orihuela. Alicante
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

OBJETIVO: La presencia de valvulopatías en los ensayos clínicos de los anticoagulantes directos en pacientes con FANV es alta y se asocia a mayor número de eventos clínicos adversos. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la prevalencia de valvulopatías y su influencia sobre la aparición de eventos clínicos.

RESULTADOS: 145 (16,2%) pacientes presentaron valvulopatía significativa. La insuficiencia mitral fue la forma más habitual (11,4%), siendo la estenosis aórtica (4,3%) y la insuficiencia aórtica (3,0%) las siguientes en frecuencia. Los pacientes con valvulopatía fueron de mayor edad y presentaron mayor frecuencia de FA permanente. Además tuvieron mayor prevalencia de cardiopatía isquémica e insuficiencia cardiaca, enfermedad renal crónica y anemia; y por consiguiente mayores puntuaciones en las escalas de riesgo tromboembólico y hemorrágico. La tasa cruda de mortalidad y hemorragia clínicamente relevante mostró ser significativamente superior en pacientes con valvulopatía (12,51/100 personas-año frente a 4,51/100 personas-año, p=0,015; y 12,14/100 personas-año frente a 5,10/100 personas-año, p<0,001 respectivamente). Sin embargo, los eventos tromboembólicos no mostraron diferencias (1,74/100 personas-año frente a 1,90/100 personas-año, p>0,05). Tras ajustar en el análisis multivariante la presencia de valvulopatía significativa mostró se predictor de los eventos de mortalidad total (HR 1,73;IC 95% 1,07-2,80, p=0,025), hemorrágicos clínicamente relevantes (HR 1,94;IC 95% 1,20-3,14, p=0,007) y hemorragia mayor (HR 2,0;IC 95% 1,01-4,01,p=0,047), sin diferencias en los eventos tromboembólicos (p>0,05).

CONCLUSIONES: La presencia de valvulopatía significativa es frecuente entre los pacientes con FANV que inician anticoagulantes orales directos. Estos pacientes muestran un perfil clínico más desfavorable con un mayor riesgo trombótico y hemorrágico. La enfermedad valvular se asoció de forma independiente a un mayor riesgo de mortalidad y de complicaciones hemorrágicas, sin diferencias en los eventos tromboembólicos.



12. Efecto del entrenamiento de la musculatura inspiratoria en la IC con función sistólica conservada: ¿Importa la función muscular inspiratoria basal?

BRIATORE A, MELERO LLORET J, DOMÍNGUEZ MAFÉ E, TORMO JUÁREZ JP, VENTURA PÉREZ B GONZÁLEZ D'GREGORIO JA, HEREDIA CAMBRA R, LÓPEZ BUENO L, NÚÑEZ VILLOTA J, PALAU SAMPIO, P
Hospital Vega Baja. Orihuela. Alicante

ANTECEDENTES: La insuficiencia cardíaca con fracción de eyección conservada (ICFEC) es un síndrome clínico caracterizado por una baja tolerancia al ejercicio. El entrenamiento de la musculatura inspiratoria (EMI) ha mostrado resultados prometedores en términos de mejora de la capacidad funcional. Sin embargo, desconocemos si este efecto se limita a los pacientes con debilidad muscular inspiratoria (DMI). Nuestro objetivo fue evaluar si la función muscular inspiratoria (PIM) inicial predice los cambios en el consumo de oxígeno pico (peakVO2) después del EMI en ICFEC.

MÉTODOS Y RESULTADOS: Un total de 45 pacientes sintomáticos estables con ICFEC y NYHA II-III recibieron un programa domiciliario de EMI de 12 semanas entre junio de 2012 y mayo de 2016. Se sometieron a ergoespirometría pre y post entrenamiento y se registraron las mediciones de la PIM y el peakVO2. La DMI se definió como la PIM <70% del valor predicho de la PIM (pp-PIM). Se utilizó el análisis de regresión lineal multivariante para evaluar la asociación entre los cambios en el peakVO2 (?-peakVO2) y la pp-PIM basal. La edad media ± desviación estandar fue de 71,4±9,7 años, el 53,3% fueron mujeres y el 35,1% en NYHA III. La media del peakVO2 y del ?-peakVO2 fueron 10.4 ± 2.8 ml / min / kg y + 2.2 ± 1.3 ml / min / kg (+ 21.3%), respectivamente. La mediana (IQR) del pp-PIM y del ?-PIM fue del 71% (64-92) y 39,2 (26,7-80,4) cmH2O, respectivamente. Después de un análisis multivariante, el pp-PIM no se asoció con el ?-peakVO2 (coeficiente ? = 0.004, IC 95%: -0.009-0.017, p = 0.529).

CONCLUSIONES: En pacientes con ICFEC sintomáticos y con baja tolerancia al ejercicio, el EMI ofrece una alternativa al entrenamiento físico que mejora la capacidad funcional independientemente del pp-PIM inicial.

13. Consulta de alta resolución de dolor torácico en Cardiología: integración con Atención Primaria

MARCO FRANCÉS E, JIMÉNEZ CARREÑO R, CHAMORRO FERNÁNDEZ CI, SÁNCHEZ SORIANO, RM, RASO RASO R, GÓMEZ PASTOR MA, JUAN CARRIÓN B, PICÓ CASANOVA A, ALBERO MARTÍNEZ JV, GRAU JORNET G.
Hospital Virgen de Los Lirios. Alcoi

INTRODUCCIÓN: En la evaluación del dolor torácico, la consulta de alta resolución busca una mayor agilidad y eficiencia en la estrategia diagnóstico-terapéutica, consiguiendo en un acto asistencial único la realización de las exploraciones necesarias para alcanzar el diagnóstico e iniciar tratamiento si es necesario.

OBJETIVOS: Análisis de los resultados obtenidos de forma prospectiva en el primer año de la puesta en marcha de la consulta de acto único de dolor torácico, tiempos de demora, número de visitas de acto único y destino tras el alta, diagnóstico al alta y exploraciones complementarias realizadas.

Métodos: Entre Diciembre 2016 y Diciembre 2017 se incluyeron de forma consecutiva pacientes remitidos por Atención Primaria a Cardiología para valoración de dolor torácico no urgente. Todos los pacientes se consideraron primera visita, tanto si nunca habían tenido contacto con Cardiología, como si eran ya sucesivas. Se diseño previamente un protocolo consensuado con primaria para remitir pacientes con clínica de dolor torácico, bien crónico (más de un mes evolución), bien agudo de bajo riesgo (tras ser evaluado en primaria), si se sospechaba angina de pecho o no se podía descartar que el origen del dolor no fuera coronario. El paciente era citado como consulta externa en planta hospitalaria de Cardiología, contabilizándose como ingreso hospitalario a efectos del reparto del trabajo asistencial de la mañana, entre los cardiólogos existentes. Se disponía de los requerimientos mínimos para una consulta de acto único (enfermero, electrocardiógrafo, ecocardiógrafo,, ergómetro/cicloergómetro y holter ECG), así como de analítica y/o radiografía de tórax urgente si se consideraba pertinente.

RESULTADOS: Se incluyeron 83 pacientes, en un rango de edad entre 34 y 86, media 63 años. El 48% fueron mujeres. El tiempo de demora desde la solicitud de primaria a la visita con Cardiología fue 3 días de media, siendo el 95% de los pacientes vistos en menos de 1 semana. El porcentaje de consulta de acto único fue de 65%. De los pacientes vistos se realizó ecocardiografía en el 100% y test de isquemia en el 80,5%. Se solicitó coronariografía en 25%. Tras la primera visita el 39% fueron dados de alta a atención primaria y se determinó origen coronario en 33 % y origen cardiaco no coronario en 9,8 %. En el 46% se determinó que el origen no era cardiaco y un 11% necesitó de más pruebas complementarias. Tras completar el estudio, 52% fueron alta a primaria y 44% sucesiva. El porcentaje visto supuso casi un 5% del total de solicitudes de primaria.

CONCLUSIONES: La consulta de acto único de dolor torácico en Cardiología permite disminuir la espera y agilizar la resolución del proceso, obteniendo una mayor eficiencia asistencial y una mayor satisfacción de los pacientes, así como reducción de visitas sucesivas. Es imprescindible una estrecha relación con atención primaria, para una mejor selección de los pacientes que se beneficiarían de esta consulta.

14. Dispositivos de asistencia ventricular y perfiles clínicos para cada tipo de asistencia. Experiencia de un hospital de referencia.

LÓPEZ-VILELLA R, SÁNCHEZ-LÁZARO R, FUSET CABANES MP, PAJARES MONCHO A, DOÑATE BERTOLÍN L, GIMENO COSTA R, MORENO PUIGDOLLERS I, ZARRAGOIKOETXEA JAUREGUI I, TORREGROSA PUERTA S ALMENAR BONET L
Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS: En los últimos años se ha incrementado el porcentaje de trasplantes urgentes, extendiéndose la utilización de dispositivos de asistencia mecánica de corta/media duración. Por otro lado, se ha reducido el número de donantes y ha aumentado la complejidad de los receptores, por lo que es cada vez más frecuente el uso de dispositivos de asistencia mecánica de larga duración, como puente a candidato o como terapia de destino. El objetivo de este trabajo es describir la experiencia de un hospital de referencia en insuficiencia cardíaca (IC) y trasplante en dispositivos de asistencia ventricular y delimitar los perfiles clínicos en los que está indicado cada tipo de asistencia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio unicéntrico retrospectivo observacional del uso de los distintos tipos de asistencia circulatoria/ventricular: Oxigenación con membrana extracorpórea (ECMO) venoarterial, Levitronix® CentriMag, EXCOR® Berlin Heart, Impella® y HeartWare®. Se seleccionaron todos los pacientes a los que se implantó alguno de estos dispositivos desde 2007 (primer implante de ECMO) hasta el 28 de febrero de 2018. Se recogieron variables clínicas y hemodinámicas de los pacientes para evaluar el perfil de paciente óptimo para cada tipo de asistencia. Se incluyeron pacientes tanto adultos como pediátricos. El número total de pacientes incluidos fue de 318.

RESULTADOS: Se implantaron 271 dispositivos tipo ECMO, fundamentalmente en pacientes en shock cardiogénico postinfarto, shock postcardiotomía y en pacientes con shock cardiogénico en INTERMACS 1-2 con fallo multiogánico. Se implantaron 36 Levitronix® CentriMag, 33 izquierdos, 1 derecho y en 2 pacientes biventricular. El perfil indicado es el del paciente en INTERMACS 3 dependiente de inotropos sin fallo multiorgánico establecido como puente al trasplante urgente. El EXCOR® es el único dispositivo aprobado en pacientes pediátricos; solo en un paciente pediátrico se implantó un EXCOR® en un shock postcardiotomía como puente al trasplante cardíaco urgente. El dispositivo Impella CP® solo se utilizó en un paciente con disfunción ventricular izquierda severa como soporte durante un procedimiento de angioplastia de alto riesgo en tronco coronario izquierdo. Respecto a los dispositivos de larga duración, en 8 pacientes se indicó un dispositivo tipo HeartWare® como asistencia izquierda, en 5 casos como puente a candidatura por hipertensión pulmonar irreversible que contraindicaba el trasplante, y en 3 como terapia de destino en pacientes mayores de 65-70 años con contraindicaciones irreversibles para el trasplante.

Tabla 1: Descripción del perfil de pacientes en cada tipo de dispositivo de asistencia.

	ECMO	Levitronix® CentriMag	EXCOR® Berlin Heart	Impella®	HeartWare®
Número de pacientes	271	36	6	1	8
Edad media (años)	54+-12	46+-15	6	65	60+-10
Varones (n, %)	196 (72.3%)	30 (83.3%)	3 (100%)	1 (100%)	8 (100%)
Indicación	Shock cardiogénico 126 (46.5%) Shock postcardiotomía 72 (27%) FPI 43 (16 %)	Shock cardiogénico 34 (94.5%) Shock postcardiotomía 2 (5.5%)	Shock postcardiaco más 1 (100%)	Angioplastia de alto riesgo en paciente con disfunción ventricular severa	Puente a candidato 3 (62.5%) Terapia de destino 3 (37.5%)
INTERMACS	1-2	2-3	2	7	6
Tipo de asistencia (n, %)	Biventricular 271, 100 %	Izquierda 33 (91.7%) Derecha 1 (2.8%) Biventricular 2 (5.5%)	Biventricular 3 (100%)	Izquierda 1 (100%)	Izquierda 8 (100%)

INTERMACS: Intermacs Registry for Mechanically Assisted Circulatory Support

Tabla 1: Descripción del perfil de pacientes en cada tipo de dispositivo de asistencia.

CONCLUSIONES: Existen diferentes opciones en nuestro medio cuando nos planteamos la asistencia ventricular de corta, media o larga duración. Es importante definir el perfil del paciente candidato a cada tipo de asistencia para mejorar el pronóstico de estos pacientes, tanto en puente a candidato a trasplante como en terapia de destino.

15. Reversión de la anticoagulación de dabigatran con idarucizumab. Experiencia inicial en cirugía de alto riesgo

LÓPEZ-VILELLA R, SÁNCHEZ-LÁZARO I, BORRÁS ALMENAR C, PÉREZ-ROSELLÓ V, MARTÍNEZ-DOLZ L, ALMENAR BONET L
Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

INTRODUCCIÓN: Idarucizumab es un fármaco recientemente aprobado para revertir el efecto anticoagulante de dabigatran. La experiencia clínica en cirugía de alto riesgo es todavía limitada. Se describen una serie de casos de pacientes anticoagulados con dabigatran en los que se tuvo que revertir la anticoagulación con idarucizumab por cirugía mayor urgente.

MATERIAL Y MÉTODO: Se seleccionó, desde enero de 2016 hasta marzo de 2018 a todos los pacientes anticoagulados con dabigatran en los que se había utilizado Idarucizumab para revertir la anticoagulación. El total de pacientes incluidos fue de 12.

RESULTADOS: En 7 casos la administración fue por hemorragias graves (cirugía no cardíaca urgente) y 5 correspondieron a pacientes sometidos a trasplante cardíaco electivo (ver tabla). En estos casos, la anticoagulación fue indicada por fibrilación o flutter auricular. La dosis administrada de idarucizumab fue de 5 mg en dos dosis de 2.5 mg cada una. El fármaco se administró una vez se confirmó que el donante era válido, previo al traslado del receptor a quirófano. No se produjeron complicaciones hemorrágicas intraoperatorias ni en el postoperatorio en ninguno de los pacientes.

Tabla 1: Descripción de los casos de trasplante cardiaco con idarucizumab.

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5
Sexo	Varón	Varón	Varón	Varón	Varón
Edad (años)	33	51	49	51	57
Cardiopatía de base	ccTGA + CIV (Síndrome de Eisenmenger)	MCH en fase dilatada	MCD idiopática	Laminopatía	MCD idiopática
Tipo de Trasplante	Cardio - pulmonar	Cardiaco	Cardiaco	Cardiaco	Cardiaco
Dosis de dabigatran	75 mg/12 horas (bajo peso)	150 mg/12 horas	150 mg/12 horas	150 mg/12 horas	150 mg/12 horas

ccTGA: Transposición de grandes arterias congénitamente corregida: MCH: Miocardiopatía hipertrófica: MCD: Miocardiopatía dilatada

CONCLUSIONES: Idarucizumab revierte de manera muy rápida, segura y eficaz la anticoagulación oral con dabigatran. En los casos de trasplante cardíaco resulta muy efectivo. Por ello, es el anticoagulante indicado en pacientes en lista de espera de trasplante.

16. ¿Existen cambios en la respuesta diurética a la solución salina hipertónica más furosemida de acuerdo con el tipo de insuficiencia cardíaca?

CARRILLO GÓMEZ D, LÓPEZ-VILELLA R, SANCHEZ-LÁZARO I, MARTÍNEZ-DOLZ L, ALMENAR BONET L,
Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia

INTRODUCCIÓN Y PROPÓSITO: La solución salina hipertónica (SSH) en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) mejora la diuresis debido a un aumento en el flujo sanguíneo renal y puede facilitar la acción de los diuréticos. El propósito de este estudio es describir la respuesta diurética a la SSH en pacientes con IC aguda de acuerdo con la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI)

MÉTODOS: Estudio retrospectivo de pacientes ingresados debido a IC aguda, y que recibieron como parte del tratamiento de los síntomas congestivos de IC solución salina hipertónica al 3% 500mL más furosemida en infusión continua para 24 horas. Las variables fueron descritas y clasificadas según la presencia de FEVI preservada o reducida. La diuresis en las 0, 24, 48, 72 y 120 horas luego del inicio de la SSH fue graficada de acuerdo con las categorías de FEVI. Se realizó un modelo de efectos aleatorios de la diuresis condicionada por el tiempo entre las 0 y 120 horas de infusión de SSH.

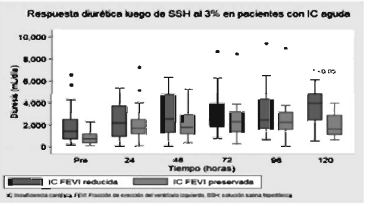
RESULTADOS: Se incluyeron 42 pacientes. La mediana de edad fue 67 años (Tabla). Luego de la infusión de SSH con furosemida, comparado con la diuresis de las 24 horas previas, en promedio la diuresis aumentó 483mL en las primeras 24 horas (p=0,22), 1080 en las 48 horas (p=0,005), 1728 en las 72 horas (p=0,00). La IC con FEVI preservada no estuvo relacionada con mayor diuresis respecto a la reducida (-436mL 95% IC -1268 a 394 p=0,30) (Figura). Sin embargo, la edad mayor y la menor tasa de filtrado glomerular estuvieron relacionadas con cambios en la respuesta diurética (-49mL 95% IC -80 a -18 p = 0,002 y 16mL 95% IC 0,90 a 31 p=0,038 respectivamente.

Tabla 1 Características de los pacientes

Variable	Fracción de eyección del VI				
	Reducida (n=24), n %/		Preservada (n=18), n %/p		
Edad (años)*	65.83	13.8	68.55	12.09	0.46
Sexo masculino	18	75.00	11	61.11	0.50
Etiología isquémica de la IC	6	25.00	1	5.56	0.10
Hospitalizaciones previas por IC*	17	70.83	9	50.29	0.72
Dosis previa de furosemida (mg/d)*/60		60-150	80	60-120	0.91
Analítica inicial					
Sodio*	135.58	6.28	135.92	6.35	0.89
Creatinina*	2.08	0.82	1.71	0.95	0.28
Horas de SSH al 3%**	60	24-120	48	24-48	0.32
Mortalidad hospitalaria	5	20.83	7	38.89	0.30

* Promedio, desviación estándar, ** Mediana rango intercuartílico IC insuficiencia cardiaca, SSH solución salina hipertónica

CONCLUSIONES: La infusión de SSH con furosemida aumentó la respuesta diurética sin diferencias entre la IC con FEVI preservada y reducida.



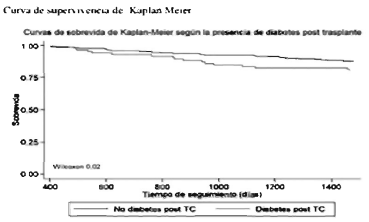
17. Influencia de la diabetes mellitus en la función renal de los pacientes trasplantados cardíacos. Estudio a medio-largo plazo

CARRILLO-GÓMEZ D, LÓPEZ-VILELLA R, SÁNCHEZ-LÁZARO I, FERRÉ VALLVERDU M, MARTÍNEZ-DOLZ L, ALMENAR BONET L
Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La diabetes mellitus es uno de los principales factores de riesgo cardiovascular relacionados con morbi-mortalidad y disfunción renal a largo plazo. En pacientes post trasplante cardíaco (TC), el desarrollo de disfunción renal es atribuido principalmente a la medicación inmunosupresora. El objetivo es determinar la asociación entre la presencia de diabetes post TC, la reducción de la tasa de filtrado glomerular y mortalidad después del primer año de seguimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS: Registro prospectivo de pacientes post TC en un centro de alta complejidad español en el período 1995 a 2017. Se incluyeron pacientes sin diagnóstico de diabetes al momento del TC y que tuvieran seguimiento clínico, creatinina y estuvieran vivos al año de seguimiento. Se realizó un modelo de regresión logística de la presencia de tasa de filtrado glomerular (TFG) menor a 60mL/min al año de acuerdo con la presencia de diabetes post TC y la TFG preTC así como una regresión de Cox para mortalidad despues del año según la presencia de diabetes post TC. Se realizó una gráfica de supervivencia de Kaplan Meier en el 1-3 año de seguimiento.

RESULTADOS: Se incluyeron 455 pacientes postTC. De estos 25,81% desarrollaron diabetes post TC. La presencia de diabetes post TC estuvio asociada con mayor mortalidad en el seguimiento (HR 1,51 95% IC 1,07-2,12 p=0,018) al igual que la presencia de TFG <30mL/min (HR 1,97 95% IC 1,13-3,43 p=0,016). La diabetes post TC aumentó la probabilidad de presentar función renal alterada independiente de la TFG inicial (OR 1,87 95% IC 1,02-3,41).



CONCLUSIONES: La diabetes mellitus post TC está relacionada tanto con desarrollo de disfunción renal como con mortalidad. El control de este factor de riesgo debería ser prioritario entre los objetivos terapéuticos de post pacientes post TC.

18. ¿Influye la fracción de eyección en la probabilidad de ingreso hospitalario en pacientes con insuficiencia cardíaca?

CARRILLO-GÓMEZ D, LÓPEZ-VILELLA R, SÁNCHEZ-LÁZARO I, MARQUÉS-SULÉ E, MARTÍNEZ-DOLZ L, ALMENAR BONET L
Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO: Los episodios de descompensación aguda que motivan ingreso hospitalario en pacientes diagnosticados de insuficiencia cardíaca (IC) son frecuentes. Existen datos contradictorios sobre la influencia de la fracción de eyección en el porcentaje de hospitalización. El objetivo del trabajo fue analizar la existencia de asociación entre el tipo de IC (preservada, intermedia y reducida) y el número de ingresos por descompensación aguda

MATERIALES Y MÉTODOS: Registro retrospectivo de pacientes ambulatorios en seguimiento en el programa de IC. Se incluyó información demográfica, antecedentes médicos, numero de ingresos totales durante el período de seguimiento, número de ingresos por IC, número de ingresos por hospital día los cuales no estaban incluidos en los ingresos por IC, además la mortalidad. Se clasificaron las categorías de fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) como ICFEVI preservada (?50%), ICFEVI rango medio (40-49%) y ICFEVI reducida (<40%). Se construyeron tablas de frecuencia de acuerdo con estas categorías.

RESULTADOS: Se incluyeron 69 pacientes con 310 registros de seguimiento entre enero de 2014 y enero de 2018. El promedio de edad fue mayor en pacientes con IC FEVI preservada respecto a reducida e intermedia respectivamente (Tabla). La etiología idiopática seguido de la isquémica fueron las causas mas frecuentes de IC con FEVI reducida respecto a la IC con FEVI preservada donde fue mas frecuente observar patologías valvulares. Durante el seguimiento, mas de 50% de los pacientes con IC FEVI r tuvieron ingresos hospitalarios sin observarse diferencias respecto a la FEVI p y FEVI r-m (p=0,437. Figura). Los pacientes que acudieron al hospital día tuvieron mas ingresos respecto a los que no (promedio 4 ingresos vs 0,82 respectivamente p=0,0001) sin diferencias de acuerdo con las categorías de fracción de eyección. En un modelo de regresión logística no se observó asociación entre los ingresos hospitalarios y las categorías de IC (OR FEVI r-m 0,27 95% IC 0,025-2,96 p=0,28M OR FEVIr 0,69 95% IC 0,22-2,10)

CONCLUSIONES: La probabilidad de ingreso es similar entre los tres tipos de IC. Los pacientes atendidos en el hospital de día tuvieron más ingresos hospitalarios; sin embargo, por el tipo de estudio no se puede establecer la relación temporal de estos ingresos.

Tabla 1. Características de los pacientes con insuficiencia cardíaca ambulatorios.

Características	Pacientes ambulatorios en consulta de IC (grupo)			
	IC FEr (1) p (1)n	IC FEr r-m (2) n (%)	IC FEr p (3) n (%)	p
Edad (años)	70,30±10,25	59,23±11,43	61,47±10,90	0,001
Sexo				
Femenino	12 (52,17)	2 (33,33)	10 (25,00)	0,089
Masculino	11 (47,83)	4 (66,67)	40 (75,00)	
Etiología IC				
Isquémica	5 (21,74)	1 (16,67)	25 (37,5)	0,010
Hipertensiva	2 (8,70)	0	1 (2,50)	
Idiopática	1 (4,35)	2 (33,33)	16 (40,00)	
Valvular	12 (52,17)	3 (50,00)	3 (7,50)	
Otros	3 (13,04)	0	5 (12,50)	
Clase funcional al ingreso (NYHA)				
I	2 (8,70)	1 (16,67)	3 (7,50)	0,635
II	18 (78,26)	4 (66,67)	25 (62,50)	
III	3 (13,04)	1 (16,67)	11 (27,50)	
IV	0	0	1 (2,50)	
Tiempo seguimiento ambulatorio	26,65 ±19,08	36,87±8,59	30,04±14,99	0,02
Numero ingresos totales	2 (0-3)	1 (1-2)	0 (0-2)	0,048
Ingresos IC	1 (0-2)	0 (0-1)	0 (0-2)	
Ingresos hospital-día	4 (7,39)	1 (16,67)	1 (2,5)	0,077
Exitus o IC	6 (26,09)	0	12 (30,0)	0,350
Numero de seguimientos ambulatorios	4 (3-5)	7 (4-7)	4 (3-5)	0,089



Figura 1. Porcentaje de ingresos hospitalarios según la clasificación de insuficiencia cardiaca.

ICFEr: Insuficiencia cardiaca fracción de eyección reducida, ICFEr-m: rango medio, ICFEp: preservada. IC: Insuficiencia cardiaca.

JUEVES DÍA 1 (16:00 - 17:00 h.)
SALA D **CARDIOLOGÍA CLÍNICA**

19. Tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda con furosemida y suero salino hipertónico. ¿Qué pacientes necesitan más diureticos?

PÉREZ RÓSELLÓ V, LÓPEZ VILELLA R, CAPRILLO GÓMEZ DC, SÁNCHEZ-LAZARO I, ALMENAR BONET L, MARTÍNEZ DOLZ L
Hospital Universitario y Politécnico la Fe. Valencia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La perfusión de furosemida con suero salino hipertónico al 3% (SSH3%) es un tratamiento aceptado para aumentar la respuesta diurética y disminuir la congestión en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC). No obstante, con este tratamiento no se obtiene siempre una respuesta diurética adecuada. El objetivo del trabajo es comparar el perfil clínico de los pacientes que se descongestionan con furosemida más tratamiento con SSH3% frente a los que necesitan más carga diurética.

MATERIAL Y MÉTODOS: Seleccionamos a todos los pacientes ingresados en el servicio cardiología desde Julio de 2016 hasta noviembre de 2017 tratados con furosemida y SSH3%. Se analizaron dos grupos: grupo I: Furosemida + SSH3% y, Grupo II: Furosemida + SSH3% + Otros diuréticos. Se comparó el perfil clínico, respuesta diurética y estancia media. El total de pacientes incluidos fue de 48.

RESULTADOS: Del total de pacientes, un 33.3% eran varones (16) y un 66.7% mujeres (32). 52 % tenían fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) reducida, frente a un 48% de FEVI preservada. Más de la mitad de los pacientes necesitaron la adición de más diuréticos a la combinación de furosemida + SSH3% (grupo I: 17 pacientes (35.4%), grupo II: 31 (64.5%)). No había diferencias significativas en las características basales entre los pacientes de los dos grupos (Tabla 1), excepto por mayor porcentaje de pacientes tratados de base con antialdosterónicos en el grupo 2. Los diuréticos más frecuentemente asociados a la combinación de furosemida con SSH3% fueron los antialdosterónicos (56.3%) y la hidroclorotiazida (27.1%) - Tabla 2. No se han observado diferencias significativas en cuanto a la diuresis media diaria, ritmo diurético, pérdida de peso durante el ingreso, o estancia media.(Tabla 3).

CONCLUSIONES: Pese a la reconocida eficacia de la combinación de furosemida y SSH3%, la necesidad de adición de otros diuréticos al tratamiento es muy frecuente en los pacientes que ingresan con IC descompensada. La falta de diferencias entre la la diuresis y pérdida de peso entre grupos puede ser debida a que el clínico añade nuevos diuréticos solo a aquellos pacientes en los que la respuesta con uno solo es insuficiente.

Tabla 1. Características basales de la muestra

Características basales	Grupo I (n=17, 35%)	Grupo II (n=31, 65%)	P
Varones (n, %)	9 (5,3%)	7 (23%)	0.33
Edad media	69 (38-85)	66 (38-87)	0.453
FEVI (% reducida)	5 (29%)	20 (65%)	0.20
HTA (%)	13 (68%)	23 (74%)	0.69
DM (%)	6 (35%)	15 (48%)	0.48
Dis (%)	6 (35%)	18 (58%)	0.18
Tratamiento ambulatorio			
Furosemida (%)	13 (75%)	30 (97%)	0.022
Tiazida (%)	2 (12%)	9 (29%)	0.20
ARM (%)	5 (33%)	24 (77%)	0.017
Espironolactona (%)	0 (0%)	4 (13%)	0.33
Betabloqueantes (%)	9 (53%)	21 (68%)	0.43
Hidralazina (%)	2 (12%)	6 (19%)	0.52
IECA/ARA-II (%)	8 (47%)	9 (29%)	0.38

FEVI: Fracción de eyección del ventrículo izquierdo; HTA: Hipertensión arterial; DM: Diabetes mellitus; Dis: Dislipemia; ARM: Antagonistas del receptor mineralocorticoide; IECA: Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina; ARA II: Antagonistas de la angiotensina II.

Tabla 2. Frecuencia de asociación durante la hospitalización de otros diuréticos a SSH3% + furosemida

Diuréticos	Número de pacientes	Porcentaje
ARM	27	56.3%
Hidroclorotiazida	13	27.1%
Tolvaptan	4	8.3%
Acetazolamida	1	2.1%

ARM: Antagonistas del receptor mineralocorticoide

Tabla 3: Respuesta al tratamiento diurético y estancia media

	Grupo I	Grupo II	P
Diuresis media diaria (ml)	2575	2478	0.855
Ritmo diuresis medio (ml/kg/h)	1,1	1,2	0.646
Pérdida de peso durante el tratamiento (Kg)	2,5	3.7	0.136
Estancia media (días)	19	17	0.635
Tiempo medio con salino hipertónico (horas)	73.4	73.5	0.994

20. Evolución de los enfermos nonagenarios ingresados por Síndrome Coronario Agudo en un hospital terciario

SIMÓN MACHÍ JM, FACILA RUBIO L, MONTAGUD BALAGUER V, ABDALÁ LIZÁRRAGA J, VIDAL URRUTIA V, RUMIZ GONZÁLEZ E, BELCHÍ NAVARRO J, GRADOLI PALMERO J, FERNÁNDEZ DÍAZ C, MORELL CABEDO S
Consorcio Hospital General Universitario. Valencia

INTRODUCCIÓN. La cardiopatía isquémica crónica, es una de las patologías más prevalentes en nuestro medio. El control de los factores de riesgo cardiovascular, y la mejoría en la calidad de los cuidados sanitarios, han contribuido al envejecimiento de la población. Por ello, es cada vez más frecuente encontrar a pacientes nonagenarios entre la población diagnosticada de SCA. Este grupo de enfermos, además, tiene especialmente un peor pronóstico, con una mortalidad muy elevada, según la literatura publicada al respecto.

OBJETIVOS. Este estudio pretende describir la evolución de los enfermos nonagenarios ingresados con el diagnóstico de SCA en un hospital terciario, considerando como objetivo primario el tiempo transcurrido hasta la muerte o el reingreso.
Material y métodos. Se recogieron durante el periodo comprendido entre octubre de 2011 y enero de 2018, todos los pacientes consecutivos con edad ?90 años, ingresaron en el servicio de Cardiología de nuestro centro con el diagnóstico principal de SCA. Sus características basales, forma de presentación y estrategia terapéutica recibida, fueron evaluados retrospectivamente, así como los reingresos y mortalidad

RESULTADOS. Durante este periodo se incluyeron 79 pacientes. La edad media de los pacientes fue de 92,04±2,21 .El 61% eran varones. En cuanto a los factores de riesgo, el 79% eran hipertensos, el 55% dislipémicos, el 37,1% diabéticos, con un 12,5% de tabaquismo. Del total de enfermos, el 20% ingresaron en la Unidad Coronaria, y el 80% directamente en Sala de Hospitalización. En el 33% de los enfermos se implementó estrategia invasiva con coronariografía, realizándose ICP con implante de stent en el 77% de los enfermos en los que se realizó la misma. En cuanto al objetivo primario, en el 43,9% de los casos el primer evento que presentaron fue exitus, con una mediana desde el alta hospitalaria de 41 días. En el 42,71% de los casos, el primer evento en la evolución fue el reingreso en el Hospital, con una mediana de 100 días.

CONCLUSIONES. La mortalidad en nuestro grupo de enfermos nonagenarios ingresados por síndrome coronario agudo en muy elevada, tal y como se señala en la literatura al respecto. En nuestro estudio un 86,9% de los pacientes o fallecían o re-ingresaban en el hospital en las medianas de seguimiento de 41 y 100 días respectivamente. Por todo ello debemos replantearnos si realizar estrategias avaladas por los ensayos clínicos en esta población es adecuada o no, a todo ello hay que añadir ello sesgo de selección de los pacientes que ingresan en Cardiologia con menos comorbilidades asociadas.

21. Características clínicas y seguimiento de una serie de pacientes con diagnóstico de miocarditis

HORTELANO MOY I, CAMBRA POVEDA C, TORRES MEZCUA F, CANDELA E, CARRILLO L, GARCÍA ALVAREZ MI, LOZANO PALENCIA T, JORDÁN TORRENT A, CLIMENT PAYÁ V
Hospital General Universitario. Alicante.

La miocarditis es una entidad rara que se produce por un proceso inflamatorio que afecta al miocardio. Existe poca literatura científica que aborde las características clínicas y evolución de estos pacientes. Generalmente tiene un curso benigno aunque recientemente se ha alertado de la posible relación entre la miocarditis y la miocardiopatía arritmogénica. Nuestro objetivo es analizar las características y evolución de los casos de miocarditis ingresados en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se trata de un estudio observacional retrospectivo que incluye todos los pacientes ingresados con el diagnóstico de miocarditis entre los años 2001 y 2015.

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 64 pacientes (55 varones (85,9%)). La edad media de los pacientes en el momento del evento fue de 30,4±13,7 años (rango 14-74 años). El síntoma más frecuente fue el dolor torácico (71.9%). El 43% de los pacientes presentó fiebre antes o durante el evento y el 48,4% presentó infección de vías respiratorias. La alteración más frecuente en el ECG fue la elevación localizada del ST (50%). La PCR media fue de 5,2 mg/dL y la CK de 578,8 UI/L. En cuanto a diferencias por sexos se observó una tendencia a mayor elevación de CK en varones que en mujeres (546 vs. 320, (IC 95%: 71-521)). Además las mujeres presentaron una tendencia no significativa a mayor gravedad clínica (2 mujeres presentaron shock cardiogénico frente a 1 varón).

La gran mayoría de los pacientes presentaron una FEVI conservada (90,9%). La FEVI media fue del 58%. Se observaron alteraciones de la contractilidad en 28 pacientes (33,9%), siendo las más frecuentes la alteración difusa (42%) seguida de las localizaciones inferiores (26%) y laterales (15,8%). Se realizó seguimiento ecocardiográfico al año en el 40.7% de los pacientes observándose alteraciones de la contractilidad en un 11,5% de éstos y FEVI deprimida en un 3,8%.

Se realizó coronariografía diagnóstica en fase aguda al 25,8% de los pacientes, siendo normales (92,9%) o con mínimas irregularidades (7,1%).

Se realizó RMN al 39% de los pacientes, presentando fibrosis y/o edema el 66,7% de los casos. Las localizaciones más frecuentes fueron la cara inferior (33%) y región apical (25%). En el 9,4% de los pacientes se realizó RMN en el seguimiento, de los cuales el 83% presentaba fibrosis residual.

El seguimiento medio fue de 7,5 años (rango 2-16 años). En este tiempo 6 pacientes (9,1%) presentaron recidivas (1 paciente presentó dos recidivas), un paciente precisó trasplante cardiaco por disfunción sistólica severa y un paciente desarrolló un patrón de miocardiopatía arritmogénica de ventrículo izquierdo identificado en RMN.

CONCLUSIONES: La miocarditis es una entidad rara con un curso benigno aunque en un porcentaje no despreciable existen complicaciones en forma de miocarditis recidivante, miocardiopatía dilatada o miocardiopatía arritmogénica.

22. Resultados iniciales de una unidad especializada de insuficiencia cardiaca multidisciplinar en un hospital de tercer nivel

CAMBRA POVEDA C, TORRES MEZCUA FJ, GARCÍA CANO L, MOLINA GARRO S, MARTÍN TORRES JM, LOZANO PALENCIA T, CLIMENT PAYÁ V, GARCÍA ÁLVAREZ M, JORDÁN TORRENT A, MARTÍNEZ MARTÍNEZ JG,
Hospital General Universitario. Alicante.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La insuficiencia cardiaca (IC) es uno de los procesos con mayor carga asistencial en nuestro entorno. Las unidades de IC han demostrado mejorar la gestión de esta entidad y el pronóstico de los pacientes. Nuestro objetivo fue analizar los resultados iniciales de la unidad de insuficiencia cardiaca recientemente creada en nuestro hospital.

MÉTODOS: Desde mayo a diciembre de 2017, se incluyeron todos los pacientes que iniciaron el programa de IC desde la consulta de enfermería, a partir de un episodio de hospitalización reciente o derivado desde la consulta de cardiología para ajuste de tratamiento y seguimiento estrecho. Se evaluaron los siguientes parámetros: nº de fármacos con indicación clase I prescritos, % de pacientes que alcanzaron la dosis óptima de cada uno de ellos, y visitas a urgencias y reingresos a los 60 días de la inclusión en el programa.

RESULTADOS: se incluyeron 67 pacientes, de los cuales 32 tras hospitalización reciente. (75% varones, edad media 66 años). Un 37.3% presentaba fibrilación auricular. Eran portadores de dispositivos un 45% (DAI 15%, TRC 1%, DAI-TRC 24%). La etiología de la IC fue: 40% isquémica, 3% hipertensiva, 4 % valvular, 34% idiopática, 6% taquimiocardiopatía, 4% por quimiotoxicidad, y el 9% restante de otras etiologías. La FEVI media fue 36.17% ± 29.22%. La clase funcional según la NYHA fue: 21% I, 52% II, 27 %III, 0% IV. En cuanto a los fármacos prescritos, en un 79% se indicaron betabloqueantes, 58% IECA/ARAII, 37% sacubitrilo/valsartan, 64% antialdosterónicos. Otros fármacos prescritos fueron: ivabradina en un 13% y digoxina en un 3%. Se alcanzaron dosis plenas de betabloqueantes en 30%, IECA/ARAII 24%, sabubitrilo/valsartan 24%, Antialdosterónicos 13%. Finalmente, 6% de pacientes visitaron urgencias a los 60 días de seguimiento, y 4% reingresaron.

CONCLUSIONES: el seguimiento precoz al alta en la unidad de insuficiencia cardiaca permite una adecuada titulación de fármacos, y una tasa muy baja de nuevas visitas a urgencias y reingresos.

23. PRIMEROS MESES DE EXPERIENCIA DE PESIC, PROGRAMA EDUCACIONAL Y DE SEGUIMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA CONJUNTO ENTRE CARDIOLOGÍA Y ATENCIÓN PRIMARIA

ERDOCIAÍN PERALES M, ZUAZOLA MARTÍNEZ P, TOCADO UNZALU B, LOPEZ-VAQUERO C, MATEO RODRIGUEZ I, MARTÍNEZ ABELLAN R, DE LA GUIA GALIPIENSO F, LOPEZ ARANDA M
Hospital de la Marina Baixa de Villajoyosa. Alicante.

OBJETIVOS: Describir y evaluar los primeros meses del programa PESIC, de seguimiento compartido entre Atención (AP) y Cardiología de los pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) en la Marina Baixa.

MÉTODOS: A partir del 1 junio de 2017 empezamos el programa PESIC. Los médicos de AP empezaron a remitir a los pacientes con sospecha de IC a las consultas de cardiología, a través de un contacto directo con nosotros y cita preferente. La sospecha de IC debía cumplir los criterios estipulados en las últimas guías de IC. Por otro lado cardiología comenzó a enviar a los pacientes con IC al alta hospitalaria o desde las consultas de cardiología para un seguimiento compartido con AP, indicando las necesidades concretas de cada paciente y entregando material informativo sobre la IC por escrito. Hemos analizado las características de los pacientes, la procedencia, la medicación y terapias, los ingresos y visitas a urgencias por IC y el grado de satisfacción.

RESULTADOS: Desde el 1 de junio de 2017 hasta el 1 de marzo de 2018 se incluyeron 38 pacientes en PESIC con un seguimiento medio de 4,8 meses. El 50 % mujeres y media de edad 71 años (45 - 84 años). El 23,6% de los pacientes se remitieron desde consultas de AP, el 73,6% desde consultas de cardiología y el 2,6% al alta hospitalaria. La mayor parte de pacientes fueron enviados desde el centro de Salud (CS) de Benidorm (55%). Así como la mayoría de los pacientes enviados desde consultas de cardiología eran seguidos en el CS de Benidorm y Villajoyosa. El 50% de los pacientes presentaban FEVI < 50%, 7 pacientes FEVI intermedia y 10 pacientes menos del 35%, 3 de ellos inferior al 30%. El 10,5% presentaban IC de predominio derecho. El 47% de los pacientes con disfunción VI tenían causa isquémica. El 55,2% de los pacientes presentaban fibrilación auricular y el 44,7% hipertrofia de VI. El 10% presentan alguna disfunción valvular significativa y un paciente daño miocárdico por antraciclinas. En cuanto al tratamiento: 94,7% reciben diuréticos, 58% antagonistas de la aldosterona, 31 % IECA, 23,6 % ARA II, 68,4% BB, 13% sacubitrilo/valsartan (que corresponden a la mitad de los pacientes con FEVI < 35%), 7,8% ivabradina, 2,6% digoxina, 15,7% amlodarona, 63,2% anticoagulantes orales. Ningún paciente toma empaglifocina, siendo el 34% diabéticos. El 5,2% son portadores de resincronizador cardiaco y el 10% de DAI. El 10,5% (5 pacientes) han ingresado por IC durante el seguimiento con un total de 7 visitas a urgencias por IC. El grado de satisfacción de los pacientes con el programa es alto (8/10).

CONCLUSIONES: La IC es una patología crónica en la que los pacientes se benefician de un seguimiento estrecho para minimizar ingresos y disminuir morbimortalidad. La iniciativa PESIC permite un seguimiento estructurado y conjunto por parte de cardiología y Atención Primaria de los pacientes con IC con un alto grado de satisfacción de los mismos.

24. Sacubitril-Valsartan: experiencia real en un único centro

MORILLAS CLIMENT H, VICEDO LÓPEZ A, SELLER MOYA J, ALANIA TORRES E, GALCERÁ JORNET E, LARUMBE RODRÍGUEZ A, NUÑEZ PILES C, VALLE MUÑOZ A
Hospital Marina Salud Denia. Alicante.

I

NTRODUCCIÓN: Sacubitril-valsartan (SV) es el fármaco aprobado más recientemente para la insuficiencia cardiaca (IC) con FEVI deprimida. Sin embargo, los datos en la vida real son escasos, principalmente debido al corto periodo de postcomercialización.

OBJETIVO: el objetivo de nuestro estudio es describir el uso clínico de SV en la práctica clínica habitual, teniendo en cuenta la eficacia, tolerancia, dosis e impacto en los diferentes marcadores de imagen y laboratorio.

MÉTODOS: realizamos un estudio retropespectivo de las prescripciones de SV desde la primera hasta el 10 de enero de 2018. El criterio de inclusión fue cualquier prescripción vigente pautada por cardiología y/o atención primaria. Se excluyeron los pacientes (p) de los que no se disponían datos, la indicación fuera inadecuada o si el fármaco se suspendió dos meses antes del seguimiento sin ninguna razón.

Se recogieron datos de características basales, parámetros de imagen y marcadores analíticos así como eventos cardiovasculares mayores

RESULTADOS: desde el 19 de octubre de 2016 hasta el 10 de enero de 2018, se incluyeron 114 p. 18 p fueron excluidos del análisis final (3 no se disponía de datos, en 2 de ellos la indicación de la prescripción era incorrecta y en 13 se suspendió prematuramente sin ninguna razón) Se analizarón 96 p. 72.3% era hombres, 31,7% era diabéticos, 83,4% hipertensos y 52% dislipémicos. La edad media fue de 69,9 años. El tratamiento medico óptimo fue: 95% con IECA, 90% con betabloqueantes y el 75% con antagonistas de la aldosterona. Con respecto a la clase funcional, el 60% permanecían en clase functional II de la NHYA, el 33% en III y el 7% en I. La etiología isquémica fue la más frecuente (59%)

Durante la media de seguimiento de 203 +/- 101, 8 p (8,4%) ingresaron en el hospital por insuficiencia cardiaca y 4 murieron (todos causa cardiovascular). No encontramos diferencias estadisticamente significativas debido a la baja tasa de eventos.

SV se suspendió en 8 p (8.4%) debido a hipotensión arterial sintomática. 3 p refieron cefalea (2 de ellos posiblemente relacionado con la hipotensión). Solo hubo un caso de hiperpotasemia y ninguno de deterioro de función renal. 3 p indicaron problemas económicos y suspendieron la medicación. Al final del seguimiento, el 87,5% de los p continuaron con el tratamiento, la mayoría de ellos con dosis baja (24/26 mg, 58%).

Previo al inicio del tratamiento, la fracción de eyección media era de 30,37 y posteriormente aumentó a 34,47% (p 0,001). NTproBNP disminuyo de 3557 a 3019 pg/ml, con una tendencia estadísticamente significativa en el subgrupo de miocardiopatía idiopática (3787 vs 2099 pg/ml, p = 0,08). No se observaron diferencias entre los niveles de CA125 (42,96 vs 29,17 pg/ml, = 0,098).

CONCLUSIÓN: La prescipción de SV para IC con FEVI deprimida está aumentando en la práctica clínica habitual. Aunque la tolerancia fue buena, fue dificultoso alcanzar altas dosis de SV debido a la hipotensión arterial.

25. Diferencias en las características basales y los eventos cardiovasculares entre la dosis baja y dosis media-alta de sacubitril-valsartan

MORILLAS CLIMENT H, VICEDO LÓPEZ A, SELLER MOYA J, ALANIA TORRES E, GALCERÁ JORNET E, LARUMBE RODRÍGUEZ A, NUÑEZ PILES C, VALLE MUÑOZ A
Hospital Marina Salud Denia. Alicante.

INTRODUCCIÓN: Sacubitril-valsartan (SV) es el fármaco aprobado más recientemente para la insuficiencia cardiaca (IC) con FEVI deprimida. Los resultados iniciales son destacables. La implementación del SV en la práctica clínica debería intentar alcanzar la máxima dosis tolerada.
Objetivo: el objetivo de nuestro estudio es describir, en práctica clínica real, las características basales, marcadores analíticos y de imagen, según la dosis de SV. También analizamos los eventos cardiovasculares durante el seguimiento.

MÉTODOS: realizamos un estudio retropespectivo de las prescripciones de SV desde la primera hasta el 10 de enero de 2018. El criterio de inclusión fue cualquier prescripción vigente pautada por cardiología y/o atención primaria. Se excluyeron los pacientes (p) de los que no se disponían datos, que la indicación fuera inadecuada o si el fármaco se suspendió dos meses antes del seguimiento sin ninguna razón.
Dividimos a los p en dos grupos: dosis baja (24/26 mg, DB) y dosis media-alta (49/51 y 97/103 DMA) de SV. Se recogieron datos de características basales, parámetros de imagen y marcadores analíticos así como eventos cardiovasculares mayors.

RESULTADOS: desde el 19 de octubre de 2016 hasta el 10 de enero de 2018, se incluyeron 114 p. 18 p fueron excluidos del analísis final (3 no se disponía de datos, en 2 de ellos la indicación de la prescripción era incorrecta y en 13 se suspendió prematuramente sin ninguna razón) Se analizarón 96 p. 72.3% era hombres, 31,7% era diabéticos, 83,4% hipertensos y 52% dislipémicos. La edad media fue de 69,9 años. El tratamiento medico óptimo fue: 95% estaban tratados con IECA, 90% con betabloqueantes y el 75% con antagonistas de la aldosterona. El % de dosis baja, media y alta al final del estudio fue de 58,33, 37,50 y 4,16 respectivamente. Con respecto a la clase funcional, el 60% permanecían en clase functional II de la NHYA, el 33% en III y el 7% en I (no se encontraron diferencias estadísticamente significativas) La FEVI media fue de 30,37%, sin diferencias estadisticamente significativas (29,89 vs 30,95, p = 0,559). Valores iniciales más bajos de NTproBNP se asociaron significativamente con DMA (3405,63 vs 1609,78 p = 0,014). Se observó una tendencia no significativa entre niveles más elevados de CA125 y DB (39,11 vs 21,11, p = 0,076). La dosis media y la mediana de furosemida fue de 60 y 65,54mg al día (54,91 vs 49,55, p = 0,623).
Durante la media de seguimiento de 203 +/- 101, 8 p (8,4%) ingresaron en el hospital por insuficiencia cardiaca y 4 murieron (todos causa cardiovascular). No encontramos diferencias estadisticamente significativas debido a la baja tasa de eventos.

CONCLUSIÓN: el 58% de los p permanecieron con DB de SV durante el seguimiento. Esta dosis se asoció con valores iniciales más altos de NTproBNP y una tendencia no significativa hacia cifras más elevadas de CA125. No se hallaron diferencias entre clase NHYA, FEVI y dosis de furosemida.

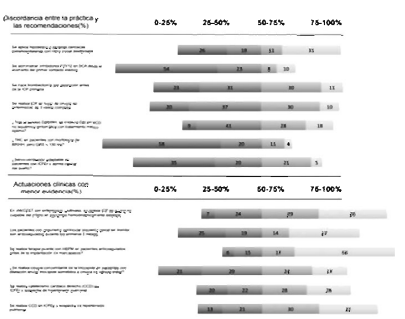
26. Discordancia entre la práctica clínica y las recomendaciones de las guías en Cardiología.

TREJO VELASCO B, MATEOS PÉREZ A, TREJO GABRIEL Y GALÁN JM
Consorcio Hospital General Universitario. Valencia.

OBJETIVO: evaluar la discordancia existente entre la práctica clínica habitual de cardiólogos procedentes de diferentes países y con diferentes subespecialidades y las recomendaciones establecidas por las guías de práctica clínica reconocidas a nivel internacional.

MÉTODOS: análisis descriptivo retrospectivo de datos recogidos con un cuestionario cerrado mediante entrevista personal durante la celebración del ESC Congress 2017 en Barcelona y el Congreso SEC 2017 en Madrid. Mediante los test de Chi2 y de ANOVA se calculó la discrepancia entre la práctica clínica referida durante las entrevistas y las recomendaciones de las guías.

RESULTADOS: El formulario fue contestado por 433 cardiólogos de 42 países con un predominio de cardiólogos españoles (n =292, 66.7%). La mediana de años trabajados fue 11 años, incluyendo un 20 % de profesionales en periodo de formación (años trabajados ?5). Se observó un predominio de cardiólogos clínicos en la población entrevistada (n=177, 40.4%), seguidos por cardiólogos subespecializados en imagen y hemodinámica (n = 56, 12.8% respectivamente), con un menor porcentaje de electrofisiólogos (n =18, 4.1%). La Figura 1 recoge la distribución de las diferentes prácticas en la muestra total. Al analizar la práctica clínica atendiendo al número de años trabajados se apreció un menor uso de servoventilación adaptativa en ICFEr y un menor porcentaje de ICP en enfermedad multivaso compleja en cardiólogos con <10 años trabajados. Entre las diferentes subespecialidades se identificó un mayor número de electrofisiólogos descartando el uso de terapia puente con heparinas en pacientes anticoagulados previo al implante de marcapasos. Se apreciaron también diferencias significativas en la práctica al comparar España con el resto de países.



CONCLUSIONES: existen diferencias significativas en la práctica clínica de los diferentes grupos comparados, que obedece probablemente a mayor conocimiento de las complicaciones relacionadas con ciertas actuaciones clínicas y diferencia de recursos entre países.

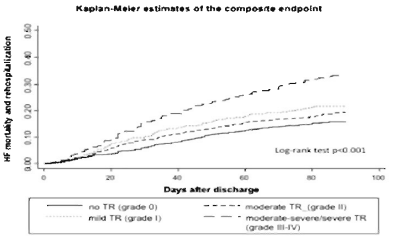
27. Papel pronóstico de la insuficiencia tricúspide tras un ingreso por insuficiencia cardíaca

AMIGUET M, DE LA ESPRIELLA J, SANTAS E, MIÑANA G, MOLLAR A, GONZALEZ J, PAYÁ A, SANCHIS J, CHORRO J, NUÑEZ J
Hospital Clínico Universitario. Valencia.

BACKGROUD. Aunque la insuficiencia tricuspíde (IT) es un hallazgo ecocardiográfico común entre los pacientes con insuficiencia cardíaca aguda, su impacto del pronóstico a corto plazo es aún desconocido. Nuestro grupo pretendió evaluar la asociación entre la severidad de la regurgitación tricuspíde y los eventos adversos a corto plazo tras un ingreso por insuficiencia cardíaca.

MÉTODOS. Se incluyeron prospectivamente 2244 pacientes con el diagnóstico hospitalario al alta de insuficiencia cardíaca descompensada. La regurgitación tricúspide fue evaluada utilizando un análisis integrado multivariante combinando hallazgos cualitativos y semicuantitativos , así como su severidad, clasificada como a) sin IT (grado 0), b) ligera (grado I), c) moderada (grado II), d) moderada-severa (grado III), y severa (grado IV). El end-point primario fue el compuesto entre mortalidad y reingreso por insuficiencia cardíaca a los 90 días. El análisis multivariado se llevó a cabo mediante regresión de cox.

RESULTADOS. La edad media fue de 73.2 +/- 11.2 años, 50.4% fueron hombres, 31.7% presentaban FEVI <40% (IC con disfunción sistólica), 15% entre 41-49% (IC con función sistólica intermedia) y 53.3%, >50% (IC con función sistólica conservada). Al alta, 792 (35.2%), 843 (37.6%), 379 (16.9%), 170 (7.6%) y 60 (2.67%) pacientes, mostraron ninguna, ligera, moderada o moderada-severa IT. En el seguimiento a 90 días, 439 pacientes murieron o reingresaron por insuficiencia cardíaca. Tras un análisis multivariado, y comparados a aquéllos sin IT, sólo los pacientes con IT grados 3 y 4 mostraron un riesgo significativamente más alto de alcanzar el endpoint primario (HR=1.54; 95% CI: 1.13 - 2.08; p= 0.006).



CONCLUSIÓN. En insuficiencia cardíaca aguda, los grados 3 y 4 de regurgitación tricúspide predicen de forma independiente el riesgo de eventos adversos a corto plazo.

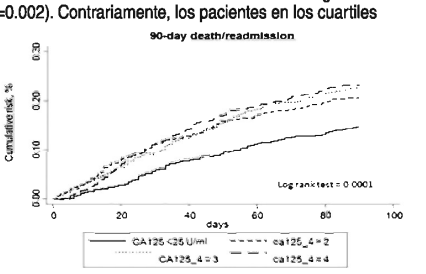
28. Niveles bajos de CA125 y reisgo de eventos adversos a corto plazo tras un episodio de insuficiencia cardíaca aguda.

AMIGUE M, MINANA G, SANTAS E, DE LA ESPRIELLA R, CHORRO J, SANCHIS J, CARDELLS I, GONZALEZ J, HEREDIA R, PAYÁ A
Hospital Clínico Universitario. Valencia.

BACKGROUD: Tras un episodio de insuficiencia cardíaca agua (AHF), el riesgo de eventos adversos precoces, especialmente reingresos, es aún elevado. Desafortunadamente, no existen factores de riesgo bien establecidos para predecir este riesgo. Los niveles plasmáticos del antígeno carbohidratado 125 (CA125) se han posicionado como un biomarcador de congestión fiable y valores elevados se han asociado de un modo consistente con un mayor riesgo mortalidad en AHF. En este trabajo nuestro grupo pretendió evaluar la relación entre este biomarcador y el compuesto entre la muerte y la rehospitalización por insuficiencia cardíaca a los 90 días.

MÉTODOS. Se incluyeron prospectivamente 2244 pacientes de forma consecutiva con AHF. Los niveles de Ca125 fueron medidos precozmente durante el ingreso. La asociación entre el compuesto de muerte y rehospitalización a los 90 días fue evaluado mediante un análisis de regresión de COX.

RE3TADOS. La edad media fue de 73± 11 años, 711 (31.7%), 336 (15%) and 1197 (53.3%) pacientes presentaban función sistólica de ventrículo izquierdo (FEVI) reducida, intermedia y preservada respectivamente. Los niveles plasmáticos medios de CA125 fueron 56 U/ml (25-127). A los 90 días se registraron 439 eventos (19.6%).
Los pacientes en el cuartil inferior (Q1 <25 U/ml) mostraron el riesgo acumulado más bajo de eventos, como se muestra en la figura más abajo (p<0.01).
Tras un análisis multivariado esta asociación persistía. Comparados a aquéllos pacientes en el cuartil superior (Q4), los pacientes pertenecientes a Q1 mostraron una reducción significativa del riesgo (HR = 0.63; CI95: 0.47-0.84, p=0.002). Contrariamente, los pacientes en los cuartiles intermedios (Q2, Q3) mostraron un riesgo similar.



CONCLUSIÓN. En pacientes hospitalizados por insuficiencia cardíaca descompensada, niveles bajos de Ca125 identifican un subgrupo de pacientes con bajo riesgo de muerte y rehospitalización por insuficiencia cardíaca a los 90 días.

VIERNES DÍA 1 (08:30 - 10:00 h.)
SALA B **CARDIOPATÍA ISQUÉMICA Y FISOPATOLOGÍA Y ECG DEL EJERCICIO. ELECTROCARDIOGRAFÍAS, ARRITMIAS Y MARCAPASOS.**

29. Manejo y pronóstico de los trombos intraventriculares en la práctica clínica

MORENO FLORES V, CARO MARTÍNEZ C, VIDAL ALARCÓN M, GALLARDO PÉREZ E, MARTÍNEZ ELVIRA J, GARZÓN RORIGUEZ A, GÓMEZ AGUERA A, GALLEGO GARCÍA J, BAILÉN LORENZO JL, LÓPEZ PALOP R
Hospital Vega Baja. Orihuela. Alicante
Hospital Clínico San Juan. Alicante

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El tiempo óptimo de anticoagulación tras el diagnóstico de un trombo intraventricular para la prevención de recidiva y eventos no está bien establecido. El objetivo de este estudio es analizar las características, el manejo clínico y el pronóstico de los pacientes con diagnóstico de trombo intraventricular intentando identificar pacientes de mayor riesgo que se pudieran beneficiar de una anticoagulación más prolongada.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de una cohorte de pacientes diagnosticados ecocardiográficamente de "trombo intraventricular" o "mural", en un servicio de cardiología, entre los años 1995 y 2017.

RESULTADOS: Se incluyeron 56 pacientes diagnosticados de trombo intraventricular tras un infarto. La media de edad de fue de 63±14 años (86% varones). 50 pacientes (89%) habían presentado un infarto anterior, con aneurisma apical en el 67% de ellos. 20 (44%) habían recibido angioplastia primaria. 39 (68,4%) tenían enfermedad multivaso y sólo a un 41% se les realizó una revascularización completa. La función ventricular media fue de 37±9,9%. La media de seguimiento fue de 7,2±7,5 años. El 62% de los pacientes recibieron anticoagulación durante>6 meses, con una media de 19±18 meses (excluyendo la anticoagulación durante>60 meses, considerada como indefinida; 15,5 %). Tanto la tasa de recurrencia del trombo como la de ictus en la evolución fue muy baja; 1,55 por cada 100 personas/año (6 pacientes) y 1,00 por cada 100 personas/año (4 pacientes) respectivamente y no hubo ningún otro embolismo sistémico. El tiempo hasta la recurrencia del trombo fue muy prolongado (media 9±9,7 años), en cambio todos los ictus ocurrieron en un plazo inferior a 1,5 años. Dos pacientes presentaron ambos eventos, siendo el ictus anterior a la recurrencia del trombo en un caso en 9 años y en el otro en 1,5 meses.

CONCLUSIONES: En la práctica diaria de nuestro medio hay una tendencia a prolongar la anticoagulación tras el diagnóstico de un trombo intraventricular durante más de 6 meses con una tasa de recurrencia del trombo y/o ictus muy baja. La mayoría de los ictus observados aparecen en el primer año tras el diagnóstico.

30. Diferencias en los niveles de LDL-colesterol tras un Síndrome Coronario Agudo.

VENTURA PÉREZ B, MELERO LLORET J, BRIATORE A, SANCHIS HERRERO A, DOMÍNGUEZ MAFÉ E, PALAU SAMPIO P, MUÑOZ GINER B, TEJADA PONCE D, PLANAS DEL VIEJO AM, BELLVER NAVARRO A
Hospital General Universitario Castellón.
Universidad Jaume I. Castellón.

OBJETIVOS: La mortalidad por cardiopatía isquémica (CI) se relaciona directamente con los valores séricos de colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (c-LDL). Nuestro objetivo fue comprobar si existían diferencias en los niveles de c-LDL determinados durante el ingreso y en el seguimiento tras presentar un Síndrome Coronario Agudo (SCA).

METODOLOGÍA: Se trata de un estudio retrospectivo que se llevó a cabo en el periodo comprendido entre enero y junio de 2016 en el que se incluyen todos los SCA sometidos a Angioplastia Primaria en el Hospital General Universitario de Castellón, hospital de referencia de la Provincia de Castellón. El único criterio de exclusión fue que el paciente fuera éxitus en el evento agudo o en los 6 meses posteriores. Las variables cuantitativas se expresan con su media ± desviación estándar (DE) y las variables discretas en forma de porcentaje. El test estadístico aplicado fue la t de Student para la diferencia de medias. El programa estadístico utilizado fue Stata versión 13.0.

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 84 pacientes, siendo el 73% varones. La edad media de la muestra fue de 63 ± 12 años. Respecto a los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) clásicos la distribución fue: 55% hipertensión arterial, 52% fumadores activos, 48% dislipémicos, 28% diabéticos y 18% obesos. El 7% de los pacientes presentaba cardiopatía isquémica previa. La media de LDL-c determinado durante el ingreso fue de 94 ± 35 mg/dl y durante el seguimiento (entre 6 meses y 1 año tras el SCA) de 61 ± 23 mg/dl, siendo esta diferencia estadísticamente significativa (p<0,000). Tras el SCA, todos los pacientes de la muestra fueron seguidos por su médico de familia.

CONCLUSIONES: Tras un SCA el control estricto de los valores de c-LDL es fundamental para la prevención de nuevos eventos cardiovasculares. En el año 2016, en el Hospital General Universitario de Castellón, se llevaron a cabo 729 angioplastias coronarias, lo que suponen la necesidad de una atención conjunta del paciente por parte de Atención Primaria y Cardiología para asegurar el éxito en la prevención secundaria.

31. Optimización de los niveles LDL-colesterol tras un Síndrome Coronario Agudo: ¿cumplimos objetivos?

VENTURA PÉREZ B, MELERO LLORET J, TORMO JUÁREZ JP, GARCÍA PALOMAR C, SORIANO NAVARRO A, SANCHEZ GÓMEZ JM, SANCHEZ ALBO P, MONTEAGUDO VIANA M, PLANAS DEL VIEJO AM, BELLVER NAVARRO A
Hospital General Universitario. Castellón.
Universidad Jaume I. Castellón.

OBJETIVOS: Según las Guías de práctica clínica publicadas en 2016 por el grupo de trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología y la European Atherosclerosis Society sobre el tratamiento de las dislipemias, tras un Síndrome Coronario Agudo (SCA), los niveles de c-LDL deben de ser inferiores a 70 mg/dl. Nuestro objetivo fue comprobar si tras un SCA nuestros pacientes presentaban niveles óptimos de c-LDL.

METODOLOGÍA: Se trata de un estudio retrospectivo que se llevó a cabo en el periodo comprendido entre enero y junio de 2016 en el que se incluyen todos los SCA sometidos a Angioplastia Primaria en el Hospital General Universitario de Castellón, hospital de referencia de la provincia de Castellón. El único criterio de exclusión fue que el paciente fuera éxitus en el evento agudo o en los 6 meses posteriores. Las variables cuantitativas se expresan con la media ± desviación estándar y las variables discretas en forma de porcentaje. El test estadístico aplicado fue el ?2. El programa estadístico utilizado fue Stata versión 13.0.

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 84 pacientes, siendo el 73% varones y el 48% presentaban dislipemia (DL). La edad media de la muestra fue de 63 ± 12 años. Los pacientes que sin antecedentes personales (AP) de DL, la media de c-LDL en el ingreso fue de 100 ± 36 mg/dl y en el seguimiento de 63 ± 20 mg/dl. En aquellos con AP de DL, la media de c-LDL en el ingreso fue de 88 ± 34 mg/dl y en el seguimiento de 60 ± 27 mg/dl. El 47% de los pacientes tenían un control óptimo, siendo mayor en el grupo sin AP de DL (53%) pero sin diferencias estadísticamente significativas (p=0.37). En los pacientes sin control óptimo no se había intensificado la terapia hipolipemiante prescrita tras el SCA en ninguno de ellos.

CONCLUSIONES: Tras un SCA se consigue un control óptimo en el 47% de los pacientes. Los pacientes en los que no se consigue el objetivo terapéutico se debería intensificar la terapia hipolipemiante.

32. Switch entre el tratamiento antiagregante durante el ingreso y al alta de un síndrome coronario agudo: prevalencia, factores predictores y valor pronóstico.

CARRILLO ALEMÁN L, CANDELA SÁNCHEZ E, HORTELANO MOYA I, VILLAMIA MORA B, VICENTE IBARRA N, PERNIAS ESCRIG V, NUÑEZ MARTINEZ L, MARIN ORTUÑO F, MARTÍNEZ MARTÍNEZ JG, RUIZ NODAR JM
Hospital General Universitario. Alicante

OBJETIVOS: La doble terapia antiplaquetaria es uno de los principales tratamientos en el síndrome coronario agudo (SCA). En ciertos pacientes, puede ser necesario cambiar los antiplaquetarios (switch) para mejorar la eficiencia o la seguridad. El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia, los factores predictores y las implicaciones clínicas del switch en los pacientes durante el ingreso hospitalario y durante el seguimiento tras el alta.

MÉTODOS: Estudio descriptivo observacional, prospectivo y multicéntrico en pacientes dados de alta después de un ingreso por SCA y seguimiento tras el alta durante un año. Analizamos eventos isquémicos y hemorrágicos, así como cambios en el tratamiento.

RESULTADOS: Reclutamos a 1717 pacientes. Se realizó switch intrahospitalario en 425 pacientes (24.8%): 15.1% a clopidogrel y 84.9% a nuevos antiagregantes plaquetarios. Los pacientes que cambiaron a nuevos antiagregantes plaquetarios fueron más jóvenes, con puntuaciones más bajas en las escalas GRACE y CRUSADE, ingresaron con mayor frecuencia por infarto agudo de miocardio con elevación del ST, y fueron sometieron a un tratamiento más invasivo y con más revascularización percutánea. El cardiólogo clínico fue responsable de la mayoría de los cambios intrahospitalarios a nuevos antiagregantes plaquetarios, y estos cambios no se asociaron con mayor frecuencia de eventos hemorrágicos (0,5 frente a 1,7%, p = 0,145). La dosis de carga del segundo antiagregante plaquetario no afectó a la incidencia de eventos hemorrágicos. El switch tras el alta hospitalaria fue poco frecuente (2%) y dependió principalmente de indicaciones clínicas.

CONCLUSIONES: En un registro contemporáneo con SCA, el switch intrahospitalario de fármacos antiplaquetarios fue frecuente. Aquellos pacientes que se cambiaron a nuevos antiagregantes plaquetarios fueron más jóvenes y fueron ingresados con mayor frecuencia por infarto agudo de miocardio con elevación del ST. El switch no se relacionó con más eventos hemorrágicos. El switch durante el seguimiento tras el alta fue poco frecuente.

33. Estrategias de revascularización y pronóstico a largo plazo de pacientes en Shock Cardiogénico sometidos a angioplastia primaria.

FERNÁNDEZ DÍAZ C, MELERO LLORET J, BERENGUER JOFRESA A, VILAR MHERRERO JV, SANMIGUEL CERVERA D, CUBILLOS ARANGO A, ALMELA ALCAIDE P, FÁCILA RUBIO L, MORELL CABEDO S, RUMIZ GONZÁLEZ E
Hospital General Universitario. Valencia

INTRODUCCIÓN: La revascularización completa de pacientes en situación de shock cardiogénico (SC) sometidos a angioplastia primaria (AP) es a día de hoy el tratamiento de elección. Sin embargo, un estudio reciente ha observado una reducción de la mortalidad en aquellos pacientes sometidos únicamente a angioplastia del vaso responsable del infarto (IAM).

OBJETIVO: Analizar las diferencias en mortalidad cardiaca así como en el evento combinado muerte cardiaca y/o reingreso por insuficiencia cardiaca (IC) en una población real de pacientes en SC que han sido sometidos a una revascularización completa (RC) o incompleta (RI) durante la AP.

MÉTODOS: Estudio observacional prospectivo con inclusión consecutiva de todos los pacientes ingresados en nuestra institución con IAMCEST en situación de SC sometidos a AP. Se recogieron todas las variables clínicas, angiográficas así como eventos durante el seguimiento.

RESULTADOS: Desde Enero 2010 a Enero 2016, 105 pacientes ingresaron por IAMCEST en situación de SC y sometidos a AP. La mediana de edad de nuestra cohorte fue de 70 años (rango intercuartílico: 59-77,75). El 72,4% fueron varones con una prevalencia de diabetes mellitus del 45,7% y con una fracción de eyección media del ventrículo izquierdo de 34,2% ± 15. La localización más habitual del infarto fue anterior (62,9%), siendo la arteria descendente anterior la responsable en un 47,6%, seguida de la coronaria derecha en un 23,8% y del tronco coronario izquierdo en un 18,1%. Destacó el alto uso de balón de contrapulsación intraórtico (43,8%), casi la mitad de nuestros pacientes.
Al analizar la estrategia terapéutica empleada, 58 (52,4%) pacientes fueron sometidos a una RC en la AP y 47 (41%) pacientes a RI. No se observaron diferencias significativas en ninguna variable clínica ni angiográfica entre ambos grupos terapéuticos. Tampoco se observó ninguna variable predictora de RC. Durante una mediana de seguimiento de 11 meses (rango intercuartílico:1-34), 55 (52,3%) pacientes fallecieron, 36 (34%) pacientes fallecieron de causa cardiaca y 44 (42%) sufrieron el evento combinado (muerte cardiaca y/o reingreso IC). No se detectaron diferencias significativas en eventos durante el seguimiento entre los pacientes sometidos a RC o RI, aunque si una tendencia a menor mortalidad cardiaca (36% vs. 50%; p=0,14) y menor incidencia del evento combinado (38,9% vs. 56,1%; p=0,07) en los pacientes sometidos a RC.

CONCLUSIÓN: El tratamiento del paciente en situación de shock cardiogénico sometido a AP es a día de hoy controvertido, sin observar diferencias significativas en eventos durante seguimiento entre una estrategia de RC durante la AP y aquella limitada al vaso responsable del infarto, por lo que su tratamiento debería ser individualizado en cada paciente.

34. Deficit de lipasa ácida lisosomal como causa de evento isquemico cardiovascular. Estudio piloto

VILLAMÍA MORA B, AJO FERRER R, HORTELANO MOYA I, CAMBRA POVEDA C, TORRES MEZCUA F, CANDELA E, CARRILLO ALEMAN L, GARCIA ÁLVAREZ MI, CLIMENT PAYÁ V
Hospital General Universitario. Alicante

El déficit de lipasa ácida lisosomial (LAL) es una enfermedad autosómica recesiva, rara e infradiagnosticada. Su presentación fenotípica es variable y depende de la cantidad de enzima funcional residual. La forma precoz (enfermedad de Wolman) afecta a neonatos y niños menores de 1 año provocando fallo hepático, fallo suprarrenal y malabsorpción con un desenlace fatal casi siempre antes del primer año de vida. La forma tardía o CESD (colesteryl ester storage disease), se observa en adolescentes o jóvenes adultos en forma de dislipemia, hipertransaminasemia, distintos grados de afectación hepática (desde la esteatosis a la cirrosis) y ateroesclerosis precoz. El tratamiento de base de estos pacientes consistía, hasta ahora, en tratamiento con estatinas y tratamiento de las complicaciones hepáticas con el trasplante hepático como último recurso. Recientemente, se ha comercializado un nuevo tratamiento enzimático sustitutivo que disminuye los niveles de transaminasas y colesterol de forma significativa con respecto a placebo y con resultados esperanzadores aunque todavía sin implicaciones pronósticas.

OBJETIVOS: Realizamos un estudio piloto observacional transversal con el objetivo de analizar la prevalencia del déficit de LAL en pacientes menores de 40 años con antecedentes de uno o varios eventos cardio-vasculares (infarto agudo de miocardio o ictus isquémico) y dislipemia (colesterol-LDL>130mg/dL).

METODOLOGÍA: Se seleccionaron todos los pacientes menores de 40 años dados de alta de nuestro centro en los años 2015-2016 con diagnóstico de infarto agudo de miocardio o ictus isquémico y dislipemia. Se excluyeron del estudio los pacientes menores de 15 años. El depistaje de déficit de LAL se realizó mediante la determinación de la actividad enzimática de la LAL con el método de gota de sangre seca. En aquellos pacientes que presenten una actividad enzimática disminuida (resultado positivo para déficit de LAL) se realiza en un segundo tiempo estudio genético completo para detección de una mutación en el gen LIPA.

RESULTADOS: Hasta el momento, se han incluido un total de 18 pacientes, en su mayoría varones (83%) con una edad media en el momento del evento de 35,6±2,6 años (rango: 32-40 años). El colesterol-LDL medio fue de 162±39 mg/dL (rango: 120-222 mg/dL) y las cifras medias de transaminasas de 39UI/L (GOT) y 31UI/L (GPT). El 44,4% de los pacientes presentó ictus isquémico, y el otro 55,6% un SCA. El estudio de depistaje del déficit de LAL fue negativo para todos los pacientes estudiados. En un paciente se realizó estudio genético por una actividad enzimática límite, siendo negativo.

CONCLUSIONES: El déficit de LAL es una causa de arteriosclerosis precoz y eventos cardiovasculares en pacientes jóvenes. El déficit de LAL se debería incluir en el estudio del paciente joven con un evento cardiovascular e hipercolesterolemia. Hasta el momento, en nuestra serie, no hemos hallado ningún resultado positivo en el depistaje de esta patología.

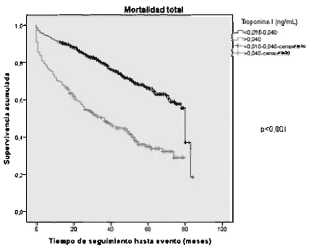
35. Valor pronóstico de la Troponina I ultrasensible en pacientes con fibrilación auricular en el Servicio de Urgencias.

BOCHARD VILLANUEVA B, QUESADA DORADOR A, LÓPEZ VALERO L, RUBINI COSTA R, TREJO VELASCO B, FERNÁNDEZ DÍAZ C, JIMÉNEZ BELLO J, PALANCA GIL V, QUESADA OCETE B, PAYA SERRANO R
Consorcio Hospital General Universitario. Valencia

OBJETIVO: La estratificación del riesgo de los pacientes con fibrilación auricular (FA) en el Servicio de Urgencias se basa en criterios clínicos y ecocardiográficos. La determinación de los valores de troponina I ultrasensible (Tn I US) se solicita con frecuencia en estos enfermos aunque su utilidad no esté establecida. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar el papel pronóstico de la TnI US en pacientes con FA en Urgencias.

MÉTODOS: recogida retrospectivo de los datos demográficos, clínicos, analíticos y de tratamiento de todos los pacientes que consultaron en Urgencias de nuestro centro por FA entre Enero de 2010 y Diciembre de 2015 (n = 2133). En 1080 de estos pacientes se determinó el valor de TnI US. Se dividió la muestra en dos grupos según presentaran troponina elevada (810 pacientes) o no (270 pacientes), considerando un punto de corte de 0.475 ng/l que corresponde al límite entre el tercer y cuarto cuartil de la distribución de TnI US en nuestra muestra . Se analizaron las características basales así como la aparición de eventos cardiovasculares y la mortalidad en el seguimiento. A continuación se realizó un análisis de supervivencia con curva de Kaplan-Meier y un análisis multivariante con regresión de Cox para predecir el riesgo de mortalidad.

RESULTADOS: los pacientes con cifra de TnI US correspondiente al 4º cuartil (>0.475 ng/l) presentaban una edad más avanzada (78.2 ± 11.4 vs 72.2 ± 12.6 años, p<0.001) y asociaban mayor número de comorbilidades como insuficiencia renal (19.6% frente a 8.9%, p < 0,001), respecto a aquellos con valor de TnI US por debajo del 4º cuartil (<0.475 ng/l). Durante un seguimiento medio de 47.8 ± 32.8 meses se objetivó una mayor tasa de mortalidad (58.9% vs 28.5%, p<0.001), mayores tasas de hospitalización por todas las causas (40.4% vs 30.7%, p=0,004), y mayor número de ingresos por descompensación de insuficiencia cardiaca (IC) (26.7% vs 2.5%, p=0,002) en aquellos pacientes con TnI US >0.475 ng/l, respecto a los pacientes con TnI US <0.475 ng/l, sin diferencias significativas en cuanto a la tasa de hemorragias mayores o eventos embólicos entre ambos grupos. El análisis multivariante muestra que una cifra de TnI US en el 4º cuartil, (> 0.475ng/l), tiene valor pronóstico independiente en la predicción de mortalidad (RR: 2.035, IC 95% 1.646-2.515, p <0.001).



CONCLUSIÓN: Un valor de TnI US por encima del 4º cuartil es un predictor pronóstico independiente de mortalidad en aquellos pacientes que consultan en Urgencias por FA, por lo que su determinación está recomendada en todos los casos. El incremento de TnI US también está asociado con una mayor incidencia de hospitalizaciones por todas las causas así como de los ingresos por IC descompensada.

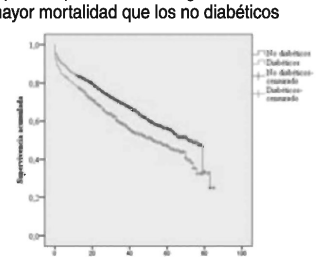
36. Impacto sobre la fibrilación auricular de la diabetes mellitus

VAÑÓ BODÍ J, QUESADA DORADOR A, DÍEZ ALBERO L, BOCHARD-VILLANUEVA B, JIMÉNEZ BELLO J, TREJO VELASCO B, RUBINI COSTA R, PAYÁ SERRANO R, RUBINI PUIG R, PERDOMO LONDOÑO D
Consorcio Hospital General Universitario. Valencia

INTRODUCCIÓN: La diabetes mellitus (DM) es capaz de provocar marcadas alteraciones estructurales en los tejidos y en la microcirculación afectando a todo el sistema cardiovascular. Aunque estos cambios podrían influir desfavorablemente sobre la fibrilación auricular (FA), su impacto sobre ésta no ha sido bien estudiado. Por ello, nos propusimos estudiar si la DM modifica la presentación clínica y el pronóstico a largo plazo de la FA.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se recogieron retrospectivamente los datos demográficos y clínicos de todos los pacientes (pts) (n=2013) atendidos en Urgencias de nuestro hospital por FA durante los años 2010-2015, y de los que se dispuso de un seguimiento mínimo de un año. Los pts fueron divididos en dos grupos según presentaran DM (734 pts) o no (1.279 pts). La evolución fue revisada registrando todos los eventos adversos significativos y fecha de aparición.

RESULTADOS: Basalmente, el grupo con DM presentaba un número significativamente mayor de comorbilidades, como miocardiopatía isquémica (12,7% DM vs 7,1% no DM), insuficiencia cardiaca previa (IC) (23,2% vs 18,0%), hipertensión arterial (88,6% vs 68,8%), obesidad (12,5% vs 6,2%), insuficiencia renal crónica 15,3% vs 9,3%) y ACV (13,76% frente a 8,29 %), CHA2DS2-VASC (4,54 ± 1,42 vs 2,76 ± 0,95) (todos, p < 0,001). La disnea/EAP como presentación clínica fue más frecuente en los diabéticos (40,8% vs 30%, p<0,001) y las palpitaciones más en no-DM (25,3% vs 33%, p<0.001). Durante un seguimiento medio de 3,34±1,55 años, los pts con DM presentaron mayor mortalidad que los no diabéticos (46,5% frente a 37,2%, p < 0,001) y mayores tasas de hospitalización asistencia en Urgencias, riesgo de IC (Tabla). El análisis multivariado demostró que la DM fue un factor predictor independiente de mortalidad (HR: 1,065; 95% IC 1,065-1,421; p=0,005).



CONCLUSIONES: En los pacientes con FA, la DM se asocia de forma significativa a un peor perfil clínico basal, a una presentación más atípica y a un peor pronóstico a largo plazo.

37. Fiabilidad de la medida electrocardiográfica de duración del complejo QRS en el bloqueo de rama izquierda

CÁRDENAS TEALDO J, MATEU GISBERT E, QUESADA DORADOR A, ALBIACH MONTAÑANA C, BOCHARD VILLANUEVA B, JIMÉNEZ BELLO J, PALANCA GIL V, GÓMEZ PAJARES F, SÁNCHEZ ALVAREZ S, VIDAL URRUTIA V
Consorcio Hospital General Universitario, Valencia. Universidad Católica de Valencia, Valencia. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia

RESUMEN: Hipótesis y objetivo: En los pacientes con bloqueo completo de rama izquierda (BRI) la medida de la duración del QRS (QRSd) está expuesta a una gran variabilidad según la forma y la derivación en que sea medida e incluso el propio diagnóstico de BRI puede no ser exacto si no se usan criterios estrictos. Nuestro trabajo pretendió estudiar la fiabilidad y validez de las diferentes formas de medida de QRSd .

MÉTODOS: Se registraron las QRSd calculadas automáticamente por el electrocardiógrafo y las obtenidas manualmente por dos observadores distintos en 56 electrocardiogramas de pacientes con BRI, empleando 4 formas de medida: a) QRSd de las derivaciones individuales, b) media de V4-6; c) la QRSd de mayor duración y d) la medida global (desde inicio QRS más precoz hasta punto j más tardío, considerada como referencia). Analizamos el coeficiente de correlación interclase (CCI), los odds ratio diagnósticos (OR) y las curvas ROC.

RESULTADOS: Los CCI entre QRSd global y los distintos métodos mostraron concordancia buena (nunca excelente) para V2 (0,76, IC: 0,62-0,85), el valor automático (0,74; 0,59-0,85), el promedio de V4-6 (0,72; IC: 0,57-0,83) y la QRSd de mayor duración (0,69; IC: 0,42-0,75). La concordancia sin embargo fue moderada/regular para D1 (CCI 0,61; IC: 0,42-0,75) y especialmente D2 (0,58; IC: 0,38-0,73). Tendencias similares se observaron en los CCI interobservador. En las curvas ROC, la medida automática mostró el área mayor bajo la curva (0,841) seguida del promedio en V4-V6 (0,806), y siendo V2 la derivación individual con mejor CCI (0,78) y de nuevo D2 mostró la menor ABC (0,683) para un punto de corte de 130 ms.

CONCLUSIONES: La QRSd varía dependiendo de la derivación elegida y la forma de medirla. Las determinaciones más próximas a la QRSd global serían la automática, la media V4-V6 y V2. El uso rutinario de D2 debe desaconsejarse.

Tabla 1. Características basales		24 pacientes	
CHA_2DS_2VASC	2.25	Betabloqueantes	63%
Edad (años)	65+/-11	Dosis inductora de BAV	14 +/- 5
Hipertensión arterial	71 %	Dosis elevadas	26 +/- 4
Diabetes mellitus	13 %	HV	46 +/- 4
Aurícula izquierda (mm.)	42 +/-7	Navegador no fluoroscópico	50%
Peso (kilogramos)	87 +/- 13	QRS	96 +/- 12
Antiarrítmicos	58%	PR	166 +/- 3

38. Utilidad de la adenosina (y de dosis elevadas) para la comprobación del bloqueo del istmo cavotricuspideo. Datos preliminares.

SANCHIS HERRERO A, TORMO JUAREZ P, ERNESTO BRIATORE A, MELERO LLORET J, VENTURA PEREZ B, NAVARRO-MANCHÓN J, SÁNCHEZ-GÓMEZ JM, DOMINGO MAFÉ E, SIMOES VALENTE AR, BELLVER NAVARRO JA
Hospital General Universitario. Castellón

INTRODUCCIÓN. Tras conseguir el bloqueo bidireccional del istmo cavotricuspideo (ICT) es habitual esperar 30 minutos para comprobar la ausencia de repermeabilización. Aunque su mecanismo no está aclarado, se ha descrito el uso de adenosina para comprobar la ausencia de conducción latente (CL) en la ablación de venas pulmonares. Su uso en la ablación del ICT no ha sido suficientemente estudiado. Tampoco, si se debe usar dosis una dosis capaz de inducir bloqueo auriculo-ventricular (BAV) o dosis mayores.

METODOLOGÍA: Se incluyeron consecutivamente todos los pacientes remitidos para la ablación del ICT salvo contraindicación para el uso de adenosina. Previamente a la ablación se determinó la dosis capaz de inducir BAV. Posteriormente a la ablación se administró dicha dosis y el doble de dosis hasta un máximo de 30 mg, y mediante estimulación diferencial se comprobó la ausencia de CL. Se analizaron variables clínicas, derivados del estudio electrofisiológico y su relación con la repermeabilización y las dosis inductoras de BAV y dosis elevadas mediante el paquete estadístico SPSS.
Objetivo. Determinar si el uso de adenosina a dosis inductoras de BAV es capaz de desenmascarar CL en la ablación del ICT y la utilidad de dosis más elevadas.

RESULTADOS: Se incluyeron 24 pacientes consecutivos. Tabla 1 características basales. Un 8% (2 pacientes) mostraron CL con la administración de adenosina. En uno de ellos se desenmascaró con dosis inductora de BAV y con dosis elevadas, mientras que en el otro únicamente con dosis elevadas. La única variable que resultó estadísticamente significativa en el univariado fue la edad (65 frente a 72 años, p<0,024), que no mantuvo su significación en el análisis multivariado.

DISCUSIÓN: Se necesitaría seguir incluyendo más paciente para validar estos resultados. Conclusiones. La adenosina muestra CL en el 8% de los pacientes. De esos dos pacientes, uno requirió de dosis más elevadas a la dosis inductora de BAV para desenmascararla.

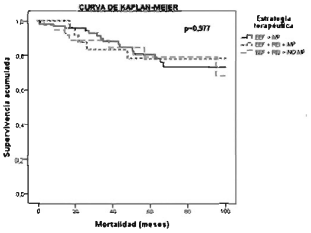
39. Mortalidad a largo plazo en pacientes con sincope y bloqueo de rama sometidos a estrategia de estudio electrofisiológico

BRIATORE AE, DOMÍNGUEZ MAFÉ E, NAVARRO MANCHÓN J, SÁNCHEZ GÓMEZ JM, PALAU SAMPÍO P, MELERO LLORET J, SIMOES MONTEIRO VALENTE A, SANCHIS HERRERO A, VENTURA PÉREZ B, BELLVER NAVARRO A
Hospital General Universitario. Castellón.
Universitat Jaume I. Castellón

INTRODUCCIÓN: Existe limitada evidencia acerca de la mortalidad a largo plazo de pacientes con sincope no filiado y bloqueo de rama (BR) cuya estrategia de tratamiento (marcapasos -MP- vs monitorización prolongada con registrador de eventos implantable -REI-) se ha basado en función del resultado del estudio electrofisiológico (EEF).

OBJETIVO: El objetivo del estudio fue analizar la mortalidad total de la estrategia de EEF para guiar la necesidad de implante de MP en pacientes con síncope no filiado y BR. Material y métodos: Estudio retrospectivo, unicéntrico que incluyó todos aquellos pacientes remitidos para EEF por síncope no filiado con FEVI>35% y BR. El protocolo de estudio consistió en la realización de un EEF completo previo a la toma de decisión terapéutica: en caso de EEF patológico se indicó el implante de MP mientras que si éste no era demostrativo de la causa del síncope se implantó REI para guiar el tratamiento en función de los hallazgos. Se excluyeron aquellos pacientes que presentaron desviaciones del protocolo inicial. El tiempo al evento (mortalidad) se analizó mediante la curva de supervivencia de Kaplan-Meier.

RESULTADOS: Se reclutó un total de 171 pacientes con una edad (media ± DE) de 74.6 ± 9 años, predominio de sexo masculino (72%), hipertensión arterial (67%), diabetes mellitus (34%) y cardiopatía isquémica (13.5%). Características ECG: Ritmo sinusal (95%), PR ? 200ms (46%), BCRDHH + HBA (42.7%), BCRIHH (35.7%), BCRDHH (16.4%), BCRDHH + HBP (2.3%) y BR inespecífico (2.9%). Características ecocardiográficas: FEVI (media ± DE) 62.5 ± 8%, alteraciones de la contractilidad (8%), valvulopatía aórtica degenerativa ligera o moderada (7.6%), sin cardiopatía estructural significativa (56.7%) siendo la cardiopatía hipertensiva la predominante (25.7%). Características EEF: HV basal (media ± DE) de 67 ± 16ms. EEF diagnóstico de la causa del sincope en el 62% de los pacientes (incluyendo dos TSV y una TV). Se implantaron un total de 104 MP (60.8%) y 65 REI (38%). Durante el seguimiento con REI 25 pacientes precisaron de implante de MP (38.5%). Tras una mediana de seguimiento (RIC) de 44 meses (19 - 72) del total de la población se observó una mortalidad del 16.4% (28 pacientes que incluían 21 éxitus no cardiovasculares [CV], 4 de causa CV y 3 de etiología desconocida). La supervivencia libre de eventos (mortalidad) en las curvas de Kaplan-Meier estratificado por actitud terapéutica (implante de MP por EEF diagnóstico vs implante de MP por REI diagnóstico vs no implante de MP tras EEF y REI no diagnósticos) no demostró diferencias en la mortalidad por todas las causas (figura).



CONCLUSIONES: En nuestra muestra de pacientes con síncope no filiado en la evaluación clínica inicial y que fueron sometidos a EEF e implante de MCP o REI en función de sus resultados, no existen diferencias de mortalidad por todas las causas a largo plazo, todo ello indicativo de la seguridad de la estrategia diagnóstica empleada.

40. Síncope y bloqueo de rama en pacientes octogenarios. Rendimiento de la estrategia de estudio electrofisiológico.

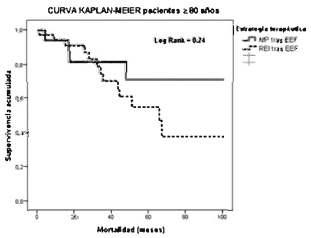
SANCHIS HERRERO A, DOMÍNGUEZ MAFÉ E, SIMOES MONTEIRO VALENTE A, SÁNCHEZ GÓMEZ JM, NAVARRO MANCHÓN J, PALAU SAMPÍO P, MELERO LLORET J, BRIATORE AE, TORMO JUÁREZ JP, BELLVER NAVARRO A
Hospital General Universitario. Castellón.
Universitat Jaume I. Castellón

INTRODUCCIÓN: Existe controversia acerca del manejo de los pacientes de edad avanzada con síncope no filiado y bloqueo de rama (BR).

OBJETIVO: El objetivo del estudio fue valorar el rendimiento diagnóstico del EEF en la población de pacientes octogenarios con síncope no filiado y BR y comprobar la seguridad en términos de mortalidad de la estrategia de tratamiento guiada por EEF en dicha población.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio unicéntrico y retrospectivo que incluyó todos aquellos pacientes remitidos para EEF por síncope no filiado con FEVI>35% y BR. El protocolo de estudio incluía la realización de un EEF completo previo a la toma de decisión terapéutica: en caso de EEF patológico se indicó el implante de marcapasos (MP) mientras que si éste no era demostrativo de la causa del síncope se empleó un registrador de eventos implantable (REI) para guiar el tratamiento en función de los hallazgos. La muestra se dicotomizó en 2 grupos de pacientes (<80 años y ?80 años). Se recogieron variables clínicas, ecocardiográficas, electrocardiográficas (ECG) y pronósticas. Se excluyeron aquellos pacientes que presentaron desviaciones del protocolo inicial. El tiempo al evento (mortalidad) se analizó mediante la curva de supervivencia de Kaplan-Meier.

RESULTADOS: Del total de 171 pacientes reclutados, el 32.2% presentaban edad ?80 años (n=55; media de 83.3±3 años). Con respecto a la población de <80 años, los pacientes octogenarios presentaron mayor proporción de cardiopatía estructural (60% vs 35,3%, p=0.003) fundamentalmente a expensas de cardiopatía hipertensiva e isquémica, así como HTA (78% vs 62%, p=0.04) tratamiento con IECAs (33% vs 18%, p=0.03) y betabloqueantes (28% vs 12%, p=0.02). No hubo diferencias significativas en las variables ECG entre ambas poblaciones de estudio. No se observaron diferencias significativas en el porcentaje de EEF diagnósticos en < 80 años vs ?80 años (59% vs 69% respectivamente, p=0.24), siendo en ambos grupos el BAV paroxístico el diagnóstico más prevalente. Del total de 55 pacientes de ?80 años, se implantó MP a 38 pacientes y REI a 17 pacientes. En el seguimiento de estos últimos, 7 pacientes precisaron de implante de MP (41.2%). En el análisis univariado, la edad como variable dicotómica y continua, no fue predictora de implante de MP por EEF patológico (OR 1.03; IC 95% [0.99-1.06]; p=0.12) ni durante REI (OR 1,02; IC 95% [0,96-1,08]; p=0.49). En el seguimiento a largo plazo (44 meses RIC [19-72]) de los pacientes ?80 años, no se observaron diferencias significativas en cuanto a mortalidad entre los que se les implantó un MP en el EEF índice vs REI (log Rank = 0.24, figura).



CONCLUSIONES: No se objetivaron diferencias en la rentabilidad diagnóstica del EEF en función de la edad. Los resultados de este estudio sugieren que los pacientes octogenarios con síncope y BR se benefician del mismo modo que los pacientes más jóvenes de un manejo basado en el EEF para establecer la indicación de estimulación cardiaca.

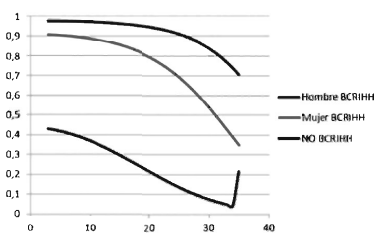
41. Efecto del sexo en la selección de pacientes para terapia de resincronización cardíaca

FERNÁNDEZ DÍAZ C, JIMÉNEZ BELLO J, PALANCA GIL V, BOCHARD VILLANUEVA B, PAYÁ SERRANO R, RIDOCCI SORIANO F, PÉREZ-BOSCÁ JL, GRADOLÍ PALMERO J, VAÑÓ BODÍ J, QUESADA DORADOR A
Consorcio Hospital General Universitario. Valencia

INTRODUCCIÓN: A pesar de no existir indicaciones específicas por sexo para la terapia de resincronización cardíaca (TRC) , en todos los registros el porcentaje de mujeres sigue siendo notablemente inferior al de los varones. Nuestro objetivo fue investigar si el sexo femenino constituye un factor significativo para la implantación dispositivo resincronizador.

MÉTODOS: Se han incluido de 914 pts (17,4% mujeres) de nuestro centro en los que en un ecocardiograma entre los años 2004 y 2015 su fracción de eyección era menor o igual al 35%.De éstos, se descartaron 189 (20.7%) por realizarles cirugía de revascularización coronaria, intervencionismo coronario percutáneo, sustitución o reparación de válvulas mitral o aórtica o muerte en el primer mes tras el eco. Además se excluyeron a 47 (5.14%) por contraindicación por enfermedades severas concomitantes obteniendo finalmente una muestra de 678 pacientes. El análisis consistió en un modelo multivariante mediante la técnica de regresión logística binomial.

RESULTADOS: En el análisis multivariable la presencia de bloqueo completo de rama izquierda (BCRI) y derecha (BCRD), bloqueo AV completo y la dilatación aurícular izquierda eran factores predictores a favor del implante de TRC, mientras que el aumento de la Fracción de Eyección y el sexo femenino constituyeron factores predictores en contra del implante de TRC. El
gráfico muestra una predicción mediante la ecuación simplificada que se ha obtenido del modelo de regresión para la probabilidad de implante de un dispositivo TRC ajustando por el resto de variables y poder ver así el efecto puro de cada una de las variables y su comportamiento en función del sexo. En concreto, compara el efecto del BCRI y del sexo ante igualdad del resto de variables, apreciando que el sexo femenino tiene una menor probabilidad de implante que se incrementa al aumentar la fracción de eyección representada en el eje horizontal.



CONCLUSIONES: En igualdad de condiciones y pese a su mejor respuesta a las terapias de resincronización cardíaca, las mujeres tienen menor probabilidad de ser tratadas con un dispositivo resincronizador. Es necesaria una reflexión y un esfuerzo para entender las causas de este infratratamiento.

43. UTILIDAD PRONÓSTICA DE LA ECOCARDIOGRAFÍA DE VENTRÍCULO DERECHO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA Y FRACCIÓN DE EYECCIÓN DEPRIMIDA

GUEDES RAMALLO P, PERNIAS ESCRIG V, NÚÑEZ MARTÍNEZ L, ROMERO VALERO A, GÓMEZ MARTÍNEZ M, AHUMADA VIDAL M, MARTÍNEZ MORENO M, QUINTANILLA TELLO MA, GARCÍA HONRUBIA A, MORILLAS BLASCO P
Hospital General Universitario de Elche. Alicante

INTRODUCCIÓN: De forma clásica siempre se ha otorgado especial relevancia a la función sistólica del ventrículo izquierdo (VI). Sin embargo, ante disfunción sistólica ventricular o enfermedad vascular pulmonar, la función del VD se convierte en parte esencial para mantener el gasto cardíaco. El objetivo de nuestro estudio es evaluar el papel de la ecocardiografía de VD en la estratificación del riesgo en pacientes con ICC y función sistólica del ventrículo izquierdo (FEVI) deprimida

METODOLOGÍA: Estudio observacional, prospectivo, que incluyó a 104 pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca crónica estable, y disfunción ventricular (FEVI <45%) en seguimiento por Consultas Externas de Cardiología, que presentaban tratamiento médico optimizado según las guías de práctica clínica. A todos ellos se les realizó una historia clínica completa y una exploración física, recogiéndose datos analíticos, electrocardiográficos y ecocardiográficos tales como diámetro basal de VD, área sistólica diastólica de VD, S'del VD y TAPSE. Se llevó a cabo un seguimiento a un año recogiendo los reingresos por insuficiencia cardiaca

RESULTADOS: De los 104 pacientes incluidos, 81 (77,9%) eran varones con una edad media de 69,17 ± 11,12 años y una FEVI media de 32,43 ± 7,52. El 54,8% era hipertensos, el 37,5% diabéticos, el 61,5% dislipémicos y el 5,8% presentada obesidad con un IMC medio de 22 ± 12,1. Sólo un 6,7% eran fumadores y un 5,8% bebedores. Durante el seguimiento, 22 pacientes (21,2%) ingresaron por insuficiencia cardíaca descompensada, siendo más frecuentes en aquellos pacientes obesos, bebedores, con peor función sistólica, mayores valores de NT-proBNP, y de tensión arterial sistólica, así como mayores diámetros basales de VD, TAPSE y área sistólica de VD. En el análisis multivariante ajustado por posibles factores de confusión se observó que las variables que se comportaban como factores de riesgo de ingreso por descompensación cardíaca en nuestra población eran el área sistólica del VD (OR: 1,279 [IC 1,078-1,518] p= 0,005), y TAPSE (OR: 1,169 [IC 1,003-1,363] p= 0,045), así como factores clásicos de descompensación cardíaca como son el NT-proBNP y la presencia de fibrilación auricular.

CONCLUSIÓN: El análisis ecocardiográfico del ventrículo derecho, especialmente la determinación del TAPSE y del área sistólica, constituye una herramienta útil en la predicción de riesgo de ingreso por insuficiencia cardíaca en pacientes estables con función ventricular deprimida

VIERNES DÍA 1 (08:30 - 10:00 h.)
SALA C **ECOCARDIOLOGÍA, DOPPLER Y MEDICINA NUCLEAR. HEMODINÁMICA Y CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA.**

42. Estudio del strain miocárdico remoto mediante resonancia magnética cardiaca y su influencia en la evolución de la función en pacientes con infarto de miocardio

GAVARA J, MARCOS V, BONANAD C, MONMENEU JV, LOPEZ-LEREU MP, RIOS-NAVARRO C, CHORRO FJ, BODI V
Hospital Clínico Universitario. Valencia.

OBJETIVOS. La asociación con el pronóstico y con los parámetros estructurales del strain miocárdico en zonas remotas al infarto evaluado mediante la técnica tissue tracking (TT) por resonancia magnética cardiaca (RMC) en pacientes que han sufrido un primer infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMEST) no ha sido estudiada. El objetivo de este estudio fue evaluar la afectación de la zona remota e infartada mediante la técnica TT-RMC en pacientes que han sufrido un primer IAMEST, investigar el valor pronóstico de ambas zonas y su influencia en la evolución de la fracción de eyección y el tamaño de infarto.

MÉTODOS. En 289 pacientes con un primer IAMEST se estudió el strain miocárdico longitudinal (SL), circunferencial y radial de la zona remota e infartada (media de los valores de pico de los segmentos de cada región), obtenidos mediante TT-RMC una semana después del infarto. En un grupo seleccionado de 155 pacientes se realizó también una RMC al sexto mes post-infarto para investigar la evolución de la fracción de eyección y el tamaño de infarto.

RESULTADOS. Durante el seguimiento (media: 1085 días) fueron documentados 54 eventos cardiovasculares adversos (ECVA): 19 muertes, 17 re-admisiones por insuficiencia cardiaca y 18 re-admisiones por re-infarto. De las variables de strain analizadas, únicamente los índices del SL remoto e infartado fueron asociados con ECVA (p<0,05). En el análisis multivariado llevado a cabo con todos los índices de strain sólo el SL remoto fue predictor independiente (p<0,001). Además, se detectaron más ECVA en pacientes con el SL remoto ?-11% (28% vs. 11%, p=0,002). El 44% de los pacientes mostraban un SL remoto ?-11%. Aquellos pacientes con el SL remoto ?-11% mostraban un tamaño de infarto mayor (29±15 vs. 17±13, p<0,001) y una fracción de eyección deprimida (46±13 vs. 58±11, p<0.001) en la primera semana post-infarto. Aunque estos pacientes presentaban una mayor mejoría en los índices de RMC, después de 6 meses seguían mostrando una fracción de eyección deprimida y valores de SL remoto ?-11%, ya que sólo el 16,5% de los segmentos remotos afectados mostraban una clara mejoría.

CONCLUSIONES. El SL remoto obtenido por TT-RMC está afectado en un número significativo de pacientes post-infarto y se asocia con un peor pronóstico y una mayor afectación estructural.

44. El estudio precoz con speckle-tracking de la función de la aurícula izquierda tras cardioversión de fibrilación auricular es de utilidad clínica

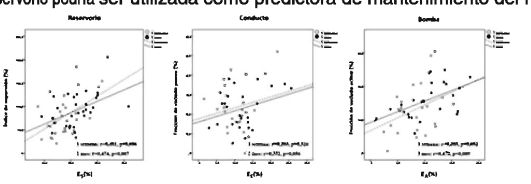
MONTEAGUDO VIANA M, ROLDÁN TORRES I, PÉREZ GOZALBO J, PÉREZ-OLIVARES DELGADO C FAGA V, PÉREZ GIL MM, ROMERO DORTA E, BERTOLÍN BORONAT J, CALLIZO GALLEGO R, MORA LLABATA V
Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia

OBJETIVO: Los índices volumétricos se han propuesto para evaluar el remodelado y la función de la aurícula izquierda (AI). Sin embargo, estos parámetros ecocardiográficos tienen baja sensibilidad para detectar la recuperación temprana de la función auricular tras fibrilación auricular (FA). El estudio con ecocardiografía bidimensional speckle-tracking (E2DST) puede completar el análisis de la AI en este contexto clínico. Nuestro objetivo ha sido analizar la relación temporal de la deformación (?) y la función volumétrica de la AI tras cardioversión eléctrica (CVE) de FA.

MÉTODOS: Incluimos pacientes (p) en ritmo sinusal tras el primer mes post-CVE y un grupo control de 30 individuos sin antecedente de FA, emparejados por edad y sexo. Realizamos ecocardiografía pre-CV, a la semana (1s) y al mes (1m) post-CVE. A partir de los volúmenes máximo, mínimo y previo a la sístole auricular, calculamos la función de reservorio (índice de expansión), de conducto [vaciado pasivo (FVP] y de bomba [vaciado activo FVA)]. Calculamos la ? auricular con E2DST desde las vistas apical de 4 y 2 cámaras (12 segmentos), utilizando el ciclo ventricular como referencia. El pico positivo longitudinal (?S) corresponde a la función del reservorio auricular y la ? durante la diástole temprana (?E) y tardía (?A), a las funciones de conducto y de bomba. Relacionamos las mediciones volumétricas con las de E2DST mediante análisis de regresión simple.

RESULTADOS: 32 p con calidad de imagen adecuada para un análisis completo por E2DST. Edad media (DE) 62,3 (10) años, 31% mujeres. Los valores al mes fueron inferiores a los del grupo control. Observamos diferencias significativas a 1s y 1m para todos los parámetros de deformación de AI por E2DST: (17,62 vs 22,47%, p<0,001) para ?S (10,71 vs 12,04%, p <0,01) para ?E y (7,76 vs 10,44%, p <0,001) para ?A. En 1 m los valores de ? auricular se correlacionaron significativamente con el índice de expansión y la FVA (r=0,527, p=0,002 y r=0,596, p <0,001, respectivamente) pero no con la FVP. Solo la función de reservorio mostró una correlación precoz, en 1s (figura).

CONCLUSIONES: En pacientes con CV exitosa de FA, el análisis precoz con E2DST de la función de la AI mostró su recuperación progresiva. Los parámetros de deformación presentan una correlación temporal diferente con los índices volumétricos. La medida de deformación que se corresponde con la función de reservorio podría ser utilizada como predictora de mantenimiento del ritmo.



45. ST2 soluble y remodelado del ventrículo izquierdo tras un infarto agudo del miocardio con elevación del segmento ST: Un estudio con resonancia magnética.

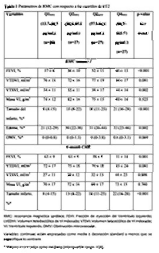
GONZÁLEZ-D' GREGORIO J, MIÑANA G, NUÑEZ, J, BAYÉS-GENIS A, REVUELTA E, NUÑEZ E, LOPEZ-LEREU MP, MONMENEU JV, LUPON, J, BODÍ V
Hospital Clínico Universitario. Valencia

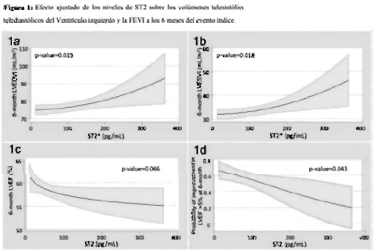
INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El ST2 es un marcador inflamatorio de tipo protéico, que aporta información diagnóstica y pronóstica en múltiples escenarios clínicos, y ha sido objeto de investigación durante los últimos años como biomarcador en el campo de la insuficiencia cardíaca, demostrándose su asociación con la deformación de miocitos, fibrosis, y remodelado de la matriz extracelular. La asociación entre el ST2 y el remodelado del ventrículo izquierdo en pacientes no seleccionados, tras un primer episodio de IAMCEST no ha sido esclarecida. El objetivo del presente trabajo fue evaluar la relación existente entre el ST2 soluble (proteína similar al receptor 1 de la interleucina-1), y el remodelado del ventrículo izquierdo (VI) evaluado mediante resonancia magnética cardíaca (RMC) a través de los volúmenes telesistólicos, telediastólicos y FEVI, a los 6 meses tras un infarto agudo del miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST).

METODOLOGÍA: Se incluyeron de forma prospectiva 109 pacientes que ingresaron por un primer episodio de IAMCEST, tratados mediante angioplastia primaria, en los que se determinó niveles plasmáticos de ST2 en las primeras 24 horas del evento índice. Todos los pacientes fueron sometidos a un estudio mediante RMC a la semana 1 y a los 6 meses post-infarto. La relación independiente entre el ST2, los volúmenes telediastólicos y telesistólicos del VI, y la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) fueron calculados mediante modelos lineales mixtos.

RESULTADOS: La edad media de la muestra fue de 59±12 años, 85 pacientes (78%) eran hombres, y 13 (11.9%) tenían una FEVI ?40%. La mediana (IQR) de ST2 fue 55.3 (38.7-94.1) pg/mL. Tras el ajuste multivariable, el ST2 mostró asociación positiva con los índices volumétricos del VI a los 6 meses (p=0.025 y p=0.018 para volúmenes diastólicos y sistólicos respectivamente), y correlación negativa con la FEVI a los 6 meses. (p=0.06). El efecto del ST2 en los end points fue mayor en pacintes con infartos extensos, amplia obstrucción microvascular, y FEVI ?40% a la semana 1.

CONCLUSIONES: En pacientes con un primer episodio de IAMCEST, tratados mediante angioplastia primaria, el ST2 soluble predice los cambios en el volumen del VI y la FEVI tras 6 meses del evento índice. Investigaciones futuras podrían estar encaminadas en determinar si la interleucina 1 como objetivo terapéutico podría disminuir los niveles de ST2, con efecto favorable sobre el remodelado ventricular.





46. Strain y mecánica rotacional del ventrículo izquierdo en adultos obesos: nuevos parámetros por ecocardiografía speckle-tracking en la evaluación de la torsión

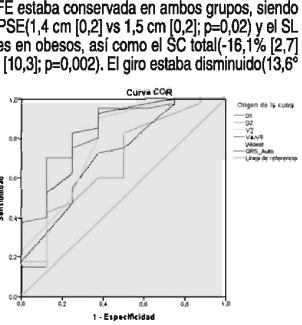
ROMERO DORTA E, LLABATA MORA V, MORILLAS ARIÑO C, BERTOLÍN BORONAT J, PÉREZ GOZALBO JM, PÉREZ-OLIVARES DELGADO C, FAGA V, DEL MAR PÉREZ GIL M, CALLIZO GALLEGO R, ROLDÁN TORRES I
Hospital Universitario Dr Peset. Valencia

La afectación de la función miocárdica en la obesidad es poco conocida, en gran parte, debido al uso de técnicas con escasa sensibilidad para detectar disfunción subclínica. Los parámetros de deformación y rotación del ventrículo izquierdo (VI) pueden resultar útiles para identificar alteraciones tempranas de la mecánica miocárdica, por lo que hemos analizado sus valores en obesos mórbidos con fracción de eyección (FE) preservada.

MÉTODOS. Estudio transversal de los parámetros de strain y rotación del VI mediante ecocardiografía speckle-tracking (EST) 2D en 31 pacientes(p)con obesidad mórbida y 31 voluntarios sanos, junto con el desplazamiento sistólico del anillo mitral(MAPSE) y la distancia Base-Ápex(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), Radial(SR) y los parámetros de rotación ventricular, de planos transversales del VI. Se calcula el giro(diferencia neta entre rotación apical y basal, º); la torsión(giro/distancia B-A, º/cm); y el índice de torsión(giro/MAPSE, º/cm). Proponemos además el cálculo del Parámetro Combinado de Deformación, que consta de un Producto de Deformación(Giro/SLG, º x%) y de un Índice de Deformación(Giro/SL ,º/%). Comparamos los valores mediante t-test.

RESULTADOS. En los obesos, fue más frecuente la presencia de mujeres(81% vs 39%; p=0,001). No hubo diferencias en cuanto a edad(42,2 años [10,5] vs 46,5 años [8,7]; p=0,09), prevalencia de hipertensión arterial (12,9% vs 22,6%; p=0,3), diabetes mellitus(10% vs 0%; p=0,08) o tabaquismo(12,9% vs 16,1%; p=0,7). La prevalencia de dislipemia fue mayor en obesos(19,4% vs 3,2%; p=0,04). La superficie corporal fue de 2,32 m2[5,4] en los obesos, y de 1,9 m2[0,2] en los controles(p<0,000), sin diferencias en la masa miocárdica del VI(184,2 g [46,6] obesos; 184,7g [54,9] controles; p=0,9). La FE estaba conservada en ambos grupos, siendo menor en obesos(62,9% [5,8] vs 67,8% [5,5]; p=0,001). El MAPSE(1,4 cm [0,2] vs 1,5 cm [0,2]; p=0,02) y el SL global(-18,2% [2,9] vs -21,1% [2,4]; p=0,0001) fueron menores en obesos, así como el SC total(-16,1% [2,7] vs -20,5% [3,1]; p=0,0000) y el SR total(27,2% [10,4] vs 35,9% [10,3]; p=0,002). El giro estaba disminuido(13,6º [7,1] vs 17,2º [5,9]; p=0,03), por lo que encontramos un Producto de Deformación disminuido con respecto a los controles(-251,1 º x%[140,6] vs -371,8[163,2]; p=0,003), con un Índice de Deformación normal(-0,8 º/%[0,4] vs -0,8 º x% [0,2]). Ver tabla.

CONCLUSIONES. Respecto a controles sanos, la obesidad mórbida se relaciona con un deterioro del MAPSE y de todos los tipos de strain, así como con una disminución del giro, aún estando la FE preservada. El nuevo parámetro de función miocárdica del VI combina la mecánica rotacional con el acortamiento longitudinal, y puede representar un método más completo y sensible para la estimación de la función miocárdica en obesos antes de que se produzca la disfunción ventricular sistólica.



47. Utilidad de la caracterización tisular del área de lesión microvascular con secuencias T2*w de RM en pacientes con infarto agudo revascularizado.

IGUAL MUÑOZ B, FERRÉ VALLVERDÚ M, SANCHEZ LACUESTA E, DIEZ GIL JL, PLAZA LOPEZ D, MACEIRA GONZALEZ A, GIL CAYUELA C, MIRÓ PALAU V, SEPÚLVEDA SANCHEZ P, MARTÍNEZ DOLZ L
Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

INTRODUCCION: Estudios recientes muestran que el "daño microvascular" en el infarto agudo de miocardio (SCACEST) revascularizado corresponde histologicamente tanto a zonas de lesión del vaso por mecanismos inflamatorios como en casos de mayor severidad a rotura de la microvasculatura con extravasación de sangre al miocardio o hemorragia intrainfarto (HI). El objetivo de este estudio es evaluar la utilidad de la evaluación cuantitativa de la HI mediante secuencias T2*w de resonancia magnética (RM) y analizar la relación de la presencia y extensión de la HI con otras variables clínicas y de imagen.

MATERIAL Y METODOS: Se realizó un estudio observacional prospectivo incluyendo pacientes con primer episodio de SCACEST revascularizado mediante angioplastia primaria a los que se realizó en la primera semana tras el infarto un estudio de RM que incluía: secuencias funcionales de cine (b-SSFP) en eje corto incluyendo todo el volumen de ventrículo izquierdo (VI) y además secuencias T2- STIR , T2*w y LGE (IR prep-FGRE) en la misma localización y cobertura para calcular volúmenes y función de VI, miocardio en riesgo, HI , daño microvascular global (OMV) y necrosis. Las variables se evaluaron de forma cuantitativa en gramos mediante un software específico y se expresaron como porcentaje de la masa de VI (MVI). En relación a ellas se analizaron tanto variables clínicas (edad, sexo, tratamiento, características del árbol coronario, factores de riesgo) como relacionadas con la revascularización (tiempo de retraso, fármacos, presencia de trombo, flujo TIMI pre y post revascularización).

RESULTADOS Las secuencias T2*w permitieron visualizar el área de HI en todo el volumen de VI en dos observándose excelente calidad de imagen en el 90% de ellos. Se observó OMV en 47p (53%) (Media: 3.1% de MVI, IQR: 1.4 to 5.5%). Se identificó HI en 25 p (28%) (Media: 1.1 % de MVI IQR: 0.5 to 3%). La presencia de HI se asoció de forma independiente a infarto anterior (OR 3.13, IC 95% 1.1-9.23, p 0.039) y presencia de trombo (OR 9.47, IC 95% 1.96-45.6, p= 0.005) y su extensión a mayor área de necrosis (r: 0.4, p<0.05), más OMV global (r: 0.6, p<0.001) y menor fracción de eyección de VI (r: -0.2, p=0.018).

CONCLUSIONES 1. La caracterización tisular con secuencias T2*-w de RM permite una evaluación precisa de la extensión y severidad del daño microvascular. 2. La presencia de IH se asocia a infarto anterior y presencia de trombo. 3. La extensión de la HI se asocia a mayor necrosis, más OMV global y menor función de VI.

Variables clínicas asociadas a la presencia de HI en secuencias T2*w

Regresion logística multivariada	Univariado		Multivariado	
	OR (IC 95%)	p value	OR (IC 95%)	p value
Edad(años)	0.98 (0.95-1.02)	0.33	-	-
Sexo (varón)	1.82 (0.55-6.07)	0.33	-	-
Hipertension	0.27 (0.1-0.72)	0.009	0.39 (0.1-1.13)	0.08
Dislipemia	1.06 (0.42-2.68)	0.9	-	-
Diabetes mellitus	1.47 (0.54-4.04)	0.46	-	-
Tabaquismo	1.31 (0.51-3.39)	0.58	-	-
Infarto anterior	3.12 (1.2-8.15)	0.02	3.13 (1.1-9.23)	0.039
Número de vasos afectos	1.13 (0.72-1.76)	0.6	-	-
Presencia de trombo	10.8 (2.4-49.7)	0.002	9.47 (1.96-45.6)	0.005
TIMI flow <3tras reperfusión	2.8 (0.37-20.9)	0.32	-	-
Retraso de la reperfusion (min)	0.99 (0.99-1)	0.71	-	-

48. Utilidad de la imagen multimodalidad para predecir la presencia de síntomas cardiovasculares en la estenosis valvular aórtica.

IGUAL MUÑEZ B, PAYA SERRANO R, MACEIRA GONZALEZ A, BLANCO HERRERO O, SANCHEZ VAZQUEZ A, GARCIA GONZALEZ P, PEREZ BOSCÁ JL, MIRÓ PALAU V, MONTERO ARGUDO A
Consorcio Hospital General Universitario. Valencia

INTRODUCCION: Actualmente la severidad de la estenosis valvular aórtica (EVA) se evalúa mediante técnicas ecocardiográficas sin embargo esta evaluación no está exenta de limitaciones derivadas sobre todo de la interdependencia de los gradientes transvalvulares con la fracción de eyección (FE) y el volumen latido (VL) del ventrículo izquierdo (VI).

HIPOTESIS: Nuestra hipótesis es que la utilización simultanea de datos ecocardiográficos y de resonancia magnética (RM) puede mejorar el diagnóstico de severidad hemodinámica en la EVA.

MATERIAL Y METODOS: Se incluyeron pacientes consecutivos con diagnóstico de EVA a los que se realizó una resonancia magnética y un estudio ecocardiográfico durante el periodo de estudio (rango 1 -4 meses). Se excluyeron pacientes con enfermedad coronaria conocida u otra valvulopatía significativa. Se evaluó también la presencia y tipo de sintomatología atribuible a la EVA. Por ecocardiografía se obtuvieron gradiente medio y máximo a través de la estenosis y AVA por ecuación de continuidad (AVAc). Para el estudio se obtuvo la ratio de los parámetros ecocardiográficos habituales con la FE y VL de VI obtenidas mediante el método de Simpson analizando secuencias funcionales de cine (b-SSFP) en eje corto de RM con un software específico.

RESULTADOS: Se estudiaron 87 pacientes de edad media 66+ 16 yesar, 52 (59%) varones, 27(31%) con FEVI deprimida. Sesenta y ocho (78%) del total presentaban en el periodo de estudio sintomatología atribuible a la EVA, 59 (67%) disnea, 19 (21%) angina and 3 (3%) síncope. Cincuenta y nueve (67%) del total con gradiente medio ecocardiográfico mayor o igual a 40 mmhg. El área bajo la curva ROC, el valor de p, los puntos de corte así como la sensibilidad y especificidad de los parámetros con significación estadística se muestran en la tabla adjunta.

CONCLUSIONES: 1. La utilización combinada de variables ecocardiográficas y de RM mejora el diagnóstico de severidad hemodinámica de la EVA mediante técnicas de imagen . 2. La ratio entre el gradiente medio y la fracción de eyección de VI es el parámetro con mayor capacidad diagnóstica de forma que un a ratio igual o mayor a 0.69 predice la presencia de sintomatología atribuible a la EVA con una sensibilidad de 71% y especificidad de 91%.

	AUROC	P	Punto de corte
Gradiente medio N=75	0.56	NS	
Gradiente medio/VL N=75	0.64	NS	
Gradiente medio /FEVI N=75	0.82	P<0.001	0.69
Gradiente máximo N=87	0.60	NS	
Gradiente máximo/VL N= 87	0.65	NS	
Gradiente máximo/FEVI N=87	0.78	P<0.001	0.94
AVAc N=60	0.55	NS	
AVAc/VL N=60	0.59	NS	
AVAc/FEVI N=60	0.73	NS	

Valor diagnóstico de los parámetros ecocardiográficos habituales y de los nuevos índices obtenidos mediante imagen multimodalidad

49. Impacto del estrés de pared sobre los diámetros de aorta ascendente estudiado mediante imagen multimodalidad.

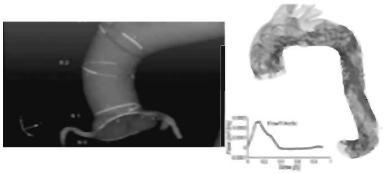
IGUAL MUÑOZ B, CUADRA DELGADO D, PAYA SERRANO R, BARBERO FRESNO R, GARCIA GONZALEZ P, PEREZ BOSCÁ JL, MACEIRA GONZALEZ A, VALERA MARTÍNEZ FJ, BERENGUER JOFRESA A, MONTERO ARGUDO A
Hospital Universitario y Politécnico la Fe. Valencia.

INTRODUCCION: 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 del estrés de pared (WSS) producido por el flujo sanguíneo sobre los diámetros de aorta ascendente (AA).

MATERIAL Y 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 la misma geometría se
derivaron utilizando 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 en cuatro planos perpendiculares a la pared de la aorta (S0: porción sinusal ,S1: unión sino-tubular ,S2: diámetro máximo en la porción tubular ,S3: aorta ascendente precayado y los diámetros máximos aórticos en los mismos segmentos obtenidos con secuencias b-SSFP en un plano doble oblicuo perpendicular a las paredes 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 una correlación significativa entre los diámetros máximos aórticos en la porción sinusal y el WSS pico promediado en los segmentos estudiados (S0 r:0.46 p=0.017 ; S1 r= 0.47 p=0.015 ; S2 r: 0.46 p=0.015; S3 r=0.45 p=0.017) .Sin embargo no se observó asociación significativa entre el WSS y los diámetros máximos en el resto de los segmentos estudiados.

CONCLUSION: El incremento del WSS pico en cualquiera de los segmentos estudiados de aorta ascendente se asocia de forma significativa a un incremento de los diámetros máximos aórticos a nivel de la porción sinusal.



Izquierda: planos de estudio del WSS pico (promediado por segmentos). Derecha: representación del flujo diastólico aórtico mediante DCF.

50. Utilidad del ecocardiograma en el estudio de un primer episodio de ictus en nuestro medio.

CALLIZO GALLEGO R, NÚÑEZ PILES C, SERRATS LÓPEZ R, ROMERO DORTA E, BERTOLÍN BORONAT J, PÉREZ OLIVARES C, PÉREZ GOZALBO J, SELLER MOYA J, ROLDÁN TORRES I, MORA LLABATA V
Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia

INTRODUCCIÓN: El ecocardiograma se ha convertido en una herramienta ampliamente solicitada por el servicio de Neurología para completar el estudio de los pacientes con accidente cerebrovascular, principalmente cuando existe una sospecha de que la etiología pudiera ser embólica.
Nuestro objetivo fue analizar la rentabilidad clínica de dicha prueba en el diagnóstico de cardiopatía subyacente relacionada con los episodios de ictus.

OBJETIVO: Se estudió una muestra de 61 pacientes consecutivos ingresados durante el año 2017 en la sala de Neurología con un primer diagnóstico de ictus a quienes se realizó un ecocardiograma transtorácico a petición del neurólogo responsable. Según el índice de sospecha clínica y el resultado de las pruebas de neuroimagen se clasificó los episodios en los grupos de perfil embolígeno o no embolígeno, y se analizó la prevalencia de las principales alteraciones estructurales cardiacas halladas en el ecocardiograma.

RESULTADOS: En la muestra descrita no se hallaron entre los grupos en la prevalencia de dilatación auricular (p = 0,07), dilatación ventricular izquierda (p = 0,39), FEVI (p = 0,39), lesión valvular aórtica (p = 0,51), lesión valvular mitral (p = 0,68), presencia de aneurisma ventricular (p = 0,39), alteraciones del septo interauricular (p = 0,43) y presencia de trombo intracardiaco (p = 0,39). Se complementó la realización del ecocardiograma transtorácico con test de burbujas en un 24,2% de los casos (de los cuales 4,8% fueron positivos) y con abordaje transesofágico en un 11,3%. La prevalencia de hallazgos estructurales en ambos grupos fue más baja de lo esperado: 4,8% dilatación muy severa de la AI; 1,6% de pacientes con FEVI deprimida; 3,2% de pacientes con valvulopatía mitral significativa; 4,8% defectos septales auriculares; 1,6% trombos intracavitarios.

CONCLUSIONES: En los pacientes estudiados, la utilidad clínica de la realización de ecocardiograma transtorácica resultó discreta. La realización de estudios complementarios y una mejor selección de pacientes podrían incrementarla.

51. Efectos de la implantación de un programa de ecocardiograma de estrés en un hospital comarcal.

TOCADO UNZALU MB, ERDOCIAIN PERALES MS, ZUAZOLA MARTINEZ MP
Hospital de la Marina Baixa. Vilajoiosa. Alicante.

La cardiopatía isquémica es una de las patologías más prevalentes en los Servicios de Cardiología, suponiendo su atención, diagnóstico y tratamiento un elevado porcentaje de los recursos económicos destinados a esta especialidad.

OBJETIVO: El objetivo principal del estudio consistió en analizar la reducción del coste económico derivada de la implantación de un protocolo detección de isquemia miocárdica mediante ecocardiograma de estrés con dobutamina durante un periodo de un año. Como objetivos secundarios se valoraron las características demográficas de la población estudiada, la seguridad de la prueba y su eficacia diagnóstica.

RESULTADOS: La implementación de este programa en nuestro hospital revirtió en una reducción de costes absolutos en torno a 11000 euros anuales, suponiendo este cifra más del 18 % del gasto destinado a la realización de pruebas de detección de isquemia. En nuestro estudio se confirma el alto valor predictivo negativo de la prueba, con porcentajes de hasta el 100% en la detección de eventos cardiovasculares y mortalidad. La población a estudio fue en general de mayor riesgo cardiovascular que la población sometida a otros test de isquemia.

CONCLUSIÓN: Asimismo se documentó la seguridad y comodidad del test para el paciente, con reducción de tiempos de lista de espera y estancia hospitalaria.

52. Stent farmacoactivo sin polímero en el síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST: perfil clínico y de seguridad a largo plazo.

VIDAL URRUTIA V, MELERO LLORET J, VILAR HERRERO JV, BERENGUER JOFRESA A, SANMIGUEL CERVERA D, CUBILLOS ARANGO A, ALMELA ALCAIDE P, FACILA RUBIO L, MORELL CABEDO S, RUIZ GONZALEZ E
Consorcio Hospital General Universitario. Valencia.

INTRODUCCIÓN: El stent farmacoactivo sin polímero (SFSP) ha demostrado ser seguro y eficaz con pautas cortas de doble antiagregación en comparación con el stent convencional. Sin embargo, apenas existe evidencia de su comportamiento en un escenario de alto riesgo protrombótico como el síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST). El objetivo de este estudio fue analizar el perfil clínico, así como la aparición de eventos a largo plazo en pacientes sometidos a angioplastia primaria (AP) e implante de SFSP.

MÉTODOS: Analizamos de forma retrospectiva todos los pacientes sometidos a AP e implante de SFSP desde diciembre de 2015 hasta diciembre de 2017. Se recogieron las características basales y angiográficas. Se estudió el riesgo hemorrágico mediante la escala de riesgo Crusade y se evaluó la indicación principal para su implante. Diferenciamos 5 posibles causas para la elección de un SFSP: decisión del operador, necesidad de tratamiento anticoagulante, alto riesgo hemorrágico, necesidad de cirugía inminente, y sospecha de falta de adherencia al tratamiento. Se analizaron los eventos durante el seguimiento así como la pauta de antiagregación elegida y su cumplimentación.

RESULTADOS: Se analizaron 104 pacientes que fueron sometidos a AP e implante de SFSP. La edad media de nuestra cohorte fue de 68,8 ± 14 años, con una puntuación de riesgo Crusade de 39,2 ± 13. El principal motivo de implante de un SFSP fue decisión del operador (66,67%), seguido de la necesidad de tratamiento anticoagulante (11,11%) y de alto riesgo hemorrágico (10,1%). La necesidad de cirugía programada inminente fue la indicación menos frecuente (5%). El 84,9% completó la terapia con doble antiagregación 12 meses, el 4,6% mantuvo la doble antiagregación 6 meses y el 10,5% durante 1 mes.
Durante una mediana de seguimiento de 346 días (rango intercuartílico: 153-513), 1 (0,96%) paciente sufrió una trombosis aguda del stent y 6 (5,7%) pacientes fallecieron por causa cardiaca. No se produjo ningún evento hemorrágico mayor durante el seguimiento y tampoco se observó ninguna reestenosis clínica.

CONCLUSIÓN: El implante de un SFSP en el SCACEST parece una opción segura y eficaz, incluso con pautas cortas de doble antiagregación en una población real de alto riesgo hemorrágico. Además, permite el implante de un stent farmacoactivo en diferentes situaciones donde se sospeche la no cumplimentación de la terapia antiagregante elegida.

53. Utilidad del catéter Sheathless en la aterectomía rotacional por vía radial

VILAR HERRERO JV, BERENGUER JOFRESA A, SANMIGUEL CERVERA D, CUBILLOS ARANGO A, ESCRIBANO ALARCÓN D, ALMELA ALCAIDE P, LÓPEZ LÓPEZ I, MORELL CABEDO S, RUMIZ GONZÁLEZ E
Consorcio Hospital General Universitario. Valencia

INTRODUCCIÓN: La principal limitación del acceso radial para la realización de aterectomía rotacional (AR) es la imposibilidad del empleo de catéteres guía ? 7 french (F), debido principalmente al pequeño diámetro interno de la arteria radial. El catéter Sheathless Eucath© (Asahi Intecc, Japón) nos aporta un mayor diámetro luminal con menor diámetro externo, permitiéndonos conseguir hasta una luz interna de (2,06 mm) similar a la aportada por un catéter guía de 7 F por vía radial. El objetivo de este estudio es analizar su utilidad y éxito en pacientes sometido a AR.

MÉTODOS: Incluimos de forma prospectiva a 22 pacientes en los que se empleó como primera opción el catéter Sheathless para la realización de AR desde Octubre 2015 a diciembre 2017. Se recogieron variables clínicas y angiográficas. Se definió el éxito del procedimiento como la realización de AR y posterior implante de stent con flujo final TIMI 3.

RESULTADOS: La edad media de nuestra cohorte fue de 72 ± 9 años y el 66,6% fueron varones. El vaso más frecuentemente tratado fue la arteria descendente anterior (77,3%), seguida de la arteria coronaria derecha (13,7%) y tronco coronario izquierdo (9%). En todos los casos se emplea un tamaño de Sheathless de 7,5 F, aunque el tamaño de la oliva empleada fue de 1,5 mm en el 73% de los pacientes. Se alcanzó el éxito del procedimiento en el 90,9% de los casos. Sólo en dos pacientes que requería AR sobre la arteria coronaria derecha, se necesito cambio a acceso femoral por falta de soporte del catéter Sheathless.

CONCLUSIÓN: El catéter Sheathless nos permite realizar con éxito AR por vía radial en un alto porcentaje de pacientes, aportándonos el diámetro interno y soporte necesario para su realización, principalmente en AR sobre el árbol coronario izquierdo.

54. Impacto de la revascularización percutánea de pacientes con oclusiones crónicas totales en la capacidad funcional de ejercicio valorada por ergoespirometria

FERNÁNDEZ DÍAZ C, VILAR HERRERO JV, TORMO ESPLUGES G, SANMIGUEL CERVERA D, BERENGUER JOFRESA A, ESCRIBANO ALARCÓN D, CUBILLOS ARANGO A, FÁCILA RUBIO L, MORELL CABEDO S, RUMIZ GONZÁLEZ E
Consorcio Hospital General Universitario. Valencia

INTRODUCCIÓN: El intervencionismo coronario percutáneo (ICP) sobre oclusiones coronarias crónicas totales (OCT) se ha asociado con un alivio de los síntomas isquémicos y mejoría de la función sistólica en un alto porcentaje de casos. Sin embargo, la mayor parte de los estudios hasta la fecha se basan en el análisis de cuestionarios de calidad de vida. El objetivo de nuestro estudio es analizar mediante ergoespirometría las variaciones en capacidad funcional tras ICP en pacientes con OCT.

MÉTODOS: Desde marzo de 2017 y como parte del protocolo realizado en nuestra unidad, todos los pacientes que van a ser sometidos a ICP sobre OCT son sometidos a una ergoespirometría previa y a los 3 meses de la ICP en caso de ser exitosa. Se excluyeron aquellos pacientes con presencia de bloqueo completo de rama izquierda del haz de Hiss (BCRIHH) o ritmo ventricular electroestimulado, así como aquellos con una capacidad funcional previa muy disminuida. Se compararon los resultados en capacidad funcional pre y post-ICP, analizando las diferencias en consumo pico de Oxígeno (VO2máx) y equivalentes metábolicos (METS) alcanzados tras ergoespirometría.

RESULTADOS: Se incluyeron de forma consecutiva un total de 11 pacientes que realizaron ergoespirometría pre y post ICP. La mediana de edad de nuestra cohorte fue de 69 años (rango intercuartílico: 55-82), el 100% fueron varones, con una prevalencia de diabetes mellitus del 36.4 %. La fracción de eycción media del ventrículo izquierdo (FEVI) fue del 49% (rango intercuartílico: 68-30). El 54,5% de nuestros pacientes presentaban enfermedad multivaso, siendo la OCT en la arteria coronaria derecha la más frecuente (54. 5%), seguida de la arteria descendente anterior (45.5%). Se observó un aumento significativo del VO2máx (ml/kg/min), 18.1 vs. 23.4 tras la ICP, con un aumento medio de 5.3 ml/kg/min (2.3-8.3, p= 0.03). También se detectó un aumento en METS alcanzados (4.01 vs. 7,1), con una diferencia media entre ambos de 3.08 (1.36-4.8, p=0.04).

CONCLUSIÓN: La revascularización percutánea de OCT se asocia con una aumento de la capacidad funcional, determinada por un aumento significativo del consumo máximo de oxígeno en la ergoespirometría.

VIERNES DÍA 12 (08:30 - 10:00 h.)
SALA D **PREVENTIVA, HTA Y OTROS FRCV Y CARDIOLOGÍA EXPERIMENTAL E INVESTIGACIÓN BÁSICA**

55. Registro de insuficiencia cardíaca en el área de Castellón: epidemiología y morbiortalidad estratificada por sexo tras el primer año

TORMO JUÁREZ JP, MELERO LLÓRET J, BRIATORE A, DOMÍNGUEZ MAFÉ E, VENTURA PÉREZ B, SERRANO ROMERO A, GARCÍA PALOMAR C, SORIANO NAVARRO C, BELLVER NAVARRO A, PALAU SAMPIO P
Hospital General Universitario. Castellón.
Universitat Jaume I. Castellón.

INTRODUCCIÓN: la insuficiencia cardiaca (IC) actualmente constituye una de las primeras causas de ingreso en la población mayor de 65 años en nuestro país, generando un elevado coste socio-sanitario. Es por ello que las actuales guías de práctica clínica recomiendan la creación de unidades de IC para reducir el coste y mejorar la calidad de vida de estos pacientes. Nuestro objetivo fue describir la epidemiología y morbimortalidad estratificada por sexo tras el primer año de registro de hospitalización por IC en un hospital terciario sin una unidad de IC.

MÉTODOS: se incluyeron a todos los pacientes ingresados con el diagnóstico de IC desde octubre de 2016. Este registro fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) del Hospital General Universitario de Castellón y la Agencia Española de Medicamento. Los datos estadísticos se analizaron con el programa estadístico Stata versión 13.

RESULTADOS: A fecha de octubre de 2017 se registraron un total de 313 pacientes. La edad media (desviación estándar) fue de 73 (12) años. El 41.21% fueron mujeres. El 28.6% presentaban antecedentes cardiopatía isquémica. La distribución de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) fue: 42.3% presentaban FEVI mayor del 50%, 14.3% una FEVI entre 40 y 50% y el 43.3% una FEVI menor del 40%. Los eventos registrados fueron la mortalidad cardiovascular y los reingresos por IC, siendo un total de 87 eventos. La Figura 1 muestra la curva de Kaplan Meier. Cuando estos resultados se estratifican según el sexo, no se obtuvieron diferencias significativas (prueba de Mantel-Cox de 0.49).

CONCLUSIONES: la IC constituye una causa de elevada morbimortalidad en nuestro entorno hospitalario sin que existan diferencias significativas entre ambos sexos.

56. Registro de insuficiencia cardíaca en el área de Castellón: epidemiología y morbimortalidad según fracción de eyección tras el primer año

TORMO JUÁREZ JP, MELERO LLÓRET J, BRIATORE A, DOMÍNGUEZ MAFÉ E, VENTURA PÉREZ B, SERRANO ROMERO A, GARCÍA PALOMAR C, SORIANO NAVARRO C, BELLVER NAVARRO A, PALAU SAMPIO P
Hospital General Universitario. Castellón.
Universitat Jaume I. Castellón.

INTRODUCCIÓN: la insuficiencia cardiaca (IC) actualmente constituye una de las primeras causas de ingreso en la población mayor de 65 años en nuestro país, generando un elevado coste socio-sanitario. Es por ello que las actuales guías de práctica clínica recomiendan la creación de unidades de IC para reducir el coste y mejorar la calidad de vida de estos pacientes. Nuestro objetivo fue describir la epidemiología y morbimortalidad según fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) tras el primer año de registro de hospitalización por IC en un hospital terciario sin una Unidad de IC.

MÉTODOS: se incluyeron a todos los pacientes ingresados con el diagnóstico de IC desde octubre de 2016. Este registro fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) del Hospital General Universitario de Castellón y la Agencia Española de Medicamento. Los datos estadísticos se analizaron con el programa estadístico Stata versión 13.

RESULTADOS: A fecha de octubre de 2017 se registraron un total de 313 pacientes. La edad media (desviación estándar) fue de 73 (12) años. El 41.21% fueron mujeres. El 28.6% presentaban como antecedente personal cardiopatía isquémica. La distribución según la FEVI fue: 127 (42%) presentaban FEVI mayor o igual del 50% y un el 173 (58%) una FEVI menor del 50 %. Los eventos registrados fueron la mortalidad cardiovascular y los reingresos por IC, siendo un total de 87 eventos. La Figura 1 muestra la curva de Kaplan Meier. Cuando estos resultados se estratifican según fracción de eyección, no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas (prueba de Mantel-Cox de 0.28). No obstante, cuando se estratificó por sexo y fracción de eyección, sí se observaron diferencias pronósticas según FEVI en el sexo femenino (log-rank p=0.04).

CONCLUSIONES: la IC constituye una causa de elevada morbimortalidad en nuestro entorno hospitalario sin que existan diferencias pronósticas significativas según FEVI.

57. Perfil Cardiovascular de los pacientes con un Síndrome Coronario Agudo.

VENTURA PÉREZ B, MELERO LLORET J, NAVARRO MANCHÓN J, PALAU SAMPIO P, DOMÍNGUEZ MAFÉ E, SERRANO ROMERO A, ORTS SOLER E, BAELLO MONGE P, PLANAS DEL VIEJO AM, BELLVER NAVARRO A
Hospital General Universitario. Castellón.
Universidad Jaume I. Castellón.

OBJETIVOS: La enfermedad cardiovascular es la primera causa de muerte en todo el mundo. Se calcula que en 2012 murieron por esta causa 17.5 millones de personas, lo cual representa el 31% de todas las muertes del mundo. De estos fallecimientos, 7,4 millones (el 42%) se atribuyeron a la cardiopatía isquémica (CI). Por ello, nuestro objetivo es describir los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en una muestra que sufre un Síndrome Coronario Agudo (SCA).

METODOLOGÍA: Se trata de un estudio retrospectivo transversal que se llevó a cabo en el periodo comprendido entre enero y junio de 2016 en el que se incluyen todos los SCA sometidos a Angioplastia Primaria en el Hospital General Universitario de Castellón, hospital de referencia de la provincia de Castellón. Las variables cuantitativas se expresan con la media ± desviación estándar y las variables discretas en forma de porcentaje. El programa estadístico utilizado fue Stata versión 13.0.

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 84 pacientes, siendo el 73% varones. La edad media de la muestra fue de 63 ± 12 años. La distribución por edades fue la siguiente: el 62% tenía menos de 65 años, el 26% entre 65 y 80 años y el 12% tenían más de 80 años. Respecto a los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) clásicos la distribución fue: 55% hipertensión arterial, 52% fumadores activos (10% de exfumadores), 48% dislipémicos, 28% diabéticos y 18% obesos. El 7% de los pacientes presentaba cardiopatía isquémica previa. El 35% de los pacientes presentaban más de 3 FRCV.

CONCLUSIONES: El 35% de nuestra muestra presentaba alto riesgo cardiovascular, por lo que se debería de intensificar las campañas de prevención, tanto primaria para evitar nuevos eventos, como secundaria.

58. Características clínicas, confirmación diagnóstica y pronóstico del Síndrome de Takotsubo en pacientes dados de alta de un Servicio de Cardiología

VIDAL URRUTIA V, FÁCILA RUBIO L, MONTAGUD BALAGUER V, BELCHI NAVARRO J, GRADOLÍ PALMERO J, CÁRDENAS TEALDO JP, PERDOMO LONDOÑO D, FERNÁNDEZ DÍAZ C, VAÑÓ BODÍ J, MORELL CABEDO S
Consorcio Hospital General Universitario. Valencia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS. El síndrome de Takotsubo es un síndrome de insuficiencia cardíaca aguda reversible cada vez más reconocido. El diagnóstico diferencial con otras cardiopatías es complejo y requiere la comprobación de la resolución del cuadro por imagen a los 3-6 meses. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar las características clínicas y pronóstico de estos pacientes, así como el porcentaje de confirmación del diagnóstico.

MÉTODOS. Realizamos un estudio observacional retrospectivo de 37 pacientes dados de alta de nuestro servicio desde octubre 2011 a diciembre 2017, con diagnóstico principal de Síndrome de Takotsubo. Analizamos sus características clínicas y complicaciones durante el ingreso y la presencia de resolución, así como de eventos durante el seguimiento.

RESULTADOS. La edad media fue de 72,9 años (±10,1). El 92% de los pacientes presentaba factores de riesgo cardiovascular: diabetes mellitus (27%), hipertensión arterial (67,6%), dislipemia (73%), tabaquismo (24,3%). Durante el ingreso, un 37,8% presentó complicaciones, principalmente obstrucción al tracto de salida de ventrículo izquierdo (19,9%), edema agudo de pulmón (10,8%), trombo apical (5,4%) e ictus isquémico (5,4%). Sólo un paciente falleció (2,7%). La fracción de eyección media al ingreso fue de 40,3 (±10,3). El diagnóstico se confirmó en el 73% de los pacientes mediante la comprobación de resolución del cuadro a los 3-6 meses, mientras que en un 13,5% se determinaron otras causas de disfunción ventricular. Tras una mediana de seguimiento de 1251 días no se han registrado recurrencias de la enfermedad, mientras que 13,5% han cursado con eventos cardiovasculares durante el seguimiento, predominando el ictus isquémico cardioembólico (8,1%).

CONCLUSIONES. En nuestro estudio, en la mayoría de pacientes se confirmó el diagnóstico de Síndrome de Takotsubo mediante la comprobación de la resolución del cuadro por imagen a los 3-6 meses. La mayoría tenían factores de riesgo cardiovascular, y un porcentaje no desdeñable de pacientes presentó complicaciones durante el ingreso. Destaca que ningún paciente ha presentado hasta el momento recurrencia, mientras que el principal evento adverso durante el seguimiento ha sido el ictus cardioembólico.

59. Factores a tener en cuenta en el tratamiento de la dislipemia en cardiología: Alteraciones glucémicas, polimedicación e interacciones. Estudio PREVENDIAB

ABDALA J, FÁCILA L, BOVER R, GUINEA R, ESTEBAN A, CORDERO A, SIMÓN JM, MONTAGUD V, VIDAL V, MORELL S
Consorcio Hospital General Universitario. Valencia

INTRODUCCIÓN: La dislipemia constituye uno de los principales factores de riesgo cardiovascular por su impacto y prevalencia. La diabetes, constituye un factor de riesgo independiente para enfermedad cardiovascular y supone una de las principales causas de cardiopatía isquémica.

OBJETIVO: Analizar la prevalencia de alteraciones glucémicas de los pacientes dislipémicos que acuden a la consulta de cardiología y sus factores relacionados. Pacientes y métodos: Estudio epidemiológico observacional, transversal, multicéntrico y de ámbito nacional que incluyó a los 10 primeros pacientes dislipémicos que acudieron por cualquier motivo en uno o dos días de forma consecutiva a la consulta de cardiología. La estadística descriptiva de todas las variables, se realizó? incluyendo medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas y, frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas. Para encontrar factores asociados entre variables, inicialmente se realizó un análisis bivariante con la prueba de la t de student para las cuantitativas y con la prueba exacta de Fisher para las cualitativas.

RESULTADOS: Se analizaron 490 pacientes (65,1% varones), con edad media de 68,1±11,0 años. El 80,4% presentaba sobrepeso u obesidad. Ciento setenta y dos pacientes (35,1%) eran diabéticos (97,1% tipo 2). El 20% eran pre-diabéticos. Del total, 362 pacientes (73,9%) tenían enfermedad cardiovascular establecida (71,3% de ellos cardiopatía isquémica), 40 (8,2%) enfermedad cerebrovascular y 89 (18,25%) enfermedad renal crónica. EL LDL medio era de 96,5±34,5 mg/dL, estando únicamente el 33,5% en el rango objetivo. Asimismo, la glucemia basal era de 114,9±33,6 mg/dL y la HbAc de 6,2±1,0%, estando en rango el 24,9% de los pacientes. Del total de la muestra, 328 pacientes (67,4%) presentaban alteración glucémica y de ellos el 39,2% eran diabéticos y el resto prediabéticos. En 58 pacientes (11,9%) no se había identificado previamente la existencia de alteración glucémica. Setenta y tres pacientes (14,9%) tomaban fármacos que pueden interaccionar con estatinas por metabolismo hepático a través del CYP3A4, siendo los más frecuentes la Amiodarona (9,2%), los fibratos (6,5%) y la Digoxina (5,9%). El 68,2% de los pacientes estaban polimedicados, siendo la media de fármacos utilizados de 3,6±2,0.

CONCLUSIONES: En este estudio de casi 500 pacientes dislipémicos en consultas de cardiología, más de la mitad presentan alteraciones del metabolismo de la glucosa, muy pocos alcanzan un buen control metabólico y un gran número se encuentran polimedicados, con posibles interacciones a través del CYP3A4. En los pacientes dislipémicos que acuden a Cardiología se debe tener en cuenta las alteraciones del metabolismo de la glucosa y las posibles interacciones entre los fármacos que reciben para optimizar su tratamiento médico integral.

60. Correlación de diversas moléculas implicadas en tráfico celular con la gravedad de la insuficiencia cardíaca en pacientes sometidos a trasplante cardíaco

LÁZARO I, RIVERA M, LÓPEZ VILELLA R, FERRÉ VALLVERDÚ M, CERVERÓ RUBIO A, DONOSO TRENADO V, ARENAS MARTIN P, MARTÍNEZ DOLZ L
Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN: Analizar diferentes moléculas implicadas en el trasporte núcleo-citoplásmico (exportinas, importinas, Reguladores RAN y nucleoporinas) y relacionadas con la función ventricular para evaluar si sus niveles guardan relación con la severidad de la insuficiencia cardíaca (IC) en pacientes sometidos a trasplante cardíaco (TC)

MATERIAL Y MÉTODOS: De una cohorte prospectiva de pacientes con IC avanzada recogida entre 2009 y 2015, se analizaron 64 muestras de sangre periférica obtenidas en el momento previo al TC. Se determinaron, mediante ELISA, los niveles de: IMPORTIN5 (IMP5); IMPORTINalpha2 (IMP?-2); ATPaseCaTransp (ATPCa); NUCLEOPORIN153kDa (Nup153); NUCLEOPORIN160kDa (Nup160); RANGTPaseAP1 (RanGAP1) y EXPORTIN4 (EXP4). Luego se compararon sus niveles entre pacientes sometidos a TC urgente y que hubiesen precisado soporte circulatorio con ECMO y pacientes trasplantados de forma electiva y sin ECMO.

RESULTADOS: De las 64 muestras el 67,2% correspondían a trasplantados electivos y el 32,8% urgentes; de estos últimos el 76% han estado con ECMO previo al trasplante. Se han observado niveles significativamente elevados de IMP5 y ATPCa en pacientes sometidos a trasplante urgente (frente a trasplantados de forma electiva) y paciente con ECMO (frente a pacientes sin ECMO), además en estos últimos también se han visto niveles altos de Nup153 y RANGAP1. En cambio de la EXP4 se han obtenido niveles significativamente menores (Ver tabla).

		N	Media	Desviación estándar	P
NUCLEOPORIN153kDa	Urgente	21	28,188	18,144	0,343
	Electivo	43	24,075	15,358	
	ECMO	16	32,905	19,053	0,032
	No ECMO	48	22,898	15,049	
IMPORTIN5	Urgente	21	6,865	3,573	0,049
	Electivo	43	5,003	3,446	
	ECMO	16	7,776	3,478	0,004
	No ECMO	48	4,894	3,332	
NUCLEOPORIN160kDa	Urgente	21	290,853	208,404	0,895
	Electivo	43	284,375	179,414	
	ECMO	16	322,372	229,299	0,380
	No ECMO	48	274,364	172,891	
RANGTPaseAP1	Urgente	21	29,746	18,496	0,128
	Electivo	41	23,000	15,085	
	ECMO	16	34,759	18,103	0,007
	No ECMO	46	21,990	14,701	
EXPORTIN4	Urgente	13	29,279	24,566	0,007
	Electivo	26	70,834	49,773	
	ECMO	10	22,520	20,692	0,006
	No ECMO	29	68,866	47,927	
ATPaseCaTransp	Urgente	21	0,985	0,337	0,030
	Electivo	42	0,754	0,473	
	ECMO	16	1,071	0,321	0,010
	No ECMO	47	0,749	0,452	

CONCLUSIONES: Los pacientes con IC avanzada en situación crítica (que han necesitado ECMO y han sido sometidos a trasplante urgente) han presentado un patrón diferente de expresión molecular en el transporte núcleo-citoplásmico respecto a aquellos en situación clínica estable previa al trasplante. Queda por aclarar si la determinación de estas moléculas facilitaría la identificación precoz de este grupo o si por el contrario su alteración se produce como consecuencia del soporte circulatorio

61. Alteraciones del tráfico celular en la insuficiencia cardíaca: ¿Existen diferencias entre la miocardiopatía dilatada idiopática y la cardiopatía isquémica?

LOZANO EDO S, EZZITOUNY M, SÁNCHEZ LÁZARO I, PORTOLÉS M, ROSELLÓ LLETÍ E, ALMENAR L, SANZ SÁNCHEZ J, JIMÉNEZ AGUILELLA JJ, ROSELLÓ PÉREZ V, MARÍNEZ DOLZ L
Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN: Evaluar diferencias en el patrón de alteraciones de moléculas implicadas en el trasporte núcleo-citoplásmico (exportinas, importinas, Reguladores RAN y nucleoporinas) y relacionadas con la función ventricular en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) avanzada en situación pretrasplante y con distinta patología de base (caridopatía isquémica o miocardiopatía dilatada idiopática).

MATERIAL Y MÉTODOS: De una cohorte prospectiva de pacientes con IC avanzada recogida entre 2009 y 2015, se analizaron 58 muestras de sangre periférica obtenidas en el momento previo al trasplante cardíaco (TC). Se determinaron, mediante un inmunoensayo enzimático (ELISA) basado en la técnica "Sandwich" o de doble anticuerpo, los niveles de las siguientes moléculas: IMPORTIN5 (IMP5); IMPORTINalpha2 (IMP?-2); ATPaseCaTransp (ATPCa); NUCLEOPORIN153kDa (Nup153); NUCLEOPORIN160kDa (Nup160); RANGTPaseAP1 (RanGAP1) y EXPORTIN4 (EXP4). Luego se compararon entre 2 grandes grupos de patología de base: Cardiopatía isquémica y miocardiopatía dilatada idiopática.

RESULTADOS: De los 58 pacientes con IC avanzada antes del trasplante, el 57% tenían cardiopatía isquémica de base y el 43% miocardiopatía dilatada idiopática. Se han observado niveles significativamente más elevados de IMP5, EXP4, RanGAP1 y Nup153 en aquellos pacientes con miocardiopatía dilatada idiopática frente a los pacientes con cardiopatía isquémica (ver tabla).

CONCLUSIONES: Los pacientes, con IC avanzada en situación pretrasplante, que tienen como patología de base miocardiopatía dilatada idiopática presentan alteraciones en el transporte núcleo-citoplásmico más acusadas respecto a aquellos con cardiopatía isquémica de base. Aún queda por determinar la utilidad y la aplicabilidad de dicho hallazgo en estudios posteriores.

		N	Media	Desviación estándar	P
NUCLEOPORIN153kDa	Isquémica	33	21,074	11,925	**0,025**
	Dilatada	25	31,379	19,520	
IMPORTIN5	Isquémica	33	4,829	2,897	**0,018**
	Dilatada	25	7,088	4,153	
NUCLEOPORIN160kDa	Isquémica	33	270,424	187,355	**0,327**
	Dilatada	25	321,365	203,260	
RANGTPaseAP1	Isquémica	32	21,818	15,403	**0,033**
	Dilatada	25	31,330	17,480	
EXPORTIN4	Isquémica	22	44,495	26,307	**0,044**
	Dilatada	14	76,687	64,478	
ATPaseCaTransp	Isquémica	32	0,912	0,509	**0.102**
	Dilatada	25	0,716	0,335	
IMPORTINalpha2	Isquémica	32	11,591	13,830	**0,069**
	Dilatada	25	6,844	3,250	

62. La eosinopenia tras un infarto de miocardio se asocia con una peor estructura cardiaca y es paralela a la migración de los eosinófilos al tejido infartado.

RIOS-NAVARRO C, RUIZ-SAURÍ A, GAVARA J, VIDAL V, BONANAD C, MIÑANA G, CHORRO FJ, BODI V
Hospital Clínico Universitario. Valencia

OBJETIVOS: En este estudio se caracterizó la dinámica de los eosinófilos en sangre y en el miocardio infartado tras un infarto agudo de miocardio (IAM) en pacientes y en un modelo experimental porcino de IAM. Además también se evaluó las implicaciones clínicas y estructurales de este subtipo leucocitario post-IAM.

MÉTODOS: 1) En un estudio prospectivo de 620 pacientes con un primer IAM con elevación del ST se midió seriadamente el número de eosinófilos tras un infarto; además se les realizó una resonancia magnética cardiaca previa al alta. 2) En un modelo porcino de IAM reperfundido, se cuantificó el número de eosinófilos circulantes en sangre periférica durante el proceso de isquemia-reperfusión y en el miocardio infartado. Asimismo marcadores implicados en la maduración (interleucina-5), degranulación (proteína eosinófila catiónica) y migración (eotaxina-1) de eosinófilos fueron determinados en sangre y en el miocardio. 3) En muestras de miocardio procedentes de autopsias de pacientes con IAM crónico, la presencia de eosinófilos también fue evaluada.

RESULTADOS: 1) En pacientes con IAM, el número de eosinófilos circulantes disminuye tras 12h de reperfusión. Esta caída es más acusada en aquellos pacientes con peor estructura cardiaca (edema extenso, obstrucción microvascular e infarto extenso) y eventos adversos durante el seguimiento. 2) En el modelo porcino, el número de eosinófilos aumentó durante la isquemia y en los instantes iniciales de la reperfusión; volviendo a niveles basales en fases más avanzadas de reperfusión. Esta caída de eosinófilos circulantes se correlaciona con un incremento de estas células en el miocardio infartado. Los niveles de interleucina-5, proteína eosinófila cationica y eotaxina-1 se encuentran elevados en suero y en miocardio. 3) En autopsias de pacientes con IAM crónico, se observó una mayor presencia de eosinófilos en el miocardio infartado.

CONCLUSIONES: Existe una asociación entre un menor recuento de eosinófilos y mayor daño estructural y eventos adversos. La disminución de eosinófilos circulantes tras la reperfusión se correlaciona con su migración al miocardio infartado, corroborado por su presencia en miocardio infartado procedente del modelo porcino y de pacientes y por el aumento en las citoquinas implicadas en su fisiopatología. Los eosinófilos representan una vía poco explorada en la fisiopatología del IAM y requiere de nuevos estudios para entender mejor el papel patogénico de los eosinófilos post-IAM.

63. Valor pronóstico de los niveles plasmáticos de Syndecan-4 en insuficiencia cardíaca crónica estable.

PERNIAS ESCRIG V, SERRANOS PERAMOS Y, MARTÍN TOMÁS E, NÚÑEZ MARTÍNEZ L, GUEDES RAMALLO P, ROMERO VALERO A, PERIS CASTELLÓ F, QUINTANILLA TELLO M, GARCÍA HONRUBIA A, MORILLAS BLASCO P
Hospital General Universitario de Elche. Alicante.

INTRODUCCIÓN: Syndecan-4 es un proteinglicano transmembrana que actúa aumentando la síntesis de colágeno y alterando la matriz extracelular como respuesta a la sobrecarga de presión, favoreciendo la fibrosis y rigidez cardiaca. Sus niveles séricos se correlacionan con la función y el remodelado cardiaco, habiéndose descrito niveles más elevados en pacientes con infarto de miocardio. Nuestro objetivo es analizar si los valores plasmáticos de Syndecan-4 pueden ser un buen predictor de reingreso por insuficiencia cardiaca en pacientes con disfunción ventricular izquierda.

MATERIAL Y MÉTODOS Se trata de un estudio observacional y prospectivo, que incluye 92 pacientes estables, con disfunción ventricular (FEVI <45%) controlados en Consultas Externas de Cardiología, bajo tratamiento médico óptimo según las guías de práctica clínica. A todos ellos se les realizó una historia clínica, con exploración física completa, con recogida de factores de riesgo cardiovascular, electrocardiograma, ecocardiograma, y una analítica sanguínea que incluía la determinación de syndecan-4. Se realizó seguimiento a un año recogiendo los reingresos por insuficiencia cardiaca.

RESULTADOS: La edad media de la población era de 69+/-11 años. El 78% eran varones, el 55% eran hipertensos, el 37% diabéticos y el 61% dislipémicos. La FEVI media era 32.87+/-5,5%. Durante el seguimiento, 18 pacientes presentaron ingreso por descompensación cardiaca(20%); siendo más frecuente en los pacientes que tienen mayor prevalencia de tabaquismo y consumo de alcohol y en lo que presentaban niveles plasmáticos más elevados de PCR, troponina I, NT-ProBNP, así como diámetros del VI superiores. No se encontraron diferencias significativas en las concentraciones plasmáticas de Syndecan-4 entre ambas poblaciones (2607.64vs2689.84) En el análisis multivariante, el consumo de alcohol y los niveles de NT-ProBNP se asociaron significativamente a un mayor riesgo de ingreso por insuficiencia cardiaca. Por el contrario, no se encontró asociación entre los niveles plasmáticos de Syndecan-4 e ingreso por insuficiencia cardiaca.

CONCLUSIÓN: En nuestra población, los niveles plasmáticos de Syndeca-4, no se asocian a mayor incidencia de ingreso por insuficiencia cardiaca al año en pacientes estables con disfunción ventricular.

64. Afectación de pacientes con enfermedad de Fabry sin expresión fenotípica: valor diagnóstico de los biomarcadores

SÁNCHEZ-QUIÑONES J, CLIMENT PAYA V, HERNÁNDEZ ROMERO D, MARÍN ORTUÑO F, CABALLERO JIMÉNEZ L, IBAÑEZ CRIADO JL, MARTÍNEZ MORENO M, GARCÍA HONRUBIA A, PÉREZ BERBEL P, SOGORB GARRÍ F
Hospital General Universitario de Alicante. Alicante

OBJETIVOS: Determinar si existen diferencias en la concentración de biomarcadores de diferentes vías fisiopatológicas como son los de daño miocárdico (hs-TnT), estrés de pared (NT-proBNP), fibrosis (Gal-3), inflamación (IL-6) y daño renal (BTP) determinados en sangre periférica en pacientes diagnosticados de EF con y sin afectación cardíaca, así como respecto a controles sanos. Además, estudiar la capacidad predictiva para afectación cardíaca y analizar la asociación con el grado de afectación orgánica evaluada mediante las subescalas MSSI.

MÉTODOS: Se diseñó un estudio descriptivo transversal multicéntrico en una cohorte de pacientes con diagnóstico genético de EF. Se realizó valoración clínica, estimándose la puntuación MSSI, electrocardiograma, ecocardiografía y extracción de sangre venosa. Los pacientes se clasificaron en función de si presentaban o no afectación cardíaca (espesor ventricular a 13 mm y/o la existencia de afectación en el electrocardiograma).

RESULTADOS: Se incluyeron 44 pacientes con diagnóstico de EF, 21 pacientes con afectación cardíaca y 23 pacientes sin ella. Las concentraciones de todos los biomarcadores fueron superiores de forma significativa entre los pacientes con EF. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con EF y afectación cardíaca respecto al grupo control sano. Interesantemente, se encontraron concentraciones también superiores de los biomarcadores Gal-3, BTP e IL-6 en los pacientes con EF sin afectación cardíaca respecto a su grupo control. Todos los biomarcadores se correlacionaron con diferentes variables clínicas y ecocardiográficas. Realizamos un análisis multivariado y únicamente la hs-TnT y el sexo fueron predictores independientes de afectación cardiaca (p=0.006 y p=0.035). Por último, objetivamos una asociación estadísticamente significativa entre las concentraciones y las puntuaciones en las subescalas MSSI.

CONCLUSIONES: Las concentraciones de todos los biomarcadores fueron superiores en los pacientes con EF y con afectación cardíaca respecto a los que no la presentaban, así como respecto a controles sanos. Los pacientes con EF que no presentan afectación cardíaca mostraron una concentración superior de Gal-3 y BTP respecto a los controles sanos. Se objetivó que tanto la Gal-3 como el BTP están asociados con la afectación precoz, mientras que la hs-TNT y el sexo eran factores pronósticos independientes de afectación cardiaca establecida.

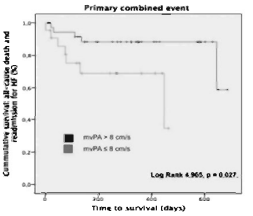
65. Velocidad media de la arteria pulmonar e IL-10 como predictores pronósticos en ICFEr

TREJO VELASCO B, FABREGAT ANDRÉS O, GARCÍA GONZÁLEZ MP, PERDOMO LONDOÑO DC, CUBILLOS ARANGO AM, SÁNCHEZ FERNÁNDEZ S, CÁRDENAS TEALDO JP, MORELL CABEDO S, PAYÁ SORIANO R, RIDOCCI SORIANO F
Consorcio Hospital General Universitario. Valencia

INTRODUCCIÓN: Los pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) que asocian hipertensión pulmonar (HP) presentan un peor pronóstico. El objetivo de este estudio fue identificar indicadores pronósticos no invasivos en IC con fracción de eyección reducida (ICFEr) con y sin HP asociada, mediante resonancia magnética cardiaca (RMC). Así mismo examinamos el papel de los mecanismos de estrés oxidativo y las cascadas inflamatorias en la patogénesis y pronóstico de la HP en ICFEr mediante la determinación de Trolox e IL-10 respectivamente.

MÉTODOS: Inclusión prospectiva de 65 pacientes (edad media 63.91 +/- 12.4 años, 69% varones) ingresados en un hospital terciario entre Marzo de 2015 y Septiembre de 2017 por ICFEr de debut (FEVI media: 30.9 +/- 3.5%). Durante el ingreso índex se realizó una RMC con medición de la velocidad media de la arteria pulmonar (vmAP) así como una determinación en sangre periférica de Trolox e IL-10 en todos los pacientes. Se dividió la muestra en dos grupos de acuerdo con el valor óptimo de vmAP para la predicción de eventos calculado mediante curva ROC (vmAP = 8.0 cm/s), AUC 0.673, IC 95% (0.521 - 0.826), p = 0.05, considerando los reingresos por IC y la mortalidad por todas las causas como el evento combinado primario en el seguimiento.

RESULTADOS: No se apreciaron diferencias significativas en las características basales de ambos de acuerdo con el valor de vmAP. Tras una mediana de seguimiento de 256 días se produjeron 12 reingresos por IC y 4 muertes, resultando en un total de 10 eventos combinados. Éstos se produjeron con mayor frecuencia en aquellos pacientes con vmAP ? 8cm/s, como se aprecia en el análisis de supervivencia con curva de Kaplan-Meier; Log Rank 4.905, p = 0.027 (Figura 1). En aquellos pacientes con vmAP ? 8cm/s se objetivó menor concentración de Trolox en sangre periférica (0.32 +/- 0.18 Vs 0.44 +/- 0.14, p = 0.040). Por su parte, la expresión de IL-10 fue en los pacientes que no presentaron el evento combinado primario (73,6 +/- 57.4 Vs 41.2 +/- 25.8, p = 0.012).



CONCLUSIÓN: La vmAP es un indicador pronóstico no invasivo en ICFEr. Trolox presentó mayor expresión en aquellos pacientes con vmAP > 8cm/s, lo que sugiere menores niveles de estrés oxidativo en estos pacientes. La concentración de IL-10 fue mayor en los pacientes que no presentaron ningún evento cardiovascular, lo que podría estar en relación con su papel antiinflamatorio y por tanto protector en este contexto clínico.

66. Cardioprotección farmacológica del daño por reperfusión a través del catéter PREMICAT en un modelo experimental de infarto de miocardio.

LUCAS CAVA V, HERNÁNDIZ MARTÍNEZ A, RODRÍGUEZ PICHARDO Y, LÓPEZ MARCH A, DÍEZ GIL JL, TEN ESTEVE A, ALBERICH BAYARRI A, CERRADA SERRA I, SEPÚLVEDA SANCHIS P
Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia.

En el infarto agudo de miocardio es fundamental el restablecimiento del flujo sanguíneo. Sin embargo, la entrada brusca de sangre oxigenada contribuye a la extensión del miocardio infartado. Las sustancias cardioprotectoras administradas vía sistémica no resultan eficaces en la prevención del daño por reperfusión. Objetivo: Evaluación del efecto cardioprotector de fármacos administrados en el miocardio isquémico a través de un nuevo catéter coronario (PREMICAT) previo a la reperfusión.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó la inducción del infarto de miocardio (IM) por oclusión de la arteria coronaria descendente anterior a nivel de su tercio medio, en hembras Large White (41.4±3.8 kg) mediante inflado del balón durante 90 minutos; a los 85' se administró en la zona isquémica, a través del catéter, suero fisiológico (G1 control n=11), esmolol (0.5mg/kg, G2, n=7) o abciximab (0.25 mg/kg G3, n=6), y posteriormente se procedió a la reperfusión y estabulación de los animales. A los 7 días se realizaron estudios de imagen mediante Resonancia Magnética (RM) y tras la eutanasia se realizó un estudio morfométrico postmorten con difenil tetrazolio (TTZ). Además se realizaron controles ecocardiográficos en situación basal, en la isquemia y a los 7 días.

RESULTADOS: En la reperfusión no hubo arritmias malignas (FV, DEM) ni muerte en ningún caso en los tres grupos; la función ventricular se vio afectada en todos los grupos tras el infarto con descenso de la FEVI respecto al valor basal (G1 un 26%; p=0.03; G2 un 13%; G3 un 11%). El tamaño de infarto medido con TTZ fue del 17.7% en G1, 13.8% en G2 y 17.3% en G3. Los resultados de la RMN se muestran en la tabla; hubo correlación en el tamaño del infarto al comparar RMN y TTZ (r 0.86; p<0.001).

CONCLUSIONES: El volumen de infarto medido con TTZ es menor en el grupo tratado con esmolol intracoronario. A los 7 días del infarto hay menor afectación de la FEVI en presencia de esmolol o abciximab.

VIERNES DÍA 1 (11:30 - 12:30 h.)
SALA B **COMUNICACIONES LIBRES DE ENFERMERÍA**

1E. INFLUENCIA DEL ACCESO RADIAL DERECHO vs IZQUIERDO EN EL TIEMPO DE FLUOROSCOPIA

CALVO VIDAL R, JORNET IBIZA D, AROCAS FERNANDEZ L, BOLUFER VIDAL A, CASAÑ OLMOS V
Hospital de la Ribera. Alcira. Valencia.

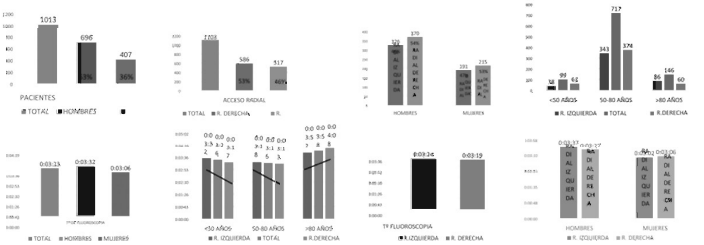
OBJETIVOS: Valorar la influencia del tipo de acceso radial elegido, en el tiempo de fluoroscopia que recibe el paciente.

MÉTODOS: Análisis retrospectivo, de todos los estudios coronarios diagnósticos consecutivos realizados con acceso radial en nuestra unidad entre septiembre de 2015 - septiembre 2017.

VARIABLES ANALIZADAS: Acceso radial: Derecha / Izquierda. Edad. Sexo. Tiempo de fluoroscopia acumulada.

RESULTADOS: Los restados obtenidos por medio de gráficas, exponiendo las diferencias entre hombres y mujeres, el acceso radial elegido y el tiempo empleado de fluoroscopia para realizar el procedimiento diagnostico de las coronarias.

CONCLUSIONES: Dado el resultado podemos decir que en pacientes menores de 80 años la elección de la arteria radial no es significativo. Que el tiempo de fluoroscopia aumenta con la edad del paciente, siendo estos los mayores de 80 años los que mas tiempo de fluoroscopia tienen. La elección de la arteria radial izquierda en pacientes mayores de 80 años, a demostrado que baja el tiempo de fluoroscopia respecto a la arteria radial derecha.



2E. USO DE UNA APLICACIÓN PARA SMARTPHONE PARA LA DETERMINACIÓN DEL RITMO AURICULAR PREVIO A LA CARDIOVERSIÓN POR PARTE DE ENFERMERÍA.

SIMOES MONTERIO-VALIENTE A, BARBERÁ SOCARRADES I, AYMIMIR PÉREZ N, VALLEJO GARCÍA R, VALIENTE IZQUIERDO C, SANTAMARÍA BELLÉS A, NAVARRO-MANCHÓN J, DOMINGUEZ MAFÉ E, SÁNCHEZ-GÓMEZ JM, BELLVER NAVARRO JA
Hospital General Universitario. Castellón

INTRODUCCIÓN. Las nuevas herramientas telemáticas, como el registro electrocardiográfico a través de una aplicación para el Smartphone(AS), podrían utilizarse para la detección de fibrilación auricular (FA) y flutter auricular (FLA). Su uso por parte de enfermería no ha sido suficientemente validado. Por otra parte, la mayoría de pacientes que acuden a una cardioversión eléctrica (CVE) programada requieren confirmar que persiste la arritmia auricular con un electrocardiograma previo a la CVE. El uso de las AS previo a las CVE por parte de enfermería puede resultar una estrategia innovadora atractiva.

METODOLOGÍA. Se incluyeron consecutivamente los pacientes remitidos para CVE. Previo a su ingreso en corta estancia, personal de enfermería registraba e interpretaba a través de la AS el ritmo del paciente. Posteriormente un facultativo lo revisaba y se verificaba con un electrocardiograma posterior. Se registraron las características basales y se diferenció entre ritmo sinusal/auricular por marcapasos, FA, FLA.

OBJETIVO. Determinar la exactitud de la determinación del ritmo cardiaco mediante el uso de AS por parte de enfermería en pacientes que acuden para la realización de CVE.

Resultados. Se incluyeron 26 pacientes consecutivos en los últimos tres meses. Tabla 1 características basales. La precisión diagnóstica total fue del 89% (23 de 26 pacientes), siendo del 100% en los 18 pacientes en FA, del 100% en los 4 pacientes en ritmo sinusal (RS), pero sólo del 25% en FLA (1 de 4). Tres pacientes con FLA fueron erróneamente clasificados como RS. De estos 3 solo 1 era portador de un dispositivo de resincronización. De los 6 pacientes portadores de dispositivo cardiaco el 83% fueron correctamente clasificados (5 de 6).

DISCUSIÓN. Se necesitaría seguir incluyendo más paciente para validar estos resultados. En cualquier caso, la herramienta gestionada directamente por el personal de enfermería, presenta resultados prometedores. Su uso cuando el paciente acude inicialmente para realizar una CVE podría evitar, la necesidad de la confirmación electrocardiográfica, preparación del paciente en unidades de observación/corta estancia, etc...suponiendo una herramienta de gestión eficiente.

CONCLUSIONES. La detección de FA y RS previo a la CVE mediante el uso de una AS por parte de enfermería muestra una precisión excelente (100%), siendo más baja en el caso del FLA.

Tabla 1. Características basales		26 pacientes	
CHA_2DS_2VASC	M 2.9+/-1,7	Aurícula izquierda (mm).	45 +/- 6
Edad (años)	M 66 +/-9	Frenadores nodo AV	19 (73%)
Mujer	10 (38%)	Antiarrítmicos	17 (65%)
Diabetes mellitus	7 (27%)	Dispositivo cardiaco	6 (23%)
Hipertensión arterial	18 (69%)	Cardioversión previa	12 (46%)

3E. MANEJO DE PROSTACICLINAS SITÉMICAS POR PARTE DE ENFERMERÍA EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN PULMONAR

REYES GALERA MJ, REVERT GANDÍA R, CHAMORRO FERNÁNDEZ CI, RIBERA SOLER M, GÓMEZ PASTOR MA, JUAN CARRIÓN B, RICHART PRATS M, JORDÁ CALATAYUD M, PRECIADO HERNÁNDEZ I, GRAU JORNET G
Departamento de Salud de Alcoi. Alicante.

INTRODUCCIÓN: La Hipertensión Arterial Pulmonar (HAP) se caracteriza por una remodelación obstructiva del lecho vascular pulmonar, que conduce a un aumento progresivo de la resistencia vascular pulmonar (RVP) y de la presión arterial pulmonar (PAP), conduciendo finalmente a insuficiencia cardiaca derecha y a la muerte del paciente. La HAP viene definida por los valores de PAP media (PAPm) ?25 mm Hg en reposo y las RVP; estos parámetros se recogen del cateterismo derecho. Varios estudios avalan la efectividad del uso de Epoprostenol (EP) intravenoso (IV), en pacientes con HAP seleccionados, reduciendo la mortalidad y mejorando la sintomatología. El Hospital 12 de octubre cuenta con una unidad multidisciplinar de hipertensión pulmonar donde son derivados los pacientes de nuestro Hospital y es en él en dónde se inicia el tratamiento con EPIV cuando está indicado. Se coloca un catéter permanente tipo Hickman (CH) o cualquier otro catéter venoso central permanente con su correspondiente bomba de infusión y se adiestra al paciente y cuidadores en su uso.

OBJETIVO: Establecer la necesidad de un centro experto que de respaldo a la utilización de este tipo de fármacos y garantice la máxima seguridad y eficacia de estos tratamientos mediante el adiestramiento del personal de enfermería que pueda verse involucrado en su manejo.

MATERIAL, MÉTODO Y RESULTADOS: Se realiza una sesión formativa, impartida por la enfermera responsable de la Unidad de HAP del Hospital 12 de Octubre, dirigida al personal de enfermería de las Unidades de Cardiología, Neumología y Urgencias de nuestro Hospital en base a los siguientes puntos: características farmacológicas del EP, forma de administración, manejo de las bombas de infusión y de los CH y posibles complicaciones que puedan surgir. Así mismo se facilita el enlace de una página web donde se calcula la dosis del medicamento según el peso del paciente y la vía de administración (bomba de EP o bomba de perfusión).

CONCLUSIONES: Aunque es poco frecuente, y probablemente por ello, es fundamental contar con personal de enfermería entrenado en el manejo de estos fármacos que dé respuesta a las posibles complicaciones que puedan surgir. Los planes de formación consiguen enfatizar la importancia de estos tratamientos y poner en valor el papel de enfermería en la respuesta rápida, segura y fiable a los problemas derivados de su manejo.

4E. Extravasación de un catéter de Hickman en una paciente con Hipertensión Pulmonar en tratamiento con epoprostenol

RIBERA SOLER M, REVERT GANDÍA M, CHAMORRO FERNÁNDEZ CI, RUBIO ESPINAL M, VALLÉS PÉREZ D, LLEDÓ BLANES P, PRECIADOS HERNÁNDEZ I, GISBERT TOMÁS J, GRAU JORNET G
Departamento de Salud de Alcoi. Alicante.

INTRODUCCIÓN: La Hipertensión Arterial Pulmonar (HAP) es una enfermedad que se caracteriza por la elevación progresiva de las resistencias y presiones vasculares pulmonares y cuyo devenir es el fracaso de la función ventricular derecha y muerte del paciente. Varios estudios avalan la efectividad del uso de Epoprostenol (EP) intravenoso (fármaco de vida media muy corta que debe administrarse en perfusión continua) reduciendo la mortalidad hasta en un 68% y mejorando la sintomatología. El Hospital 12 de octubre cuenta con una unidad multidisciplinar de HAP donde se derivan los pacientes de nuestro Hospital que precisan de dicho tratamiento: implantan catéter Hickman (CH) y adiestran a la paciente y familia en el manejo del fármaco y en la detección de posibles complicaciones

OBJETIVO: Reconocer signos de alarma de posibles complicaciones en pacientes portadores de CH para la administración de EP en bomba.

MATERIAL, MÉTODO Y RESULTADOS: Paciente de 61 años diagnosticada de HAP severa del grupo I, asociada a cortocircuito intracardiaco corregido, en tratamiento con EP que acude a consulta de cardiología de forma ambulatoria el 21 de noviembre refiriendo ligero dolor a nivel de subclavia izquierda, sin signos inflamatorios pero con dolor a la palpación. La Rx tórax urgente muestra dislocación del catéter con sospecha de extravasación. Se decide ingreso hospitalario y colocación de Catéter Central de Inserción Periférica (PICC) para la administración de EP por vía periférica. Tras la reintroducción del EP a las dosis recomendadas sufre efectos tóxicos atribuibles al fármaco, lo que obliga a ajuste de dosis. Con tratamiento sintomático mejora y se coloca PICC. Se le da el alta a domicilio y reingresa para retirada de CH.

CONCLUSIONES: Las complicaciones derivadas del uso del EP pueden ser graves y comprometer la vida del paciente. El personal de enfermería de las Unidades de Cardiología debe estar formado en el manejo de prostraciclinas sistémicas, conociendo dosis, forma de administración, efectos secundarios y procedimiento a seguir en el caso de que aparezcan complicaciones derivadas de los equipos que lleva el paciente para la administración del fármaco: CH (o cualquier otro catéter venoso central permanente), de la bomba de perfusión o cualquier otra complicación que se pueda presentar.

5E. Efectos de un plan de formación en resucitación cardiopulmonar en Unidades de Hospitalización

REVERT GANDÍA R, PRECIADO HERNÁNDEZ I, ALBERO MARTÍNEZ JV, REYES GALERA MJ, RICHART PRATS M, PASTOR PEIDRO A, LLEDÓ BLANES P, GILABERT CASTELLÓ T, JORDÁ MOLL E, GRAU JORNET G
Departamento de Salud de Alcoi. Alicante.

INTRODUCCIÓN: La supervivencia hospitalaria de una parada cardiorespiratoria (RCP) 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. Se considera que los eslabónes "0" (prevención) y el "5" (formación en RCP) son imprescindibles para conseguirlo.

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 MÉTODO: Se han realizado sesiones formativas de RCP en distintas unidades de hospitalización (Cardiología (UC), Unidades Quirúrgicas (UQ) -cirugía y traumatología- Maternidad, Digestivo y otras Unidades Médicas (UM) -neurología, medicina interna- en horario laboral, impartidas por un cardiólogo y una enfermera de cardiología, durante los meses de noviembre y febrero. Para valorar los conocimientos del personal se pasa un cuestionario de 10 preguntas (valorando la respuesta acertada con un punto), antes y después de la sesión, con preguntas relativas a aspectos básicos de RCP comentados en las charlas (manejo del desfibrilador, características de las compresiones torácicas, energía utilizada en la desfibrilación…). Se han recogido 20 cuestionarios en cada unidad y se han comparado los resultados pre y post intervención en cada una de las Unidades y entre ellas.

RESULTADOS: Tras la intervención se obtiene una mejora de las puntuaciones globales de un 62% en Digestivo; de un 15% en UM; del 26% en UQ; del 27% en maternidad y del 21 en UC.

CONCLUSIONES: 1. Podemos considerar que los conocimientos previos a la intervención son muy buenos, aunque mejorables, en la UC. 2. Todos los grupos analizados experimentan una mejoría de sus conocimientos tras la intervención. 3. Los conceptos relacionados con la RCP están más o menos afianzados, pero el cómo actuar, la cadena de supervivencia y la frecuencia de las compresiones es lo que crea más confusión. 4. Los resultados obtenidos tras la sesión pueden considerarse muy satisfactorios y ponen de manifiesto la importancia de los eslabones "0" y "5" de la cadena de supervivencia.

6E. Consulta de Rehabilitación Cardiaca: Papel de Enfermería en un Hospital Comarcal

PASTOR JORDÁ A, ALBERO MARTÍNEZ JV, REVERT GANDÍA R, JORDÁ MOLL E, RIBERA SOLER M, GÓMEZ PASTOR MA, JUAN CARRIÓN B, MARCO FRANCÉS E, SÁNCHEZ SORIANO RM, GRAU JORNET G
Departamento de Salud de Alcoi. Alicante.

INTRODUCCIÓN: La enfermedad cardiovascular (ECV) representa más del 30% de la mortalidad global en poblaciones desarrolladas como la nuestra. Actuaciones de prevención del riesgo CV han mostrado impacto en la disminución de la mortalidad, morbilidad y en la mejora de la calidad de vida. Las Guías de Práctica Clínica señalan como pilar fundamental la actuación multidisciplinar para conseguir estos objetivos, y enfatizan el papel de Enfermería. En 2016 se crea en nuestra Unidad la Consulta de Rehabilitación Cardiaca (CRHC) con un papel relevante definido para enfermería.

OBJETIVOS: Disminuir la mortalidad, morbilidad y mejorar la calidad de vida de los pacientes objeto de la intervención. Promover hábitos de vida cardiosaludables. Detectar problemas de salud potencialmente modificables.

MÉTODO: Se remiten a la CRHC todos los pacientes tras un ingreso por Síndrome Coronario Agudo y aquellos que lo precisan por Insuficiencia Cardiaca (IC). La CRHC se estructura en 3 sesiones (1 semanal, 4 horas por sesión). En la primera se realiza educación sanitaria (para pacientes (p) y familiares). En la segunda participa un paciente experto que comparte sus vivencias con los asistentes y se realiza, además, un cursillo de resucitación cardiopulmonar básica y en la tercera se realizan encuestas encaminadas a conocer la calidad de vida, hábitos dietéticos y para detectar procesos depresivos o disfunción sexual secundaria al proceso o a los tratamientos. Se dan recomendaciones individualizadas sobre ejercicios a realizar y se aborda de forma multidisciplinar temas como la depresión y los hábitos tóxicos. De momento la Unidad no dispone de la posibilidad de ejercicio físico supervisado.

RESULTADOS: Durante 2017 entraron en el programa 77 p (74 isquémicos y 3 por IC) de los cuales 14 (18%) no se presentaron. Tanto la primera como la segunda sesión fueron muy interactivas y la participación de p y familiares fue notable. Se remitió a 15 p (24% de los asistentes) a la Unidad de Conductas Adictivas. Se detectó depresión de grado moderado o grave en un 7% de los p y a todos ellos se les ofreció apoyo psicológico.

CONCLUSIONES: Enfermería tiene un papel fundamental dentro del equipo multidisciplinar de una CRHC: 1. la educación sanitaria del paciente y su familia son básicas para conseguir una correcta cumplimentación terapéutica y contribuye a la adopción de hábitos saludables. 2. contribuye a la detección de problemas de salud específicos para poder ser derivados a otros especialistas.

7E. Detección de problemas de salud por enfermería en los pacientes que han sufrido un evento coronario agudo

PASTOR JORDÁ A, ALBERO MARTÍNEZ JV, REVERT GANDÍA R, JORDÁ MOLL E, RIBERA SOLER M, MARCO FRANCÉS E, PRECIADO HERNÁNDEZ I, GISBERT TOMÁS J, GÓMEZ PASTOR MA, GRAU JORNET G
Departamento de Salud de Alcoi. Alicante.

INTRODUCCIÓN: La enfermedad coronaria (EC) representa un importante problema de salud por su frecuencia, por la mortalidad que lleva aparejada, por su morbilidad y por aparecer, con cierta frecuencia a edades medias de la vida de forma inesperada, produciendo un fuerte impacto en la vida de los pacientes (p). El papel primordial de enfermería es reconocido por las Guías de la Práctica Clínica sobre prevención de la enfermedad cardiovascular. Aspectos de educación sanitaria que promueven cambios en los hábitos de vida y cumplimentación de los tratamientos son de trascendencia para mejorar el pronóstico de los p y mejorar su calidad de vida. La especial proximidad entre enfermería y el p permite la detección de problemas clínicos añadidos y contribuye a su resolución

OBJETIVOS: Detectar problemas de salud específicos tras la presentación de un Síndrome Coronario Agudo (SCA) que puedan ser trascendentes para el pronóstico vital y/o calidad de vida de los p.

MÉTODO: A todos los pacientes con SCA incluidos en la Consulta de Rehabilitación Cardiaca (CRHC) de nuestra Unidad se les pasa, tras las sesiones formativas, una serie de encuestas que interrogan sobre aspectos de Calidad de Vida (CV) (Minnesota), Salud Sexual (AS) (Cuestionario de salud sexual para varones-SHIM y una adaptación preparada para mujeres), Dieta (Cuestionario Predimed de adherencia a la dieta mediterránea) y Estado Psicológico (BDI-II. Beck Depression Inventory). Se estableció una escala de graduación de problemas para cada una de las encuestas, remitiendo a los pacientes susceptibles a los especialistas correspondientes. A todos los p se les interrogó sobre hábitos tóxicos, fundamentalmente tabaquismo y se les insistió en la necesidad de su abandono recomendándoles, si lo precisaban, la ayuda de la Unidad de Conductas Adictivas. No se pasaron las encuestas al grupo de IC por haber sido evaluados en su proceso por la enfermera correspondiente.

RESULTADOS: Se han recogido 58 cuestionarios (86% hombres y 14% mujeres): el 76% de los p presentaban buena o muy buena CV; el 81% comunicó adherencia a la dieta mediterránea; el 93% no presentaba depresión o esta era mínima o leve, mientras que en el 7% era moderada o grave. En cuanto a la salud sexual, el grupo de las mujeres era muy pequeño (8), contestaron a la encuesta el 75% (6) de las cuales sólo el 30% habían reiniciado su actividad sexual. En el grupo de hombres contestaron el 88% (44), el 48% habían reiniciado su actividad sexual.

CONCLUSIONES: La aplicación de los conocimientos y habilidades de enfermería en la CRHC tiene la capacidad de detectar problemas de salud en los p lo que es importante para establecer los mecanismos de ayuda necesarios para su solución.

8E. Entrada en rango de act en ablación de fa y fluter auricular izquierdo.

REINA DE LA TORRE S, JIMENEZ CORDERO S, GARCÍA ORTS A, PIMENTA FERMISSON-RAMOS P, DÍAZ CAMBRONERO JI
Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia

INTRODUCCIÓN: Los pacientes sometidos a ablación de fibrilación auricular y flutter auricular izquierdo están sometidos a un riesgo aumentado de tromboembolismo durante y después del procedimiento, debido a las lesiones producidas en el endotelio de la aurícula izquierda. Para evitar esa complicación, los pacientes son heparinizados de forma que se alcance y mantenga un tiempo de coagulación activada (ACT) de 300 a 400 s.

OBJETIVO: El objetivo del presente estudio es describir el tiempo hasta la entrada en rango de anticoagulación en pacientes sometidos a ablación de FA y flutter auricular izquierdo. Se analizarán las diferencias existentes entre los pacientes anticoagulados previamente con acenocumarol y los anticoagulados previamente con NACO.

MÉTODOS: Estudio prospectivo observacional. El periodo de observación comprendió entre el 10 de marzo de 2017 y el 27 de diciembre de 2017. La dosis inicial de heparina no fraccionada (HNF) consistió en un bolo de 140 U.I./Kg y una perfusión continua de 30 U.I./Kg/h.
Se obtuvieron estadísticos descriptivos para las variables continuas (media y desviación estándar) así como para las variables categóricas (proporción).

RESULTADOS: Se estudiaron un total de 125 casos consecutivos. La edad media fue 60,3 años (DE 10,6). El 62,2 % fueron varones. El índice de masa corporal medio fue 28,33 (DE 5,13). El 91,2 % de los casos fueron ablación de FA, el 8,8 % restante correspondieron a ablación de fluter izquierdo. El 24,8 % de los pacientes no estaban anticoagulados previamente, y presentaron un ACT basal medio de 149,4 (DE 30,2). El 32,8 % de los pacientes estaban previamente anticoagulados con NACO, y presentaron un ACT basal medio de 170,5 (DE 42). El 40,8 % de los pacientes estaban previamente anticoagulados con acenocumarol, con un INR basal medio de 1,98 (DE 0.59), y presentaron un ACT basal medio de 150,92 (18,9). Dos pacientes estaban previamente anticoagulados con HBPM (1,6 % del total), y presentaron un ACT basal medio de 149,4 (DE 30,2). El 49,6 % de los casos alcanzaron un ACT de 300 segundos o más a los 15 minutos de la administración del bolo inicial. Un 45,1 % de la cohorte acenocumarol alcanzó un ACT de 300 segundos o más a los 15 minutos de la administración del bolo inicial. El porcentaje en la cohorte NACO fue de un 48,8%.
El tiempo medio de entrada en rango en la cohorte acenocumarol fue de 28,3 minutos (DE 17,5), y de 27 minutos (DE 16,4) en la cohorte NACO.

CONCLUSIONES: La dosis propuesta es adecuada para que la mitad de los pacientes de la serie estudiada entre en rango a los 15 minutos de la administración del bolo inicial de HNF. No se aprecian diferencias significativas entre la cohorte de acenocumarol y la de NACO.

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

Índice de Autores, Ponentes y Moderadores*

A
Abdalá Lizárraga, J. 20, 59
Aguar Carrascosa, P. CCC
Agüero Ramón-Llin, J. PT, 7
Ahumada Vidal, M. 3
Ajo Ferrer, M. 34
Ajo Ferrer, R. 34
Alania Torres, E. 24, 25
Albendín Iglesias, H. 10
Alberich Bayarri, A. 66
Albero Martínez, JV. 13, 5E, 6E, 7E
Albiach Montañana C. 37
Almela Alcaide, P. 33, 52, 53
Almenar Bonet, L. MMR, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 61
Amat, I. PT
Amiguet, M. 27, 28
Andreu Cayuelas, JM. 3, 5
Arenas Martín, P. 2, 60
Aroca Fernández, L. MRE, 1E
Arraete, V. MR
Arregui Montoya, F. 10, 11
Aymimir Pérez, N. 2E

B
Baello Monge, P. 57
Bailén Lorenzo, JL. MMR, 3, 4, 5, 10, 11, 9
Barberá Socarrades, I. 2E
Barge, E. MR
Barón Esquivas, G. MR
Barrios, V. MR
Bayés-Genis, A. SS, 5
Belchí Navarro, J. 20, 58
Bellver Navarro, A. SS, 30, 31, 38, 39, 40, 55, 56, 57, 2E
Berenguer Jofresa, A. CO, 33, 49, 52, 53, 54
Bertolín Boronat, J. 44, 46, 50
Bertomeu González, V. MMR
Bertomeu Martínez, V. MMR
Blanco Herrera, O. 48
Bosch, Mª.J. SS
Bochard Villanueva, B. 35, 36, 37, 41
Bodi, V. 42, 45, 62
Bolufer Vidal, A. 1E
Bonanad, C. 42, 62
Borrás Almenar, C. 15
Bover, R. 59
Briatore, A. 12, 30, 38, 39, 40, 55, 56
Buendía Fuentes, F. PT, 6

C
Caballero Jiménez, L. 64
Callizo Gallego, R. 44, 46, 50
Calvo Vidal, R. MMRE, 1E
Cambra Poveda, C. 21, 22, 34
Canales Esteve, GM. 6, 7
Candela, E. 21, 32, 34
Cano Vivar Pedro. 8
Cano Pérez, O. MMR
Cardells, I. 28
Cárdenas Tealdo J. 37, 58, 65
Caro Martínez, C. 3, 4, 5, 10, 11, 29
Carolina Gil, C. 47
Carrasco, F. MR
Carrillo Aleman, L. 21, 32, 34
Carrillo Gómez, D. 16, 17, 18, 19
Carrillo Pilar. 8
Casañ Olmos, V. 1E
Castilla Cabanes, E. MMR, 8, 9
Cerezo Machado, JJ. 3, 4, 5
Cerrada Serra, I. 66
Cerveró Rubio, A. 2, 6, 7, 60
Chamorro Fernández, CI. MMR , CCC, 13, 3E, 4E
Chorro, FJ. SS, 27, 28, 42, 62
Climent Payá, V. MR, 21, 22, 34, 64
Cordero, A. MMR, MR, 59
Cosín Sales, J. MMR
Cubillos Arango, A. 33, 52, 53, 54, 65

D
De Diego C. SS
De La Espriella Juan, R. 27, 28
De La Guía Galipienso, F. 23
De Lara Delgado, G. 1
Díaz Cambronero, JI. 8E
Díez Albero, L. 36
Díez Gil, JL. MT, 47, 66
Díez, P. MR
Domingo, D. CO
Domínguez Mafé, E. 12, 30, 38, 39, 40, 55, 56, 57, 2E
Donoso Trenado, V. MMR, CO, 60
Doñate Bertolín, L. 14

E
Elvira Ruiz, G. 3, 4, 5, 10, 11
Erdociain Perales, MS. 23, 51
Escobar Cervantes, C. MR
Escribano Alarcón, D. 53, 54
Escribano Subias, P. MR
Esteban, A. 59
Ezzitouny, M. 6, 7, 60, 61

F
Fabregat Andrés, O. 65
Fácila Rubio, L. MR, 20, 33, 52, 54, 58, 59
Faga, V. 44, 46
Feliu Rey Eloisa. 8
Fernández Díaz, C. 20, 33, 35, 41, 53, 54, 58
Ferré Vallverdú, M. 2, 7, 17, 47, 60
Flores Blanco, PJ. 3, 4, 11
Fuset Cabanes, MP. 14

G
Galcerá Jornet, E. 24, 25
Gallardo Pérez, E. 29
Gallego García, J. 10, 11, 29
García Alvarez, M I. 21, 22, 34
García Cano, L. 22
García, D. MR
García de Lara, J. PT
García Fernández, A. MR
Garcia Gonzalez, P. 48, 49, 65
García Honrubia, A. 1, 9, 43, 63, 64
García Orts, A. 8E
García Palomar, C. 31, 55, 56
García Pavía, P. MMR
García Pinilla, J.M. MR
Garzón Rodriguez, A. 5, 10, 29
Gavara, J. 42, 62
Gilabert Castelló, T. 5E
Gimeno Costa, R. 14
Girbés, V. MMR
Gisbert Tomás, J. 4E, 7E
Gómez Aguera, A. 4, 11, 29
Gómez Martínez, M. 43
Gómez Pajares F. 37
Gómez Pastor, MA. 13, 3E, 6E, 7E
González D'Gregorio, JA. 12, 45
González Llopis, F. CCC
González Mirelis, J. MR
González, J. 27, 28
Gradoli Palmero, J. 20, 41, 58
Grau Jornet, G. 13, 3E, 4E, 5E, 6E, 7E
Gudín, M. PT
Guedes Ramallo, P. 1, 9, 43, 63
Guinea, R. 59
Guzmán Román, Mª E. MR

H
Heredia Cambra, R. 12
Heredia, R. 28
Hernández, J.M. PT
Hernández Romero, D. 64
Hernándiz Martínez, A. 66
Hortelano Moya, I. 21, 32, 34

I
Ibáñez Criado, JL. MR, 64
Igual Muñoz, B. CO, 47, 48, 49
Izquierdo, Mª.T. CO

J
Jiménez Aguilella, JJ. 2, 6, 7, 61
Jiménez Bello, J. 35, 36, 37, 41
Jiménez Carreño, R. 13
Jordá Calatayud, M. 3E
Jimenez Cordero, S. 8E
Jordá Moll, E. 5E, 6E, 7E
Jordán Torrent, A. 21, 22
Jornet Ibiza, D. 1E
Jover Pastor, P. 6, 7, 60
Juan Carrión, B. 13, 3E, 6E
Larumbe Rodríguez, A. 24, 25

L
Lázaro Salvador, M. MR
Lledó Blanes, P. 4E, 5E
López Aranda, M. 23
López Bueno, L. 12
López López, I. 53
López March, A. 66
López Palop, R. 29
López Valero, L. 35
López Vaquero, C. 23
López Vilella, R. 2, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 60
Lopez-Lereu, MP. 42, 45
Lova Navarro, A. 3, 4, 5, 10
Lozano Edo, S. 2, 61
Lozano Palencia, T. MR, MT, MMR, 21, 22
Lucas Cava, V. 66
Lupon, J. 45

M
Maceira Gonzalez, A. 47, 48, 49
Manzano Fernández, S. 11

Marco Francés, E. 13, 6E, 7E
Marcos, V. 42
Marin Ortuño, F. 32, 64
Marqués-Sulé, E. 18
Martín Tomás, E. 9, 63
Martín Torres, JM. 22
Martín Pastor, J. CO
Martínez Abellan, R. 23
Martínez Dolz, L. MMR, 2, 6, 7, 15, 16, 17, 18, 19, 47, 60, 61
Martínez Elvira, J. 3, 5, 29
Martínez Martínez, JG. SS, 22, 32
Martínez Moreno, M. 43, 64
Martínez Moros, A. Mª. MRE
Masia, Mª D. MR
Mateo Rodríguez, I. 23
Mateos Pérez, A. 26
Mateu Gisbert E. 37
Melero Ferrer, JL. 2
Melero Lloret, J. 12, 30, 31, 33, 38, 39, 40, 52, 55, 56, 57
Miñana, G. 27, 28, 45, 62
Miró Palau, V. CO, 47, 48
Molina Garro, S. 22
Mollar, A. 27
Monmeneu, JV. 42, 45
Montagud Balaguer, V. 20, 58, 59
Monteagudo Viana, M. 31, 44
Montero Argudo, A. 48, 49
Mora Llabata, V. SS, 44, 46, 50
Morell Cabedo, S. MMR, 20, 33, 52, 53, 54, 58, 59, 65
Moreno Flores, V. 3, 4, 5, 10, 29
Moreno Puigdollers, I. 14
Morillas Ariño, C. 46
Morillas Blasco, P. MMR, 1, 8, 9, 43, 63
Morillas Climent, H. 24, 25
Muñoz Giner, B. 30

N

Navarro Almenzar, B. 3, 4, 5
Navarro Manchón, J. 38, 39, 40, 57, 2E
Núñez Martínez, L. 1, 8, 9, 32, 43, 63
Núñez Piles, C. 24, 25, 50
Núñez Villota, J. MR, 12
Nuñez, E. 45
Nuñez, J. 27, 45

O

Orts Soler, E. MR, 57
Osa Sáez, A. PT , 2, 6, 7

P

Pajares Moncho, A. 14
Palanca Gil, V. 35, 37, 41
Palau Sampio, P. SS, 12, 30, 39, 40, 55, 56, 57
Pastor Jordá, A. 6E, 7E
Pastor Peidro, A. 5E
Paya Serrano, R. PT, 35, 36, 41, 48, 49, 65
Payá, A. 27, 28
Perdomo Londoño, D. 36, 58, 65
Pérez Berbel, P. 64
Pérez Boscá, L. PT
Pérez Gil, MM. 44, 46
Pérez Gozalbo, J. MR, 44, 46, 50
Pérez Roselló, V. 6, 15, 19, 61
Pérez-Boscá, JL. 41, 48, 49
Pérez-Olivares Delgado, C. 44, 46, 50
Peris Castello, F. 1, 63
Peris Domingo, E. CO
Pernias Escrig, V. 1, 8, 9, 32, 43, 63
Peset Cubero, A. MR, CO
Picó Casanova, A. 13
Pimenta Fermisson-Ramos, P. 8E
Pirola, A. MMR
Planas del Viejo, AM. 30, 31, 57
Plaza Lopez, D. 47
Pomares Varo, A. MR
Pons, J.M. MR
Portolés, M. 61
Preciado Hernández, I. 3E, 4E, 5E, 7E

Q

Quesada Dorador, A. SS, 35, 36, 37, 41
Quesada Ocete, B. 35
Quintanilla Tello, MA. 1, 9, 43, 63

R

Raso Raso, R. 13
Reina de la Torre, S. 8E
Revert Gandía, R. 3E, 4E, 5E, 6E, 7E
Revuelta, E. 45
Reyes Galera, MJ. 3E, 5E
Ribera Soler, M. 3E, 4E, 6E, 7E
Richart Prats, M. 3E, 5E
Ridocci Soriano, F. MMR, 41, 65
Rios-Navarro, C. 42, 62
Rivera, M. 60
Rodríguez Pichardo, Y. 66
Roldán Torres, I. PT, CO, 44, 46, 50
Romero Dorta, E. 44, 46, 50
Romero Valero, A. 1, 8, 9, 43, 63
Roselló Lletí, E. 61
Rubini Costa, R. 35, 36
Rubini Puig, R. 36
Rubio Espinal, M. 4E
Rueda Soriano, J. MR, 2, 6, 7
Ruíz, R. SS
Ruíz Nodar JM. 8, 32
Ruíz-Saurí, A. 62
Rumiz González, E. 20, 33, 52, 53, 54

S

Sanchez Albo, P. 31
Sánchez Alvarez S. 37
Sánchez Fernández, S. 65
Sanchez Lacuesta, E. 47
Sánchez Soriano, RM. MR, 13, 6E
Sánchez Torrijos, J. CO
Sánchez Vazquez, A. 48
Sánchez-Gómez, JM. 31, 38, 39, 40, 2E
Sanchez-Lázaro, I. 14, 15, 16, 17, 18, 19, 60, 61
Sánchez-Quiñones, J. 64
Sanchis Herrero, A. MR, 30, 38, 39, 40
Sanchis, J. 27, 28
Sancho-Tello de Carranza, MªJ. SS
Sanmiguel Cervera, D. 33, 52, 53, 54
Santamaría Bellés, A. 2E
Santas, E. 27, 28
Sanz Sánchez, J. 61
Seller Moya, J. 24, 25, 50
Sepúlveda, P. 47, 66
Serrano Peramos, Y. 9, 63
Serrano Romero, A. 55, 56, 57
Serrats López, R. 50
Simoes Monteiro Valente, A. 38, 39, 40, 2E
Simón Machí, JM. 20, 59
Sogorb Garri, F. 64
Soler Carbó, R.A. MMRE, COE
Soriano Navarro, A. 31, 55, 56

T

Tébar, E. PT
Tejada Ponce, D. MT, 30
Ten Esteve, A. 66
Tocado Unzalu, MB. 23, 51
Tormo Espluges, G. 54
Tormo Juárez, JP. 12, 31, 38, 40, 55, 56
Torregrosa Puerta, S. 14
Torres Mezcua, F. 21, 22, 34
Trejo Gabriel y Galán, JM. 26
Trejo Velasco, B. MR, 26, 35, 36, 65

V

Valencia, J. PT
Valiente Izquierdo, C. 2E
Valle Muñoz, A. MMR, 24, 25
Vallejo García, R. 2E
Vallés Pérez, D. 4E
Vañó Bodí, J. 36, 41, 58
Vazquez Andres, D. 10, 11
Ventura Pérez, B. 12, 30, 31, 38, 39, 55, 56, 57
Vicedo López, A. PT, 24, 25
Vicente-Ibarra Nuria. CO, 8, 32
Vidal Alarcón, M. 4, 11, 29
Vidal Urrutia, V. 20, 37, 52, 58, 59
Vidal, V. 62
Vilar Herrero, JV. 33, 52, 53, 54
Villalba Lizandra, N. MRE
Villamia Mora, B. 32, 34

Z

Zamorano, J.L. PT
Zarragoikoetxea Jauregui, I. 14
Zuazola Martinez, MP. 23, 51
Zorio Grima, E. MMR

---

* Numero de la comunicación

CCC:	Concurso Casos Clínicos
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 Experto
CE:	Conferencia Expertoç
MCT:	Moderador Controversias
CT:	Controversias
SS:	Simposium
MT:	Moderador Taller
PT:	Ponente taller

COMUNICACIONES AL XXXV CONGRESO DE LA S.V.C.
Índice de Palabras Clave*

A
Ablación 8E
Adenosina 38
Angioplastia Primaria 30
Antiagregación 4
Antiagregantes 32
Anticoagulación 3, 4, 5, 11, 15
Anticoagulantes 10
Asistencia ventricular 14
Act 8E
Arteriosclerosis 34
Aterectomía rotacional sheathless 53

B
Biomarcadores 64
BRIHH 37

C
CA125 28
Capacidad funcional 12
Cardiopatía isquémica 29, 35, 64
Cardioversión eléctrica 2E
Catéter de Hickman 4E
Crónica 43
Calprotectina 9
Cardioprotección 13
Congenitas 2, 6
Consulta 13

D
Diabetes mellitus 36
Diagnóstico 58
Dilatación de aorta 49
Disfunción ventricular 9, 63
Dislipemia 59
Diuréticos 9,16
Dosis elevadas 38
Deformación miocárdica 42
Diabetes 17, 36, 59
Disfunción sistólica 1
Dispositivos 14
Diuréticos 16
Dolor Torácico 13

E
Ecocardiografía 21, 43, 44
Ecocardiograma farmacológico 51
Edad y tiempo de fluoroscopi 67
Embolígeno 50
Enfermedad Coronaria 72
Enfermería 3E, 5E, 7E
Entrenamiento de la musculatura inspiratoria 12
Eosinófilos 62
Escalas de riesgo 5
Estrés de pared 49
Estudio electrofisiológico 39, 48
Ecocardiografía 21
Ecocardiograma 50
Electrocardiograma 37
Estenosis valvular aórtica 48

F
Fabry 64
Fibrilación auricular 3, 4, 5, 10, 11, 35, 36, 44, 68
Formación 3E, 5E
Función renal 17
Factores de Riesgo Cardiovascular 57
Fracción de eyección 56

G
Guías clínicas 26
Gestión 51

H
Heparinización 8E
Hipercolesterolemia 34
Hipertensión 2
Hipertensión pulmonar 65, 4E
Hipertónico 19
Hiperuricemia 1

I
IAM 8
IAMCEST 45
Ictus 50
Idarucizumab 15
Infarto 66
Infarto agudo de miocardio 42, 47, 62
Inflamación 62
Influencia 36
Ingresos 22
Insuficiencia Cardiaca 22, 23, 24, 25, 27, 28, 43, 55, 56, 60, 63, 6E,
Insuficiencia cardíaca crónica 43
Insuficiencia tricuspíde 27
ICFEC 12
ICFEr 65
Imagen multimodalidad 49
Infarto agudo de miocardio 62
Insuficiencia cardíaca estable 63
Istmo cavotricuspideo 38
Insuficiencia cardíaca aguda 28

J

K

L
LDL-Colesterol 30, 31, 57

M
Miocardiopatía arritmogénica 21
Miocardiopatía dilatada idiopática 61
Mortalidad 6, 10, 39
MINOCA 8
Miocarditis 21
Morbimortalidad 55, 56

N
Neoaorta 7
Nonagenarios 20

Ñ

O
Objetivos terapéuticos 31
Obstrucción microvascular 47
Octogenarios 40
Obesidad 46
Oclusión 54

P
Predictores 6
Primaria 23
Pronóstico 35, 43, 58, 65
Prostaciclinas 4E
Pulmonar 2
Práctica clínica 26
Prevención 59

Q
QRS 37

R
Recomendaciones 26
Rehospitalización 28
Reingresos 22
Remodelado del Ventrículo izquierdo 45
Reperfusión 66
Resonancia magnética cardiaca 42
Revascularización 54
Reversión 15
RMN 8
Rehabilitación Cardiaca 6E, 7E
Resincronización 41
Resonancia magnética 47
Resucitación Cardio-Pulmonar 5E
Revascularización shock multivaso 33

S
SCA 57
SCACEST 52
Seguimiento 23
Seguridad 52
Selección 41
Síndrome coronario 7E
Síndrome Coronario Agudo 20, 30, 31, 32, 7E
Síntomas 48
Smartphone 68
Strain ventricular 46
Sexo 41, 55, 1E
Síncope y bloqueo de rama 39, 40
Síndrome de Takotsubo 58
ST2 45
Stent farmacoactivo sin polímero 52
Switch 7, 32

T
Técnicas de imagen 48
Torsión 46
Trasplante cardíaco 60
Tratamiento 22
Trombosis 29
Troponina I Ultrasensible 35
Tráfico celular 60, 61

U

V
Valvulopatías 11

W

X

Y

Z

* Número de la comunicación

E: Comunicación enfermería

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

Índice Temático*

1 Impacto pronóstico de la hiperuricemia en los pacientes con insuficiencia cardíaca y función sistólica del ventrículo izquierdo deprimida
2 Hipertensión Pulmonar tras corrección de Cardiopatías Congénitas: nuestra experiencia con Macitentán
3 ¿Se dosifican de manera adecuada los anticoagulantes orales de acción directa en nuestro medio?
4 Influencia del tratamiento antiagregante entre los pacientes con fibrilación auricular no valvular que inician anticoagulantes orales directos
5 El poder de discriminación de las escalas de riesgo hemorrágico en pacientes de edad avanzada que inician anticoagulantes orales directos
6 Cardiopatías congénitas del adulto: mortalidad, causas y factores predictores.
7 Transposición de grandes vasos con corrección tipo switch arterial: dilatación de neoaorta e insuficiencia valvular.
8 Pronostico de verdaderos infartos en Myocardial Infarction With Nonobstructive Coronary Arteries (MINOCA)
9 Calprotectina como marcador pronóstico en disfunción ventricular izquierda
10 Causas y predictores de mortalidad en pacientes con fibrilación auricular bajo tratamiento con anticoagulantes orales directos
11 Prevalencia e implicación de las valvulopatías en pacientes con fibrilación auricular no valvular que inician anticoagulantes orales directos en nuestro medio
12 Efecto del entrenamiento de la musculatura inspiratoria en la IC con función sistólica conservada:¿Importa la función muscular inspiratoria basal?
13 Consulta de alta resolución de dolor torácico en Cardiología: integración con Atención Primaria
14 Dispositivos de asistencia ventricular y perfiles clínicos para cada tipo de asistencia. Experiencia de un hospital de referencia.
15 Reversión de la anticoagulación de dabigatran con idarucizumab. Experiencia inicial en cirugía de alto riesgo
16 ¿Existen cambios en la respuesta diurética a la solución salina hipertónica más furosemida de acuerdo con el tipo de insuficiencia cardíaca?
17 Influencia de la diabetes mellitus en la función renal de los pacientes trasplantados cardíacos. Estudio a medio-largo plazo
18 ¿Influye la fracción de eyección en la probabilidad de ingreso hospitalario en pacientes con insuficiencia cardíaca?
19 Tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda con furosemida y suero salino hipertónico. ¿Qué pacientes necesitan más diureticos?
20 Evolución de los enfermos nonagenarios ingresados por Síndrome Coronario Agudo en un hospital terciario
21 Características clínicas y seguimiento de una serie de pacientes con diagnóstico de miocarditis
22 Resultados iniciales de una unidad especializada de insuficiencia cardiaca multidisciplinar en un hospital de tercer nivel
23 Primeros meses de experiencia de PESIC, programa educacional y de seguimiento de la insuficiencia cardíaca conjunto entre cardiología y atención primaria.
24 Sacubitril-Valsartan: experiencia real en un único centro
25 Diferencias en las características basales y los eventos cardiovasculares entre la dosis baja y dosis media-alta de sacubitril-valsartan
26 Discordancia entre la práctica clínica y las recomendaciones de las guías en Cardiología.
27 Papel pronóstico de la insuficiencia tricúspide tras un ingreso por insuficiencia cardíaca
28 Niveles bajos de CA125 y reisgo de eventos adversos a corto plazo tras un episodio de insuficiencia cardíaca aguda.
29 Manejo y pronóstico de los trombos intraventriculares en la práctica clínica
30 Diferencias en los niveles de LDL-colesterol tras un Síndrome Coronario Agudo.
31 Optimización de los niveles LDL-colesterol tras un Síndrome Coronario Agudo: ¿cumplimos objetivos?
32 Switch entre el tratamiento antiagregante durante el ingreso y al alta de un síndrome coronario agudo: prevalencia, factores predictores y valor pronóstico.
33 Estrategias de revascularización y pronóstico a largo plazo de pacientes en Shock Cardiogénico sometidos a angioplastia primaria.
34 Deficit de lipasa ácida lisosomal como causa de evento isquemico cardiovascular. Estudio piloto
35 Valor pronóstico de la Troponina I Ultrasensible en pacientes con fibrilación auricular en el Servicio de Urgencias.
36 Impacto sobre la fibrilación auricular de la diabetes mellitus
37 Fiabilidad de la medida electrocardiográfica de duración del complejo QRS en el bloqueo de rama izquierda
38 Utilidad de la adenosina (y de dosis elevadas) para la comprobación del bloqueo del istmo cavotricuspideo . Datos preliminares.

39 Mortalidad a largo plazo en pacientes con sincope y bloqueo de rama sometidos a estrategia de estudio electrofisiológico

40 Síncope y bloqueo de rama en pacientes octogenarios. Rendimiento de la estrategia de estudio electrofisiológico.

41 Efecto del sexo en la selección de pacientes para terapia de resincronización cardíaca

42 Estudio del strain miocárdico remoto mediante resonancia magnética cardiaca y su influencia en la evolución de la función en pacientes con infarto de miocardio

43 Utilidad pronóstica de la ecocardiografía de ventrículo derecho en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica y fracción de eyección deprimida

44 El estudio precoz con speckle-tracking de la función de la aurícula izquierda tras cardioversión de fibrilación auricular es de utilidad clínica

45 ST2 soluble y remodelado del ventrículo izquierdo tras un infarto agudo del miocardio con elevación del segmento ST: Un estudio con resonancia magnética.

46 Strain y mecánica rotacional del ventrículo izquierdo en adultos obesos: nuevos parámetros por ecocardiografía speckle-tracking en la evaluación de la torsión

47 Utilidad de la caracterización tisular del área de lesión microvascular con secuencias T2*w de RM en pacientes con infarto agudo revascularizado.

48 Utilidad de la imagen multimodalidad para predecir la presencia de síntomas cardiovasculares en la estenosis valvular aórtica.

49 Impacto del estrés de pared sobre los diámetros de aorta ascendente estudiado mediante imagen multimodalidad.

50 Utilidad del ecocardiograma en el estudio de un primer episodio de ictus en nuestro medio.

51 Efectos de la implantación de un programa de ecocardiograma de estrés en un hospital comarcal.

52 Stent farmacoactivo sin polímero en el síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST: perfil clínico y de seguridad a largo plazo.

53 Utilidad del catéter Sheathless en la aterectomía rotacional por via radial

54 Impacto de la revascularización percutánea de pacientes con oclusiones crónicas totales en la capacidad funcional de ejercicio valorada por ergoespirometría

55 Registro de insuficiencia cardíaca en el área de Castellón: epidemiología y morbiortalidad estratificada por sexo tras el primer año

56 Registro de insuficiencia cardíaca en el área de Castellón: epidemiología y morbimortalidad según fracción de eyección tras el primer año

57 Perfil Cardiovascular de los pacientes con un Síndrome Coronario Agudo.

58 Características clínicas, confirmación diagnóstica y pronóstico del Síndrome de Takotsubo en pacientes dados de alta de un Servicio de Cardiología

59 Factores a tener en cuenta en el tratamiento de la dislipemia en cardiología: Alteraciones glucémicas, polimedicación e interacciones. Estudio PREVENDIAB

60 Correlación de diversas moléculas implicadas en tráfico celular con la gravedad de la insuficiencia cardíaca en pacientes sometidos a trasplante cardíaco

61 Alteraciones del tráfico celular en la insuficiencia cardíaca: ¿Existen diferencias entre la miocardiopatía dilatada idiopática y la cardiopatía isquémica?

62 La eosinopenia tras un infarto de miocardio se asocia con una peor estructura cardiaca y es paralela a la migración de los eosinófilos al tejido infartado.

63 Valor pronóstico de los niveles plasmáticos de SYNDECAN-4 en insuficiencia cardíaca crónica estable

64 Afectación de pacientes con enfermedad de Fabry sin expresión fenotípica: valor diagnóstico de los biomarcadores

65 Velocidad media de la arteria pulmonar e IL-10 como predictores pronósticos en ICFEr

66 Cardioprotección farmacológica del daño por reperfusión a través del catéter PREMICAT en un modelo experimental de infarto de miocardio.

1E Influencia del acceso radial derecho vs izquierdo en el tiempo de fluoroscopia

2E Uso de una aplicación para smartphone para la determinación del ritmo auricular previo a la cardioversión por parte de enfermería.

3E Manejo de prostaciclinas sitémicas por parte de enfermería en el tratamiento de la hipertensión pulmonar

4E Extravasación de un catéter de Hickman en una paciente con Hipertensión Pulmonar en tratamiento con epoprostenol

5E Efectos de un plan de formación en resucitación cardiopulmonar en Unidades de Hospitalización

6E Consulta de Rehabilitación Cardiaca: Papel de Enfermería en un Hospital Comarcal

7E Detección de problemas de salud por enfermería en los pacientes que han sufrido un evento coronario agudo

8E Entrada en rango de act en ablación de fa y fluter auricular izquierdo.

* 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

ANOTACIONES

AGRADECIMIENTOS

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

LABORATORIOS FARMACÉUTICOS:

ABBOT, ACTELION, AMGEN, ASTRA ZENECA, BAYER, BIOTRONIK, BMS/ PFIZER, BOEHRINGER, DAIICHI SANKYO, FERRER, GSK, MEDTRONIC, MENARINI, MERCE ELECTROMEDICINA, MSD, NOVARTIS, NOVONORDISK, ORION PHARMA, SANOFI, SERVIER, TERUMO y VIFOR.