

L

A

T

I

D

O

PUBLICACION OFICIAL DE LA SOCIEDAD VALENCIANA DE CARDIOLOGIA
 EDITOR: ENRIQUE SANTAS OLMEDA

XL CONGRESO DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES CV SOCIEDAD VALENCIANA DE CARDIOLOGÍA



10, 11 y 12 DE MAYO DE 2023

HOTEL JAIME I - CASTELLÓN



COMITÉ DE ACREDITACIÓN DE LA
 SOCIEDAD ESPAÑOLA
 DE CARDIOLOGÍA
 Actividad acreditada
 con 11,66 créditos





Publicación Oficial de la Sociedad
Valenciana de Cardiología

Avenida de la Plata, 20 - 46013 Valencia

Editor:

ENRIQUE SANTAS OLMEDA



Volumen Extra Mayo 2023

Se distribuye a los miembros de la S.V.C.



Secretaría Técnica: MARINA ASESORES
Y CONSULTORES, S.L.

C/Jesús, 43 - 46007 Valencia

T.: 690 674 694

E-mail: secretaria.tecnica@svcardio.org

Correspondencia con el editor:

Secretaria Técnica@svcardio.org

Copyright 1.989, Sociedad Valenciana Cardiología.

Publicación autorizada por el Ministerio de Sanidad
como Soporte Válido Ref. SVR nº 495

Composición e Impresión:

arco estudio gráfico

Tel.: 664 590 665

arcoestudiografico@yahoo.es

Nº Depósito Legal: V-101-1986

ISSN: 0214-3682

JUNTA DIRECTIVA DE LA S.V.C.

Presidente:

JULIO NUÑEZ VILLOTA

Presidente electo:

VICENTE ARRARTE ESTEBAN

Vicepresidentes:

RUTH SÁNCHEZ SORIANO (A)

MARTINA AMIGUET COMINS (CS)

Secretario:

VICENTE BERTOMEU GONZALEZ

Secretario electo:

MIRIAN SANDIN ROLLÁN

Tesorero:

RAFAEL DE LA ESPRIELLA

Vocales:

RAQUEL LÓPEZ VILELLA (V)

ELOY DOMÍNGUEZ MAFE (CS)

JULIA SELLER MOYA (A)

Editor:

ENRIQUE SANTAS OLMEDA

Responsable página web:

ALFONSO VALLE MUÑOZ

VICTOR GIRBES RUIZ

Presidente de INSVACOR:

LORENZO FACILA RUBIO

RESPONSABLES DE LAS SECCIONES CIENTÍFICAS

ESTIMULACIÓN CARDIACA Y ARRITMIAS

Presidente: Santiago Heras Herrero

Secretaria: Claudia Cabades Rumbeu

CARDIOLOGÍA CLÍNICA

Presidenta: Elena Castilla Cabanes

Secretaria: Nuria Vicente Ibarra

PREVENTIVA Y OTROS FACTORES DE RIESGO

Presidenta: Cristina Cambra Poveda

Secretario: Ángela Fernández Costa

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA, ECG Y FISIOPATOLOGÍA DEL EJERCICIO

Presidenta: Clara Bonanad Lozano

Secretario: Sergio García Blas

IMAGEN CARDIACA

Presidenta: Marina Martínez Moreno

Secretaria: Jessica Sanchez Quiñones

HEMODINÁMICA Y CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA

Presidente: Agustín Fernández Císal

Secretario: Luis Martínez Ortiz de Urbina

ENFERMERÍA CARDIOLÓGICA

Presidente: Rafael Soler Carbó

Secretario: Rafael Calvo Vidal

Vocal por Castellón: M^a Carmen Martínez Muñoz

Vocal por Alicante: Laura Beneito Armengot

Sumario



- 04** Comité Organizador y Científico
- 05** Presentación Martina Amiguet Comins
Presidenta Comité Organizador
- 06** Resumen del Programa Científico
- 07** Programa Científico
- 21** Programa Social
- 21** Reuniones de Secciones
y Grupos de Trabajo
- 22** Asamblea General
- 22** Premios a Comunicaciones
- 23** Comunicaciones Libres Resúmenes
- 44** Índice de Autores
- 46** Índice por palabra clave
- 48** Índice Temático
- 50** Agradecimientos y notas de interés



Comité de Honor, Organizador y Científico

COMITÉ DE HONOR:

D^a Eva Suárez Vicent

Presidenta Ilustre Colegio de Médicos de Castellón

D^a Amparo Marco Gual

Alcaldesa del Excelentísimo Ayuntamiento de Castellón

COMITÉ ORGANIZADOR:

PRESIDENTA: *MARTINA AMIGUET COMINS*

VOCALES: *Lorenzo Fácila*
Eloy Dominguez

Ruth Sanchez

Enrique Santas

Julio Núñez

Vicente Bertomeu

Miriam Sandin

Rafael de la Espriella

Julia Seller

Raquel López

Victor Girbés

Alfonso Valle

Vicente Arrarte

COMITÉ CIENTÍFICO

Elena Castilla Cabanes

Sergio García Blas

Marina Martínez Moreno

Agustín Fernández Cisnal

Rafael Calvo Vidal

Angela Fernández Costa

Claudia Cabades Rumbeu

Nuria Vicente Ibarra

Clara Bonanad Lozano

Jessica Sanchez Quiñones

Luis Martínez Ortiz de Urbina

Cristina Cambra Poveda

Santiago Heras Herrero

Presentación

Martina Amiguet Comins

Presidenta del Comité Organizador

Queridos socios, compañeros y amigos,

En nombre de la **Junta de la Sociedad Valenciana de Cardiología**, tengo el placer de invitaros a participar en el **XL Congreso de las Enfermedades Cardiovasculares de la Sociedad Valenciana de Cardiología**, que tendrá lugar del 10 al 12 de mayo de 2023 en Castellón.

Después de unos años de distancia social y tras el éxito del pasado congreso en Alicante, todos valoramos cada vez más estas ocasiones para compartir experiencias y aprender de forma multidisciplinar de nuestros compañeros Atención Primaria, nuestros residentes, el personal de enfermería y nuestros colegas en Cardiología.

Para ello hemos preparado un programa atractivo, de la mano de reconocidos compañeros de nuestra comunidad y de expertos nacionales, a la vanguardia de las últimas novedades en las distintas parcelas de la cardiología, pero sin olvidar aquellos temas menos tratados en las reuniones científicas.

Nuestra Sociedad, además de promover la excelencia en la atención centrada en el paciente, pretende impulsar no sólo la divulgación científica sino también la investigación de calidad. En este sentido nos alegra enormemente la “avalancha” de comunicaciones recibidas, puesto que ello nos indica que estamos remando en la dirección adecuada.

Sin embargo, nuestro congreso es mucho más que una reunión científica y queremos poner también el énfasis en lo social, en el fortalecimiento las relaciones de “la gran familia cardiológica” de la que todos formamos parte.

Como presidenta del comité organizador, no puedo dejar de dar las gracias a los ponentes y moderadores por el esfuerzo, a la Secretaría Técnica, por su diligencia y consejos y a las entidades patrocinadoras, por su colaboración.

Benjamin Franklin ya decía “Cuéntamelo y lo olvidaré. Enséñamelo y quizás lo recordaré. Hazme partícipe y lo aprenderé” así que...¡Os esperamos a todos en Castellón!

Un cálido abrazo,

Martina Amiguet Comins
Presidenta del Comité Organizador



6

MIÉRCOLES 10/05	SALA A	SALA B	SALA C	SALA D
16:30 a 19:30		Taller ECG y Disnea		
18:00 a 19:15	Cardioactualidad			
19:15 a 19:30	Pausa Café			
19:30 a 20:30	Comunicaciones Libres			
JUEVES 11/05	SALA A	SALA B	SALA C	SALA D
8:30 a 9:30	COMUNICACIONES LIBRES			
9:30 a 10:00	Acto Inaugural			
10:15 a 11:30	Cardiopatías Familiares			
11:30 a 12:00	Pausa Café			
12:00 a 13:15	Cardiooncología			
13:15 a 14:15	Aportación de la RMN y el CardioTC en la práctica clínica			
14:15 a 17:00	Comida			
17:00 a 18:15	Actualización en el manejo de la Hipertensión Pulmonar			
18:00		Taller Teórico-práctico de implante y manejo de asistencias ventriculares percutáneas para médicos y enfermeros		
18:15 a 18:45	Pausa café y reuniones administrativas de las secciones			
18:45 a 20:00	Protocolos de derivación de pacientes: Actualización de guías y práctica clínica			
VIERNES 12/05	SALA A	SALA B	SALA C	SALA D
9:00 – 10:15	Enfermedad Cardiovascular en la mujer			
9:00 – 13:30		Mesa de Enfermería: Trabajo en equipo		
10:15 a 11:30	Riesgo cardiovascular y su control no optimizado			
11:30 a 12:00	Pausa Café			
12:00 a 12:45	Asamblea General			
12:45 a 14:15	Entrenando con Ritmo			
14:15 a 16:00	Comida			
16:00 a 17:00	Mesa Cardiorrenal			
17:00 a 18:00	Manejo del shock cardiogénico en la sala de Hemodinámica. Asistencias ventriculares percutáneas			
18:00 a 18:15	Pausa Café			
18:15 a 19:15	Abordaje integral en prevención secundaria			
21:00	Cena del Congreso – Benicassim			

Programa Científico

Actividad acreditada por el Comité de Acreditación de la Sociedad Española de Cardiología con 11,66 créditos.

Declarado de interés científico-sanitario por la Conselleria de Sanitat.

Miércoles 10 de Mayo 2023

Taller primaria

Taller ECG - Fibrilación y flutter auricular, cardiopatía Isquémica y trastornos del ritmo cardíaco

16:30 - 19:30	<p>SALA B · Taller 1 ECG: Diagnóstico de F.A, cardiopatía isquémica y trastornos del ritmo.</p>
	<p>Eloy Domínguez. Hospital Clínico Universitario de Valencia</p> <p>Taller 2: Riesgo CV y rehabilitación cardiaca.</p> <p>Ángela Fernández. Hospital General de Castellón. Raquel Sáez. CAP Borriol.</p> <p><i>Patrocinado: Organon</i></p>
18:00 - 19:15	<p>SALA A · Cardioactualidad</p>
	<p><i>Organiza: Alex Bellver y Víctor Girbés</i></p> <p><i>Ponentes</i></p> <p>Novedades en Cardiología Clínica (IC/Miocardiopatías) Miguel Lorenzo. Hospital Clínico Universitario de Valencia</p> <p>Novedades en Cardiología Clínica (C.Isquémica) Pablo Escribano Escribano. Hospital Universitario Dr. Peset de Valencia</p> <p>Novedades en Imagen. Javier Solsona. Hospital General Universitario de Castell</p> <p>Novedades en Electrofisiología y Arritmias Laura Valverde. Hospital General Universitario Dr. Balmis de Alicante</p> <p>Novedades en Hemodinámica e Intervencionismo estructural. Diego Cazorla. Hospital Universitario San Juan de Alicante</p>
19:15 - 19:30	<p>Pausa café</p>

19:30 - 20:30

Comunicaciones libres**SALA A · Clínica. 1 a 10**

– Natalia Chacón / Jorge Gallego

- 19:30 **1. Efectividad y seguridad de la ultrafiltración de corta duración para pacientes con insuficiencia cardíaca refractaria a diuréticos. Experiencia inicial.**
Guerrero Cervera B, López Vilella R., Sánchez Lázaro I., Carbonell Vayá R., Donoso Trenado V, Almenar Bonet L., Sánchez Martínez JC.
Hospital Universitario La Fe de Valencia.
- 19:37 **2. ¿Qué aproximación terapéutica adoptar en pacientes congestivos con escasa respuesta diurética? Ultrafiltración periférica vs tratamiento convencional**
borja_vlc95@hotmail.com Guerrero Cervera, B., López-Vilella, R., Sánchez Lázaro, I., Donoso Trenado, V., Soldevila Orient, A., Devesa Such, R., Martínez Dolz, L., Sánchez Pérez, P., Martínez Sole, J., Almenar Bonet, L.
Servicio de cardiología, Hospital La Fe de Valencia
- 19:44 **3. Cambios a corto plazo en la hemoglobina, capacidad funcional, calidad de vida y péptidos natriuréticos tras dapagliflozina en IC con FEVI reducida.**
Miguel Lorenzo; Martina Amiguet; Patricia Palau; Eloy Dominguez; Julia Seller; Gonzalo Núñez; Gema Miñana; Rafael de la Espriella; Enrique Santos ;Julio Núñez
Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia
- 19:53 **4. Impacto del embarazo en el curso y pronóstico de la insuficiencia pulmonar severa**
Martínez Solé, J; Cazorra Morallón, D; Martín Manzano, V; Soria Navarro, R Sánchez Martínez, JC; Buendía Fuentes, F; Rueda Soriano, J.
Hospital Universitari i Politecnic la Fe
- 20:00 **5. Historia natural a largo plazo de la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección del ventrículo izquierdo mejorada.**
Hidalgo Mateos, A; Gramage Sanchís, P; Queipo Rodriguez, A; Garcia Martin, G; Galiana Talavera, E; Geraldo Martínez, J; Mora Llabata, V; Callizo Gallego, R; Roldán Torres, I; Valls Serral, A. Servicio de Cardiología de H.U. Doctor Peset (Valencia)
- 20:07 **6. Tumores cardíacos primarios malignos: revisión de una serie de casos**
Cardona Mulet, S; Abdala Lizarraga, J; Melero Ferrer, JL; Carrión Cavero, A; Luengo Pérez, S; Quesada Ocete, FJ; Ferriol Martínez, C; Igual Muñoz, B; Fácila Rubio, L; Payá Serrano, R.
Cardiología, Hospital General Universitari de València
- 20:14 **7. Antígeno carbohidrato 125 como biomarcador pronóstico en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica estable**
A. García-Suárez; P. Guedes; F. Rodriguez-Santiago; C. Benavent; M. Del río; C. Lledó; N. Vicente-Ibarra; T. García-Honrubia; J. Núñez; P. Morillas.
Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Elche, Elche
- 20:21 **8. Experiencia inicial de una unidad cardiorrenal en un hospital terciario**
Guillermo García Martin; Sandra Beltrán Catalán; Manuel Parra Collado; Alejandro Queipo Rodriguez; Aina Quilis Pellicer; Alberto Hidalgo Mateos; Paula Gramage Sanchís; Ricardo Callizo Gallego; Juan Geraldo Martinez; Amparo Valls Serral.
Servicio de Cardiología. Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia
- 20:28 **9. Asociación entre el flujo venoso intrarrenal y trayectoria de la creatinina en insuficiencia cardíaca aguda y su interacción con parámetros de descongestión**
Gonzalo Núñez Marín; Rafael de la Espriella; Miguel Lorenzo Hernández; Enrique Santos; Gema Miñana; Patricia Palau; Juan Sanchis; Vicent Bodí; Marta Cobo; Julio Núñez.
Hospital Clínico Universitario de Valencia
- 20:35 **10. Adherencia a la prescripción de ejercicio físico, un reto en cada consulta**
Jorge Llau Garcia. Hospital Universitario LaFe de Valencia

SALA B · Clínica 11 a 20

– Silvia Ventura / Pablo Tormo

- 19:30 **11 Elevación de biomarcadores cardiacos durante el tratamiento con inhibidores de los puntos de control: ¿debemos siempre interrumpir la terapia?**
Lozano Palencia, Teresa; De la Hoz Marañon, Lucía; Mateo Soler, José Manuel; Yago Riquelme, Carlos; Martínez López, Daniel; Lloret Rubio, Adriana; López-Menchero, Carlos; Martínez Banaclocha, Natividad; García Araque, Montserrat; Martínez Martínez, Juan Gabriel.
Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario Doctor Balmis. Alicante
- 19:37 **12 La reducción del Filtrado glomerular asocia aumento de Hemoglobina tras Inicio de Dapaglifozina en la Insuficiencia Cardíaca con Fracción de Eyección Reducida**
Fuertes Kenneally, L; Miñana, G; Amiguet, M; Palau, P; Seller, J; De la Espriella, R; Górriz, JL; Bayés-Genis, A; Valle, A; Núñez, J. Hospital Clínico Universitario de Valencia
- 19:44 **13 Prevalencia y predictores de soledad en pacientes con insuficiencia cardiaca**
Pérez Sánchez, A; Jaramillo Argenta, C; Zaharia, G; Benito Ferrer, T; Mollar Fernández, A; Civera Gómez, J; Conesa Bona, A; Sanchís Forés, J; Núñez Villota, J.
Hospital Clínico Universitario de Valencia, INCLIVA
- 19:53 **14 Efecto de la dosis óptima de ejercicio sobre la función endotelial en pacientes con IC: revisión sistemática y meta-análisis**
Fuertes-Kenneally, L; Manresa-Rocamora, A; García-Barrios, A; Herrero-Brocal, M; Valverde Soria, L; Blasco-Peris, C; Ribeiro, F; Sempere-Ruiz, N; Sarabia, J; Climent-Payá, V
Hospital General Universitario de Alicante
- 20:00 **15 ¿Existen diferencias de sexo en el tratamiento de pacientes con FA?**
Carles Muñoz Alfonso; Cristina García Pérez; Eva Maicas Alcaine; Gema Torres Fontes; Daniela Maidana; Daznia Bompart; Regina Blanco Del Burgo; Francisca Esteve Claramunt; Clara Bonanad Lozano. Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario Valencia
- 20:07 **16 Análisis de seguridad del tratamiento neurohormonal en relación a variables clínicas en una población diagnosticada de amiloidosis cardíaca por transtirretina.**
Segarra Vidal, I; de la Cruz Cereceda, S; Amiguet Comins, M; Ventura Haro, S; Trejo Velasco, B; Solsona Caravaca, J; Arveras Martínez, C; Giménez García, L; Soriano Borja, R; Bellver Navarro, A. Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario de Castellón.
- 20:14 **17 Ciclosilicato de sodio y zirconio e inhibidores del sistema renina-angiotensina-aldosterona para el manejo del paciente anciano con síndrome cardio-renal.**
Barreres-Martín, G; Arroyo-Álvarez, A; Bompart Berroteran, D; Lorenzo, M; Villar Conejos, S; Nuñez Marín, G; de la Espriella, R; Montomoli, M; Górriz, JL; Bonanad, C.
Cardiología geriátrica, INCLIVA, Valencia
- 20:21 **18 Explorando el Impacto de las alteraciones del potasio sérico y los factores de riesgo cardiovascular en pacientes con enfermedad cardio-renal**
Bompart Berroteran, D; Blanco del Burgo, R; Esteve Claramunt, F; Gonzalez Rico, M; Montomoli, M; Maidana, Daniela; García Pérez, C; Muñoz Alfonso, C; Górriz, JL; Bonanad Lozano, C.
Cardiología, Incliva, Valencia
- 20:28 **19 Optimización farmacológica integral durante la Fase 2 de un programa ambulatorio de Rehabilitación Cardíaca**
Marcos Garcés, V; Merenciano González, H; Martínez Mas, ML; Palau Sampió, P; Climent Alberola, JI; Pérez, N; Arizón Benito, A; Payá Rubio, A; Chorro, FJ; Bodí, V
Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia
- 20:35 **20 Análisis de mortalidad en relación a variables clínicas y empleo de terapia fundacional de insuficiencia cardiaca en la amiloidosis cardíaca por transtirretina**
de la Cruz Cereceda, S; Segarra Vidal, I; Amiguet Comins, M; Ventura Haro, S; Trejo Velasco, B; Solsona Caravaca, J; Arveras Martínez, C; Giménez García, L; Soriano Borja, R; Bellver Navarro, A. Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Castellón

**SALA C · Clínica 21 a 29**

– Joaquín Martín / Ana Peset

- 19:30 **21 Perfil microbiológico de la endocarditis infecciosa en nuestro medio. relación con mortalidad intrahospitalaria**
Domingo Valero, D; Huélamontoro, S; Fernández Ortiz, N; Soriano Alfonso, VV; Rodríguez Serrano, M; Blanes Hernández, R; Martínez León, JB; Buendía Fuentes, F; Arnau Vives, MA; Martínez Dolz, LV
Servicio de Cardiología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia
- 19:37 **22 Parámetros analíticos relacionados con mortalidad intrahospitalaria en endocarditis infecciosa**
Domingo Valero, D; Soriano Alfonso, VV; Huélamontoro, S; Fernández Ortiz, N; Blanes Julia, FM; Pérez Guillen, M; Osa Sáez, A; Rueda Soriano, J; Arnau Vives, MA; Martínez Dolz, LV.
Servicio de Cardiología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia
- 19:44 **23 Influencia del sexo en la mortalidad intrahospitalaria en pacientes con endocarditis infecciosa**
Fernández Ortiz, N; Soriano Alfonso, V; Domingo Valero, D; Huélamontoro, S; Llau García, J; Agüero Ramón-LLin, J; Blanes Julia, FM; Tebar Botí, E; Arnau Vives, MA; Martínez Dolz, LV.
Servicio de Cardiología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia
- 19:53 **24 Influencia de las características basales en la insuficiencia cardiaca con fracción de eyección del ventrículo izquierdo mejorada**
Gramage Sanchis, P; Hidalgo Mateos, A; García Martín, G; Queipo Rodríguez, A; Galiana Talavera, E; Gerlado Martínez, J; Callizo Gallego, R; Valls Serral, A; Roldán Torres, I; Mora Llabata, V.
Servicio de Cardiología, Hospital Universitari Doctor Peset, València
- 20:00 **25 Diferencia residual en colesterol LDL como indicador de adherencia a cambios en el estilo de vida durante un programa ambulatorio de Rehabilitación Cardíaca**
Merenciano González, H; Marcos Garcés, V; Martínez Mas, ML; Palau Sampió, P; Climent Alberola, JI; Pérez, N; Arizón Benito, A; Payá Rubio, A; Chorro, FJ; Bodí, V.
Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia
- 20:07 **26 Fibrosis endomiocárdica por strongyloides**
Jorge Llau Garcia; Ignacio Sanchez Lazaro.
Servicio de Cardiología, Hospital Universitari i Politécnico La Fe Valencia
- 20:14 **27 Valor diagnóstico de la resonancia cardíaca en la miocarditis aguda: estudio de una cohorte unicéntrica prospectiva**
Albiach, C; Maidana, D; Maicas Alcaine, E; Barreres Martín, G; Arroyo Álvarez, A; Monmeneu, J; Muñoz Alfonso, C; López Lereu, M; Bonanad Lozano, C. Valencia
- 20:21 **28 Caracterización clínica y eléctrica de una cohorte de pacientes con prolapso valvular mitral atendidos en un centro terciario.**
Arveras Martínez, C; Soriano Borja, R; Trejo Velasco, B; Sanchis Herrero, A; Pérez Gozalbo, J; Solsona Caravaca, J; Giménez García, L; De la Cruz Cereceda, S; Segarra Vidal, I; Bellver Navarro, A.
Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Castellón
- 20:28 **29 Acumulación de factores de riesgo adicionales en pacientes hipertensos remitidos a la consulta especializada de un Hospital terciario.**
García Zuazola A; Morales Ruiz E; Segura de la Morena J.
Universidad Complutense de Madrid

SALA D · Isquémica 30 a 37

– David Tejada / Blanca Trejo

- 19:30 **30 Nuevo índice aterogénico para la predicción de aterosclerosis carotídea basado en el ratio proteína C reactiva / HDLc**
Fabregat Andrés, O; Pérez de Lucía Fernández de Ibarra, P; Vallejo García, V; León del Pino, MC; Herrera Cañizares, G; Jacas Osborn, V; Vera Ivars P; Barrios Pitarque, C.
 Servicio de Cardiología Hospital IMED Valencia
- 19:37 **31 Resultados en salud de un programa ambulatorio de Rehabilitación Cardíaca según categorías de riesgo**
Marcos-Garcés, V; Merenciano-González, H; Martínez Mas, ML; Palau Sampió, P; Climent Alberola, JI; Pérez, N; Arizón Benito, A; Payá Rubio, A; Chorro, FJ; Bodí, V.
 Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia
- 19:44 **32 Manejo diagnóstico, terapéutico y pronóstico de pacientes diagnosticados de minoca: ¿cuál es la realidad?**
García Martín, G; Gil Llopis, C; Queipo Rodríguez, A; Valls Serral, A.
 Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Dr. Peset de Valencia
- 19:53 **33 Predicción de trombo ventricular izquierdo tras un infarto agudo de miocardio mediante variables clínicas, ecocardiográficas y electrocardiográficas**
Bertolín Boronat, C; Marcos Garcés, V; Merenciano González, H; Pérez, N; Gavara, J; López Lereu, MP; Monmeneu, JV; Iraola Viana, Mínguez Díaz de Alda, S; Bodí, V.
 Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia
- 20:00 **34 Incompetencia cronotrópica y tratamiento cronotrópico negativo durante la Fase 2 de un programa ambulatorio de Rehabilitación Cardíaca**
Marcos Garcés, V; Merenciano González, H; Palau Sampió, P; Martínez Mas, ML; Climent Alberola, JI; Pérez, N; Arizón Benito, A; Payá Rubio, A; Chorro, FJ; Bodí, V
 Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia
- 20:07 **35 Características clínicas y pronóstico asociados a la enfermedad multivaso en pacientes tras un infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST**
Iraola Viana, D; Marcos Garcés, V; Merenciano González, H; Pérez, N; Gavara, J; Ríos Navarro, C; de Dios, E; Bertolín Boronat, C; Mínguez Díaz de Alda, S; Bodí, V.
 Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia
- 20:14 **36 Pronóstico de pacientes mayores de 80 años que ingresan en la unidad coronaria por síndrome coronario agudo.**
Luengo Pérez, S; Ferrando Beltrán, M; Pirola, A; Vidal Urrutia, V; Abdala Lizarraga, J; Llopis Gisbert, G; Moruno Benita, MA; Quesada Ocete, FJ; Payá Serrano, R.
 Servicio de Cardiología del Hospital General Universitario de Valencia.
- 20:21 **37 Diferencias en función del sexo en el MINOCA, ¿existen?**
Queipo Rodríguez, A; Gil Llopis, C; García Martín, G; Gramage Sanchis, P; Hidalgo Mateos, A; Geraldo Martínez, J; Galiana Talavera, E; Contreras Tornero, MB; Gimeno Tio, P; Valls Serral, A.
 Cardiología, Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia



Jueves 11 de Mayo

8:30 - 9:30

Comunicaciones libres

SALA A · Electrocardiografía 38 a 45

– Clara Gunturiz / Victor Pérez

- 8:30 **38 Resonancia magnética cardíaca y ecocardiografía para predecir terapias apropiadas del desfibrilador automático implantable tras un infarto agudo de miocardio**
Marcos Garcés, V; Pérez, N; Gavara, J; López-Lereu, MP; Monmeneu, JV; Merenciano González, H; Gabaldón Pérez, A; Ferrero de Loma Osorio, A; Ruiz Granell, R; Bodí, V.
Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia
- 8:37 **39 Riesgo de ingreso por insuficiencia cardíaca y necesidad de upgrade a terapia de resincronización cardíaca en pacientes portadores de marcapasos con SafeR**
Navarrete Navarro, J; Jover Pastor, P; Ayala More, HD; Sánchez Martínez JC; Navarro Manchon, J; Cano Pérez, O; Mira, JL; Izquierdo de Francisco, MT; Martínez Dolz, L; Osca Asensi, J. Servicio de Cardiología, Hospital Universitari i Politècnic, la Fe de València.
- 8:44 **40 PR largo como predictor del aumento de porcentaje de estimulación ventricular en pacientes portadores de marcapasos con SafeR.**
Navarrete Navarro, J; Jover Pastor, P; Ayala More, HD; Mira, JL; Sánchez Martínez, JC; Cano Pérez, O; Navarro Manchón, J; Izquierdo de Francisco, MT; Martínez Dolz, L; Osca Asensi, J.
Servicio de Cardiología, Hospital Universitari i Politècnic La Fe, València
- 8:53 **41 Análisis de las lesiones producidas en la pared posterior auricular mediante electroporación para el aislamiento de venas pulmonares.**
Jover Pastor, P; Sánchez Martínez, JC; Ayala, HD.; Rico Sapiña, S.; Pimenta Fermisson-Ramos, P.; Izquierdo de Francisco, MT; Cano Pérez, O.; Navarro-Manchón, J.; Osca Asensi, J.; Martínez-Dolz, L. Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia. Instituto de Investigación La Fe. Universidad Politécnica.
- 9:00 **42 Ablación de Fibrilación auricular mediante electroporación. Análisis preliminar en fase aguda**
Sánchez Martínez, JC; Navarrete Navarro, J; Jover Pastor, P; Llau García, J; Martínez Solé, J; Sorolla Romero, JA; Cano Pérez, O; Izquierdo De Francisco, MT; Navarro Manchón, J; Osca Asensi, J. Cardiología, Hospital La Fe de Valencia
- 9:07 **43 Biomarcadores de inflamación en pacientes con fibrilación auricular**
Quesada Ocete J; Quesada Ocete B; Paya Chaume A; Jiménez Bello J; Cerveró Rubio A; Palanca Gil V; Herreros Pomares A; Payá Serrano R; Vidal Vanaclocha F; Quesada Dorador A.
Cardiología, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia. Escuela del Doctorado. Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir
- 9:14 **44 La hiperuricemia se asocia a un peor pronóstico en pacientes con fibrilación auricular**
Quesada Ocete, FJ; González Ritonnale, A; Quesada Ocete, B; Jiménez Bello, J; Cerveró Rubio, A; Luengo Pérez, S; Rubini Costa, R; Payá Chaume, A; Payá Serrano, R; Quesada Dorador, A.
Cardiología, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia
- 9:21 **45 Comparación de una estrategia de búsqueda sistemática de captura de la rama izquierda frente a estimulación septal izquierda**
Javier Navarrete; José Carlos Sánchez; Julia Martínez; Hebert D. Ayala; Pablo Jover; Maite Izquierdo; Josep Navarro; Joaquín Osca; Luis Martínez-Dolz; Óscar Cano.
Servicio Cardiología, Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia

SALA B · Ecocardiografía 46 a 53

– Jana Pérez / Ana Cuevas

- 8:30 **46 Características basales de los pacientes con insuficiencia tricúspide grave**
Giménez García, L; Solsona Caravaca, J; Pérez Gozalbo, J; Arveras Martínez, C; de la Cruz Cereceda, S; Segarra Vidal, I; Soriano Borja, R; Briatore, A; Soriano Navarro, C; Bellver Navarro, A.
 Servicio de Cardiología, Unidad de Imagen y Técnicas No Invasivas, Hospital General Universitario de Castellón.
- 8:37 **47 Ingresos hospitalarios por insuficiencia cardíaca y mortalidad de los pacientes con insuficiencia tricúspide grave**
Solsona Caravaca, J; Giménez García, L; Pérez Gozalbo, J; Arveras Martínez, C; de la Cruz Cereceda, S; Segarra Vidal, I; Soriano Borja, R; Briatore, A; Soriano Navarro, C; Bellver Navarro, A.
 Servicio de Cardiología, Unidad de Imagen y Técnicas No Invasivas, Hospital General Universitario de Castellón
- 8:44 **48 Strain longitudinal del ventrículo derecho y de la aurícula izquierda en pacientes adultos con D-TGA y corrección anatómica.**
José Carlos Sánchez Martínez; Pablo Jover Pastor; Silvia Lozano Edo; María Rodríguez Serrano; Ana Osa Sáez; Julia Martínez Solé; Javier Navarrete Navarro; José Antonio Sorolla Romero; Francisco Buendía Fuentes; Joaquín Rueda Soriano.
 Cardiología. Hospital Universitario y Politécnico la fe de Valencia.
- 8:53 **49 Codificación y representación gráfica del twist ventricular con aplicación práctica.**
Paula Gramage Sanchis; Alberto Hidalgo Mateos; Ester Galiana Talavera; Juan Geraldo Martínez; Pablo Escribano Escribano; Pau Gimeno Tío; Celia Gil Llopis; M. Belén Contreras Tornero; Ildefonso Roldán Torres; Vicente Mora Llabata. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Dr Peset, Valencia
- 9:00 **50 El wringing, y no el twist, factor determinante de la función ventricular izquierda.**
Alberto Hidalgo Mateos; Paula Gramage Sanchis; Juan Geraldo Martínez; Ester Galiana Talavera; M. Belén Contreras Tornero; Celia Gil Llopis; Pau Gimeno Tío; Pablo Escribano Escribano; Ildefonso Roldán Torres; Vicente Mora Llabata.
 Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Dr Peset, Valencia
- 9:07 **51 Mejoría del strain longitudinal global tras reposición de hierro en pacientes con insuficiencia cardíaca estable**
Benavent García, C; Romero Valero, A; García Suárez, A; Rodríguez Santiago, FM; Del Río López, M; Lledó Ortíz, C; Vicente Ibarra, N; García Honrubia, A; Martínez Moreno, M; Morillas Blasco, P.
 Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Elche, Elche
- 9:14 **52 MINOCA en resonancia magnética cardíaca**
Alba García Suárez; Nuria Vicente Ibarra; Eloisa Feliu Rey; Francisco Manuel Rodríguez Santiago; Carla Benavent García; Marina del Río López; Cristina Lledó; Paula Tejedor Viñuela; Pedro Morillas Blasco; Juan Miguel Ruiz Nodar. Cardiología
- 9:21 **53 Variaciones del flujo venoso intrarrenal en insuficiencia cardíaca aguda y su valor pronóstico**
Núñez Marín, G; de la Espriella, R; Lorenzo Hernández, M; Santas, E; Miñana, G; Palau, P; Villar, S; Sanchis, J; Cobo, M; Núñez, J. Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia
- 9:28 **54 Impacto de la OMV persistente tras un IAMEST en la remodelación adversa del ventrículo izquierdo: un estudio de RMC**
Cesar Rios-Navarro; Jose Gavara; Maria P. López-Lereu; Jose V. Monmeneu; Elena de Dios; Nerea Perez-Sole; Victor Marcos-Garces; Hector Merenciano; Francisco J Chorro; Vicente Bodí.
 Hospital Clínico Universitario de Valencia
- 9:35 **55 La perfusión cuantitativa por resonancia magnética cardiovascular: nueva herramienta para detectar la obstrucción microvascular**
Jose Gavara; Cesar Rios-Navarro; Maria P. López-Lereu; Jose V. Monmeneu; Elena de Dios; Nerea Perez-Sole; Victor Marcos-Garces; Hector Merenciano; Francisco J Chorro; Vicente Bodí.
 Hospital Clínico Universitario de Valencia

**SALA C · Ecocardiografía 54 a 64**

– Carlos Soriano / Manuel Ojeda

- 8:30 **56 Predictores clínicos de la obstrucción microvascular tras un infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST**
Jose Gavara; Cesar Rios-Navarro; Maria P. López-Lereu; Jose V. Monmeneu; Elena de Dios; Nerea Perez-Sole; Victor Marcos-Garces; Hector Merenciano; Francisco J Chorro; Vicente Bodí.
Hospital Clínico Universitario de Valencia
- 8:37 **57 Detección incidental y cuantificación de calcio coronario en tomografía computarizada torácica de alta resolución**
Mínguez Diaz de Alda, S; Marcos Garcés, V; Merenciano González, H; Villa-Sánchez, CA; Pérez-Pelegrí, M; Bertolín Boronat, C; Iraola Viana, D; Chorro, FJ; Moratal, D; Bodí, V.
Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia
- 8:44 **58 Implicaciones pronósticas y terapéuticas de la isquemia residual mediante resonancia magnética cardíaca de estrés en pacientes tras infarto agudo de miocardio**
Iraola Viana, D; Marcos Garcés, V; Merenciano González, H; Gavara, J; Monmeneu, JV; López Lereu, MP; Pérez, N; Ríos Navarro, C; de Dios, E; Bodí, V
Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia
- 8:53 **59 Asociación del tejido adiposo epicárdico con el tamaño del infarto y remodelado ventricular tras un IAMEST: estudio con resonancia magnética cardíaca**
Merenciano González, H; Gavara, J; Marcos Garcés, V; Molina García, T; Llopis Lorente, J; López Lereu, MP; Monmeneu, JV; Pérez, N; Ríos Navarro, C; Bodí, V.
Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia
- 9:00 **60 Impacto de la FEVI mediante resonancia magnética cardíaca para predecir el reingreso por insuficiencia cardíaca tras un IAMEST en ancianos y no ancianos**
Merenciano González, H; Marcos Garcés, V; Gavara, J; Gabaldón Pérez, A; López Lereu, MP; Monmeneu, JV; Pérez, N; Ortiz Pérez, JT; Rodríguez Palomares, JF; Bodí, V
Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia
- 9:07 **61 Impacto de la sospecha de endocarditis infecciosa en el laboratorio de ecocardiografía en un hospital terciario**
Carrion Cavero, A; Pérez Boscá, L; Payá Chaume, A; Cubillos Arango, A; Cardona Mulet, S; Valverde Tavira, A; Harvat, M; Gradolí Palmero, J; Melero Ferrer, J; Payá Serrano, R.
Servicio de Cardiología del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia
- 9:14 **62 Causas de variación en el área valvular aórtica determinada por ecocardiografía transtorácica**
Jorge Sanz Ros; Silvia Lozano Edo; María Calvo Asensio; María Rodríguez Serrano; Francisco Buendía Fuentes; Enrique Robles Pérez; Valero Soriano Alfonso; Ana Osa Sáez; Luis Martínez Dolz; Jaume Agüero. Servicio de Cardiología, Hospital Universitari y Politècnic La Fe de Valencia
- 9:21 **63 Caracterización clínica y estructural de una cohorte de pacientes con PVM atendidos en un centro terciario**
Soriano Borja, R; Arveras Martínez, C; Sanchis Herrero, A; Trejo Velasco, B; Pérez Gozalbo, J; Solsona Caravaca, J; Giménez García, L; De la Cruz Cereceda, S; Segarra Vidal, I; Bellver Navarro, A. Servicio de Cardiología del Hospital General de Castelló
- 9:28 **64 Asociación entre el área de vena contracta y patrones de flujo venoso pulmonar en la insuficiencia mitral funcional: relevancia de las mediciones 3D**
María Calvo Asensio; Silvia Lozano Edo; Jorge Sanz Ros; María Rodríguez; Serrano; Francisco Buendía Fuentes; Ana Osa Sáez; Luis Martínez Dolz; Jaume Agüero Ramón-Llin.
Cardiología, Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia

SALA D · **Hemodinámica 65 a 74**
 · **Epidemiología 75**
 · **C. Experimental 76 y 77**

– Vicente Pernias / Victor Marcos

- 8:30 **65** **Uso de la reserva fraccional de flujo para guiar la revascularización arterial coronaria: revisión sistemática y metanálisis de 78.897 pacientes**
Martínez Solé, J; Sorolla Romero, JA; Farjat Pasos, JI; Hussain, B; Garg, M; Chiarito, M; Díez Gil, JL; Waksman, R; García García, HM; Sanz Sánchez, J
 Cardiología, Hospital Universitari i Politecnic la Fe de Valencia
- 8:37 **66** **Uso de balón de corte en comparación con otros dispositivos en pacientes con enfermedad de vaso nativo. Metanálisis de ensayos clínicos randomizados.**
Sorolla Romero, JA; Calvo Asensio, M; Sanz Sánchez, J; Martínez Solé, J; Sánchez Martínez, JC; Huéllamo Montoro, S; Sanz Ros, J; Guerrero Cervera, B; Díez Gil, JL; Martínez Dolz, L.
 Servicio de Cardiología, Hospital La Fe de Valencia.
- 8:44 **67** **Los dispositivos contemporáneos de oclusión del apéndice auricular izquierdo percutáneo tienen los mismos resultados clínicos a largo plazo: un metanálisis**
Sánchez Martínez, JC; Sorolla Romero, JA; Mahesh Alla, V; S. Gill, G; Kanmanthareddy, A; García-García, HM; Sanz Sánchez, J.
 Servicio de Cardiología, Hospital Politécnico y Universitario La Fe de Valencia
- 8:53 **68** **Impacto clínico de la reserva fraccional de flujo con regadenosón como guía para la revascularización de lesiones angiográficamente moderadas.**
Benavent García, C; Tejedor Viñuela, P; Romero Valero, A; Rodríguez Santiago, FM; García Suárez, A; Del Río López, M; Lledó Ortíz, C; García Berenguer, R; Morillas Blasco, P.
 Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Elche
- 9:00 **69** **Registro de las angioplastias a tronco coronario izquierdo realizadas en el Hospital La Fe en los últimos 4 años. Análisis retrospectivo.**
Sorolla Romero, JA; Calvo Asensio, M; Huéllamo Montoro, S; Fernández Ortiz, N; Sanz Ros, J; Soriano Alfonso, VV; Vélchez Tschischke, JP; Sanz Sánchez, J; Díez Gil, JL; Martínez-Dolz, L.
 Servicio de Cardiología del Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.
- 9:07 **70** **Estrategia invasiva, conservadora o guiada por resonancia magnética de estrés para la revascularización de la arteria no culpable en infarto agudo de miocardio**
Iraola Viana, D; Marcos Garcés, V; Merenciano González, H; Gavara, J; Monmeneu, JV; López Lereu, MP; Pérez, N; Ríos Navarro, C; de Dios, E; Bodí, V.
 Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia
- 9:14 **71** **Prevalencia de enfermedad coronaria en pacientes con estenosis aórtica severa que van a ser sometidos a implante de prótesis aórtica por vía percutánea**
Giménez García, L; Ventura Pérez, B; Trejo Velasco, B; Pernias Escrig, V; Tejada Ponce, D; Melero Lloret, J; Solsona Caravaca, J; Arveras Martínez, C; De la Cruz Cereceda, S; Bellver Navarro, A.
 Servicio de Cardiología del Hospital General Universitario de Castellón
- 9:21 **72** **Revascularización completa al ingreso versus al alta en pacientes con infarto de miocardio con elevación del ST y enfermedad multivaso. Ensayo REVIVA-ST**
Carrión Cavero, A; Fernández Fernández, C; Vidal Urrutia, V; Valero Picher, E; Vilar Herrero, JV; Cubillos Arango, A; Berenguer Jofresa, A; Fácila Rubio, L; Llopis Gisbert, G; Rumiz González, E.
 Servicio de Cardiología del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.
- 9:28 **73** **Comparación del tratamiento con doble antiagregación según la práctica clínica habitual vs el recomendado por score PRECISE-DAPT en pacientes con SCASEST.**
Arveras Martínez, C; Pernias Escrig, V; Trejo Velasco, B; Tejada Ponce, D; Ventura Pérez, B; Solsona Carvaca, J; Giménez García, L; De la Cruz Cereceda, S; Amiguet Comins, M; Bellver Navarro, A.
 Unidad de Hemodinámica, Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Castellón



9:35	74 Complicaciones relacionadas con el dispositivo de cierre vascular en intervenciones TAVI <i>Francisco Javier Quesada Ocete; Darío Sanmiguel Cervera; Alberto Berenguer Jofresa; Eva Rúmiz González; Andrés Mauricio Cubillos Arango; Jorge Manuel Solano López; Juan Vicente Vilar Herrero; Guillem Llopis Gisbert; Sergio Luengo Pérez; Rafael Payá Serrano.</i> Servicio de Cardiología, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia
9:42	75 Cambios precoces en el filtrado glomerular y riesgo de mortalidad en insuficiencia cardíaca aguda. El papel de la función renal al ingreso y la descongestión <i>Laura Fuertes; Gonzalo Núñez; Miguel Lorenzo Hernández; Sandra Villar; Rafael de la Espriella; Marta Cobo; Juan Sanchis; Francisco Javier Chorro; Julio Núñez.</i> Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia
9:49	76 Meta-análisis transcriptómico para entender los cambios en la composición de la matriz extracelular tras un infarto de miocardio <i>Maria Ortega; Cesar Rios-Navarro; Tamara Molina-Garcia; Jose Gavara; Elena de Dios; Nerea Perez-Sole; Victor Marcos-Garcés; Francisco J Chorro; Vicente Bodi; Amparo Ruiz-Sauri.</i> Hospital Clínico Universitario de Valencia
9:56	77 Caracterización de la matrix extracelular en el miocardio infartado con daño microvascular aislado de un modelo experimental: un estudio morfométrico <i>Tamara Molina-García; César Rios-Navarro; Maria Ortega; Elena de Dios; Jose Gavara; Nerea Perez-Solé; Victor Marcos-Garcés; Francisco J Chorro; Vicente Bodi; Amparo Ruiz-Sauri.</i> Hospital Clínico Universitario de Valencia

9:30 - 10:00

SALA A · Acto Inaugural

10:15 - 11:30

SALA A · Cardiopatías familiares

Moderador Jose María Lopez Ayala. Hospital Universitario San Juan de Alicante.
Martina Amiguet Comins. Hospital General Universitario de Castellón

Ponentes**1- Mi paciente tiene hipertrofia. ¿Qué puede ser?. Redflags en MCH, Amiloidosis, Fabry.**

Alexandre Sanchis. Hospital General Universitario de Castellón

2- Valoración del riesgo de muerte súbita en cardiopatías familiares.

Amaya Garcia. Hospital General Universitario Dr. Balmis de Alicante

3- Nuevas Moléculas en el tratamiento de las miocardiopatías.

Esther Zorio. Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia

Patrocinado: Boston Scientific (Posmedica), Pzifer, Sanofi

11:30 - 12:00

Pausa café

12:00 - 13:15

SALA A · Cardiooncología

Moderador Enrique Santas

Ponentes**Disfunción ventricular asociada a anti-HER2. ¿Cuándo suspender? ¿Cuándo continuar?**

Victor Ortiz. Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia

Abordaje estructurado de la fibrilación auricular en el paciente oncológico.

Teresa Lozano. Hospital General Universitari Dr. Balmis Alicante

Pericardio y cáncer.

Alejandro Cortell. Hospital Provincial de Castellón

Patrocinado: Bayer

13:15 - 14:15	<p>SALA A · Aportación de la cardioRMN y el CardioTC en la práctica clínica</p>
	<p><i>Moderador</i> Ruth Sánchez. Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy</p> <p><i>Ponentes</i></p> <p>¿Qué nos aporta la cardioRMN en la toma de decisiones? Begoña Igual. Hospital General Universitario de Valencia</p> <p>¿Cómo nos ayuda el cardioTC en el manejo de nuestros pacientes? Marta Tomás. Servicio de Radiología de la Fundación Jiménez Díaz. Madrid</p>
14:15 - 17:00	<p>Comida</p>
17:00 - 18:15	<p>SALA A · Actualización en el manejo actual de hipertensión pulmonar</p>
	<p><i>Moderador</i> Luis Almenar. Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia</p> <p><i>Ponentes</i></p> <p>Diagnóstico de hipertensión pulmonar. María Lázaro. Unidad de hipertensión pulmonar del Hospital Universitario de Toledo</p> <p>Tratamiento de hipertensión pulmonar. Alejandro Cruz. Unidad de hipertensión pulmonar del Hospital 12 de Octubre. Madrid</p> <p>Hipertensión pulmonar de causa izquierda. Carlos Chamorro. Unidad de hipertensión pulmonar del Hospital Virgen de Los Lirios. Alcoy. Alicante</p> <p><i>Patrocinado:</i> Janssen y MSD</p>
18:00	<p>SALA B · Taller Teórico-práctico de implante y manejo de asistencias ventriculares percutáneas para médicos y enfermeros</p>
	<p><i>Presentación:</i> Rafael Calvo y Eva Rumiz</p> <p>BCIAo: ¿Todavía tiene un papel? Indicaciones e implante paso a paso. Pablo Almela. Enfermero Hospital General Universitario de Valencia Dr. Ernesto Valero. Hospital Clínico Universitario de Valencia</p> <p>Impella: ¿Soporte percutáneo de elección? Utilidad e implante paso a paso. Joan Alonso. Enfermero Hospital General Universitario de Valencia Dra. Eva Rumiz. Hospital General Universitario de Valencia</p> <p>ECMO: ¿Qué debemos conocer los cardiólogos? Canulación y puesta en marcha. María Angeles Bruñó. Perfusionista Hospital General Universitario de Valencia</p> <p>Tips and tricks para el manejo en la Unidad Coronaria. Hands-on con modelos Dra. Verónica Vidal.</p> <p><i>Patrocinado:</i> Izasa Medical, CSL, Zoll and LifeVest</p>
18:15 - 18:45	<p>Pausa café. Reuniones administrativas de las secciones</p>



18:45 - 20:00

**SALA A · Protocolos de derivación de pacientes:
Actualización de guías y práctica clínica**

Moderadores **Alejandro Bellver**. Hospital General Universitario de Castellón.
Aurelio Quesada. Hospital General Universitario de Valencia

Ponentes**Protocolo clínico en Resincronización Cardíaca.**

Juan Gabriel Martínez. Hospital General Universitario Dr. Balmis de Alicante

Protocolo clínico en Fibrilación Auricular.

Joaquín Osca. Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia

Protocolo clínico en muerte súbita.

Eloy Domínguez. Hospital Clínico Universitario de Valencia

Patrocinado: Medtronic

Viernes 12 de Mayo

9:00 - 10:15

SALA A · Enfermedad cardiovascular en la mujer

Moderador **Miriam Sandin**. Hospital General Universitario Dr Balmis de Alicante

Ponentes**1.- Factores de riesgo cardiovascular en la mujer.**

Nuria Vicente Ibarra. Cardióloga del Hospital General Universitario de Elche

2.- La enfermedad cardiovascular a lo largo de la vida de la mujer.

Alicia Serrano. Cardióloga del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia

3.- Síndromes ginecológicos y obesidad como factores cardiovasculares de elevado riesgo.

Paloma Baviera. Ginecóloga del Hospital General Universitario Dr. Balmis de Alicante

Patrocinado: Organon y Novo Nordisk

9:00 - 13:30

SALA B · Mesa de Enfermería. Trabajo en equipo**Moderadoras**

Rosa María Revert Gandía. Supervisora de Cardiología del Hospital Verge dels Liris. Alcoi.

Laura Aroca Fernández. Enfermera del servicio de Electrofisiología. Hospital de La Ribera.

Mireia Benavent Vallejo. Enfermera del servicio de Insuficiencia Cardíaca. Hospital de la Ribera.

Rafa Calvo Vidal. Enfermero de Hemodinámica. Hospital de la Ribera.

1E Papel de Enfermería en el Estudio de Microcirculación Coronaria

Calvo Vidal, R; España Cucarella, D; Jornet Ibiza, D; Hervás Martín, L; Federico Zaragoza, P; Talens Montes, V; Adell Gil, P. Servicio de Hemodinámica, Hospital de La Ribera, Alzira

2E Fisioterapia en pacientes con insuficiencia cardíaca estable

Aparici Redal, A; Bompart Berroteran, D; Esteve Claramunt, F; Blanco del Burgo, R; Maidana, D; Pérez García, C; Maicas Alcaine, E; Muñoz Alfonso, C; Freitas Durks, V; Bonanad Lozano, C. Insvacor

- 3E Análisis descriptivo en pacientes con fibrilación auricular y cardiopatía isquémica que requieren triple terapia antitrombótica. Experiencia monocéntrica.**
Francisca Esteve Claramunt; Daznia Bompert Berroteran; Regina Blanco Del Burgo; Daniela Maidana; Eva Maicas Alcaine; Guillermo Barreres; Andrea Arroyo Álvarez; Gema Torres Fontes; Juan Ramón De Moya Romero; Clara Bonanad Lozano.
 Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia
- 4E Validación de la aplicación 6wt para la monitorización del estadio funcional de los pacientes cardiológicos**
Ribera Soler, M.; Sánchez Rubio, V.; Juan Carrión, B.; Gómez Pastor, M.A.; Domínguez Abad, F.; Matarredona Bárbara, M; Ramírez Parra, M.; Revert Gandía, R.M.; Chamorro Fernández, C.I.; Sánchez Soriano, R.M. Cardiología Hospital Mare de Deu dels Liris Alcoi
- 5E Nivel de ocupación y edad de los pacientes ingresados en una unidad de hospitalización de cardiología**
Reyes Galera, M.J.; Muñoz Soler, V.; Abad Aguilar, T.; Guerola Porta, C.; Díaz López, Y.; Richart Prats, M.; Llorca Cortés, M.J.; Jordá Calatayud, M.; Revert Gandía, R.M.; Marco Francés, E.
 Servicio de Cardiología Hospital Mare de Déu dels Liris Alcoi
- 6E Contaminación acústica en una unidad de hospitalización de cardiología**
Gómez Pastor, M.A.; Juan Carrión, B.; Díaz López, Y.; Ramírez Parra, M.; Muñoz Soler, V.; Abad Aguilar, T.; Guerola Porta, C; Ribera Soler, M.; Richart Prats, M.; Revert Gandía, RM
 Servicio de Cardiología Hospital Mare de Deu dels Liris Alcoi

10:15 - 11:30 SALA A · Riesgo cardiovascular y su control no optimizado

Moderador **Vicente Arrarte.** Hospital General Universitario Dr. Balmis de Alicante

Ponentes

Propuestas de mejora en el Control Asistencial

Clara Bonanad. Hospital Clínico Universitario de Valencia

Cómo tratar a nuestros pacientes con Riesgo vascular y DM tipo 2

Alfonso Valle. Hospital Marina Salud

Nuevos fármacos con evidencia en la reducción de morbimortalidad en dislipemia

Miriam Sandin. Hospital General Universitario Dr. Balmis de Alicante

Patrocinado: Novo Nordisk, Daiichi, Novartis y Boehringer Ingelheim- Lilly

11:30 - 12:00 Pausa café

12:00 - 12:45 SALA A · Asamblea general

12:45 - 14:15 SALA A · Entrenando con Ritmo

Moderadores **Maite Izquierdo De Francisco.**
 Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia

Vicente Bertomeu Gonzalez.
 Hospital Clínica Benidorm

Ponentes

Deporte y fibrilación auricular. ¿cómo, cuándo y a quién?

José Moreno Arribas. Hospital Universitario San Juan de Alicante y

Fernando de la Guía Galipienso. Policlínica Glorieta Denia. Hospital HCB Benidorm

Con un marcapasos también se puede (y se debe) entrenar.

Assumpció Saurí Ortiz. Hospital Arnau de Vilanova de Valencia

Javier Martínez Elvira. Hospital Vega Baja de Orihuela

Patrocinado: Biosense Webster



14:15 - 16:00	Comida
16:00 - 17:00	SALA A · Mesa cardiorrenal
	<i>Organiza</i> Rafa de la Espriella. Hospital Clínico Universitario de Valencia y Alfonso Valle. Hospital Marina Salud Denia
	<i>Ponentes</i>
	1- ¿Es posible la optimización terapéutica en el paciente cardiorrenal? Julia Seller. Hospital Marina Salud Denia
	2- Novedades en patología cardiorrenal en 2023. Raquel López. Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia
	3- Manejo del paciente cardiorrenal refractario. Miguel González. Hospital Clínico Universitario de Valencia
	<i>Patrocinado:</i> Bayer, Novartis, Astrazeneca
17:00 - 18:00	SALA A · Manejo del shock cardiogénico en la sala de Hemodinámica. Asistencias ventriculares percutáneas.
	<i>Moderadores</i> Eva Rumiz. Hospital General Universitario de Valencia Ernesto Valero. Hospital Clínico Universitario de Valencia
	Cuándo y qué pacientes debemos asistir en sala. Dr. Hector Cubero. Hospital del Mar
	Cómo seleccionar el dispositivo más adecuado. Accesos complejos Dr. Joan Antoni Gómez Hospital. Hospital Universitari de Bellvitge
	Asistencias ventriculares en el intervencionismo complejo. Adelantándonos al Shock Cardiogénico. Dra. Sandra Santos. Hospital General Universitario de Elche.
	Discusión
18:00 - 18:15	Pausa café
18:15 - 19:15	SALA A · Abordaje integral en prevención secundaria
	<i>Moderador</i> Lorenzo Facila. Hospital General Universitario de Valencia
	<i>Ponentes</i>
	Que tenemos que hacer. Diana Domingo. Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia
	Cómo lo hacemos. Lorenzo Facila. Hospital General Universitario de Valencia
	Cómo lo podemos hacer. Alberto Cordero. Hospital Universitario San Juan de Alicante
	<i>Patrocinado:</i> Ferrer
21:00	Cena del Congreso (Palasiet- Benicassim)

Programa social

JUEVES 12-05-22	9:30-10:00 h	ACTO INAUGURAL EN SALA A
-----------------	--------------	--------------------------

VIERNES 13-05-22	21:00 h	CENA DE CLAUSURA PALASIET BENICASSIM
------------------	---------	--------------------------------------

Reuniones administrativas de las secciones científicas y grupos de trabajo

CARDIOPATIA ISQUEMICA, ECG Y FISIOPATOLOGIA DEL EJERCICIO	JUEVES 11	18:15 a 18:45 h	SALA "B"
---	-----------	-----------------	----------

HEMODINAMICA	JUEVES 11	18:15 a 18:45 h	SALA "B"
--------------	-----------	-----------------	----------

CARDIOLOGÍA CLÍNICA	JUEVES 11	18:15 a 18:45 h	SALA "B"
---------------------	-----------	-----------------	----------

ESTIMULACION CARDIACA Y ARRITMIAS	JUEVES 11	18:15 a 18:45 h	SALA "C"
-----------------------------------	-----------	-----------------	----------

ECOCARDIOGRAFIA Y OTRAS TECNICAS DE IMAGEN	JUEVES 11	18:15 a 18:45 h	SALA "C"
--	-----------	-----------------	----------

CARDIOLOGIA PREVENTIVA, HTA Y OTROS FACTORES DE RIESGO	JUEVES 11	18:15 a 18:45 h	SALA "D"
--	-----------	-----------------	----------

ENFERMERIA	JUEVES 11	18:15 a 18:45 h	SALA "D"
------------	-----------	-----------------	----------



CONVOCATORIA PARA LA ASAMBLEA GENERAL ORDINARIA AÑO 2023

Con arreglo a los artículos 13, 14 y 15 de nuestros estatutos, la Junta Directiva convoca a todos sus socios para celebrar la **Asamblea General de la Sociedad**, en sesión ordinaria, el día 12 de Mayo próximo, viernes, en la sala A del Hotel Jaime I de Castellón, sede del XL CONGRESO DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES DE LA COMUNIDAD VALENCIANA de la Sociedad Valenciana de Cardiología, a las 12:00 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. **XL 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 CIENTIFICAS**- Informe de sus responsables respectivos.
7. **SITUACION 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 y Becas de Investigación 2022
11. **RUEGOS Y PREGUNTAS**

PREMIOS A COMUNICACIONES XL CONGRESO

PREMIO	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 y 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

Participarán, salvo mención expresa por parte de los autores, todas las comunicaciones a la referida Reunión.

La puntuación inicial de los resúmenes, por parte del Comité Científico, será tomada en cuenta para la concesión de los premios.

Los premios serán asignados por el Comité Científico, cuya decisión será inapelable.

El fallo se hará público en la Asamblea y los certificados correspondientes se entregarán en la misma Asamblea.

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.

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.

1 Efectividad y seguridad de la ultrafiltración de corta duración para pacientes con insuficiencia cardíaca refractaria a diuréticos. Experiencia inicial.

Guerrero Cervera, B; López-Vilella, R; Sánchez Lázaro, I; Carbonell Vayá, R; Donoso Trenado, V; Almenar Bonet, L; Sánchez Martínez, JC; Hospital La Fe de Valencia, servicio de Cardiología

Objetivos: La congestión es el síntoma más frecuente que presentan los pacientes con insuficiencia cardíaca (IC). En ocasiones, el tratamiento diurético mantenido produce una respuesta menor que la deseada (resistencia diurética). La ultrafiltración es un tratamiento que ha mostrado ser eficaz en este contexto. El objetivo del estudio es comprobar si la ultrafiltración de corta duración de forma ambulatoria como tratamiento paliativo resulta útil y segura. **Métodos:** Se analizaron los 6 primeros pacientes ultrafiltrados por resistencia diurética en una unidad de gestión rápida de un hospital de referencia. Los pacientes fueron seleccionados entre aquellos en seguimiento por la Unidad Cardiorrenal que presentaban IC con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) reducida con signos de descompensación y resistencia a diuréticos orales. Los pacientes llegaron por la mañana y se les instauró un dispositivo de ultrafiltración por vía periférica. A las 8h, se les retiró el dispositivo y se les dejó 1-2h en observación. Durante el procedimiento se realizó una analítica y control de peso al inicio y otra al final y se registró la diuresis de las 24 horas previa y posterior a la ultrafiltración. **Resultados.** Los pacientes se encontraban en tratamiento con al menos 3 diuréticos. La UF permitió reducir y/o retirar algunos de ellos. El volumen extraído durante el procedimiento fue de 1520±271 ml. Hubo cambios significativos en la diuresis (PreUF: 1360±164, PostUF:1670±254 ml; p:0.035), Peso (PreUF: 69.6±14, PostUF: 66.2±15 Kg; p:0.0001), creatinina (PreUF: 2.1±0.3, PostUF: 1.8±0.4 mg; p: 0.023) y Hemoglobina (PreUF: 12.1±1.5, PostUF: 12.4±1.4 g/dl; p: 0.031). **Conclusiones.** En pacientes con IC y congestión con poca respuesta diurética, la ultrafiltración de corta duración por vía periférica es efectiva y segura como tratamiento paliativo.

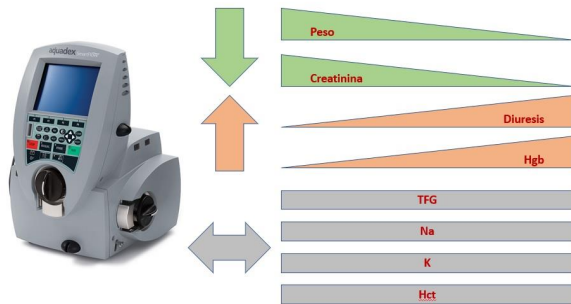


Figura 1

3 Cambios a corto plazo en la hemoglobina, capacidad funcional, calidad de vida y péptidos natriuréticos tras dapagliflozina en IC con FEVI reducida.

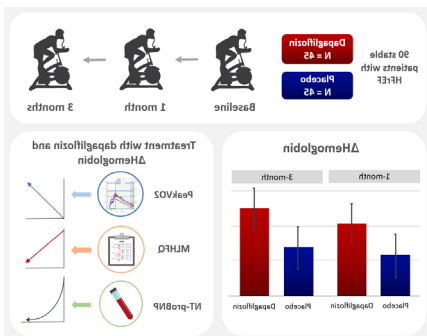
Miguel Lorenzo; Martina Amiguet; Patricia Palau; Eloy Domínguez; Julia Seller; Gonzalo Nuñez; Gema Miñana; Rafael de la Espriella; Enrique Santas; Julio Nuñez; Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia

Objetivos: Se ha objetivado un incremento a corto plazo en los niveles de hemoglobina tras el tratamiento con inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2), lo cual se ha relacionado con una reducción de eventos adversos. El objetivo de este trabajo fue evaluar los cambios a corto plazo sobre la hemoglobina mediados por dapagliflozina en pacientes con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida (ICFER) y si estos cambios se correlacionan con cambios en la capacidad funcional, calidad de vida o NT-proBNP.

Métodos: Este trabajo es un subanálisis del ensayo clínico randomizado, multicéntrico y doble ciego DAPA-VO2, en el cual 90 pacientes con ICFER crónica estable fueron aleatorizados a dapagliflozina o placebo para evaluar los cambios a corto plazo en el consumo pico de oxígeno (VO2pico). Este subestudio evalúa a 1 y 3 meses del inicio del tratamiento los cambios en las cifras de hemoglobina y si ello media los cambios observados en el VO2pico, la calidad de vida evaluada mediante el test Minnesota Living-With-Heart-Failure (MLHFQ) y el NTproBNP. Para el análisis estadístico se utilizaron modelos de regresión mixtos lineales.

Resultados: Basalmente la media de hemoglobina fue de 14,3 ± 1,7 g/dL. Esta aumentó significativamente en los pacientes tratados con dapagliflozina [1 mes: +0,45 g/dL (IC 95% = 0,03-0,88, p=0,037) y 3 meses: +0,55 g/dL, (IC 95% = 0,12-0,98, p=0,012)]. Los cambios en la hemoglobina se relacionaron positivamente los cambios en el VO2pico a los 3 meses (59,5%, p<0,001) pero no al mes (27,7%, p=0,197). Los cambios en la hemoglobina mediaron significativamente el efecto de dapagliflozina en MLHFQ (-53,2% y -48,7%, p<0,05 a 1 y 3 meses, respectivamente) y NT-proBNP (-68,0%, p=0,048 y -62,7%, p=0,029, a 1 y 3 meses, respectivamente).

Conclusión: En pacientes con ICFER estable, la dapagliflozina provocó un aumento a corto plazo de la hemoglobina. La magnitud de este cambio identificó a los pacientes con una mejoría en la capacidad funcional, la calidad de vida y la reducción de NT-proBNP.



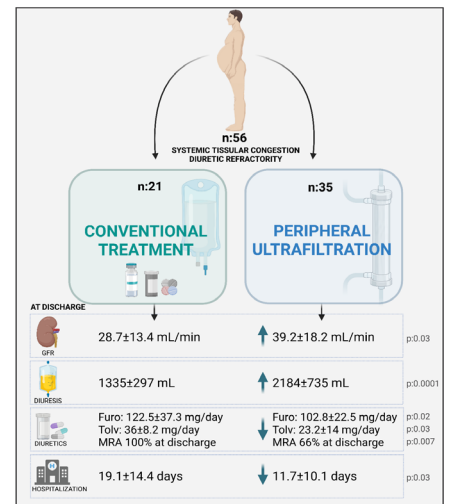
2 ¿Qué aproximación terapéutica adoptar en pacientes congestivos con escasa respuesta diurética? Ultrafiltración periférica vs tratamiento convencional

Guerrero Cervera, B; López-Vilella, R; Sánchez Lázaro, I; Donoso Trenado, V; Soldevila Orient, A; Devesa Such, R; Martínez Dolz, L; Sánchez Pérez, P; Martínez Sole, J; Almenar Bonet, L; Servicio de cardiología, Hospital La Fe de Valencia

Objetivos. Los pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) que ingresan por descompensación con congestión sistémica requieren en muchos casos altas dosis de diuréticos intravenosos con pobre respuesta. El objetivo del trabajo fue analizar si en pacientes hospitalizados por IC aguda con congestión de predominio sistémico, la utilización de ultrafiltración periférica (UF) produce mejor control hídrico, protección renal y reduce la estancia hospitalaria frente al tratamiento convencional

Métodos. Estudio retrospectivo, comparativo, unicéntrico sobre 56 pacientes ingresados por IC con predominio congestivo sistémico que tras escalada diurética presentaban escasa respuesta. A un grupo se les realizó UF periférica (35 pacientes) y a otro se mantuvo el tratamiento diurético intenso (Grupo control, 21 pacientes). Se compara la respuesta diurética y días de estancia entre ambos grupos e intragrupo. **Resultados.** Las características basales de ambos grupos fueron similares. Varones de alrededor de 70 años, con disfunción ventricular derecha y renal y Ca 125 elevado.

Los pacientes que recibieron UF poseían al alta hospitalaria mejor filtrado glomerular (UF: 39.2±18.2 vs Control: 28.7±13.4 mL/min; p:0.031) y mayor diuresis (UF: 2184±735 vs Control: 1335±297 mL; p:0.0001) pese a menor necesidad de diuréticos. Los días de estancia hospitalaria fueron menores en el grupo UF (UF: 11.7±10.1 vs Control: 19.1±14.4 días; p:0.027). **Conclusiones.** En pacientes con IC aguda ingresados con congestión sistémica y resistencia diurética, la UF frente al tratamiento convencional produce mayor des congestión y protección renal, permite reducir la carga total diurética y acorta los días de estancia hospitalaria.



4 Impacto del embarazo en el curso y pronóstico de la insuficiencia pulmonar severa

Martínez Solé, J; Cazorla Morallón, D; Martín Manzano, V; Soria Navarro, R; Sánchez Martínez, JC; Buendía Fuentes, F; Rueda Soriano, J; Hospital Universitari i Politècnic la Fe

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La insuficiencia pulmonar (IP) es la valvulopatía más prevalente en pacientes con estenosis pulmonar o tetralogía de Fallot (TdF) corregidas. El objetivo del estudio fue analizar la repercusión que provoca la gestación en la función y volúmenes ventriculares en mujeres con IP significativa secundaria a tetralogía de Fallot o estenosis pulmonar reparada

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio de cohortes retrospectivo y comparativo de mujeres gestantes y controles nulíparas con TdF o estenosis pulmonar reparada, en clase funcional I de la NYHA y con IP residual (definida al menos como moderada [≥grado 2: volumen regurgitante 20-29 mL]) en la primera resonancia cardiaca (RM). Se analizaron los cambios evolutivos de los volúmenes telediastólico y telesistólico y la función sistólica de ambos ventrículos observados en 2 estudios con RM consecutivos. En el grupo de pacientes gestantes, el estudio inicial se realizó antes de la gestación y el segundo al menos 6 meses después del parto. Además, se analizaron los cambios evolutivos de grado de insuficiencia pulmonar (valorado por RM) y tricuspídea (ecocardiográfica). Se excluyeron las pacientes con recambio valvular pulmonar entre las dos evaluaciones de imagen.

Se realizó una comparación de las variables basales y evolutivas entre ambos grupos (test de chi-cuadrado para las variables discretas y T-student para variables continuas). Para identificar los cambios evolutivos ventriculares en cada subgrupo, se realizó una comparación de medias para datos apareados (T-student). Se consideró significativa p<0,05. **RESULTADOS:** Se incluyeron 18 gestantes y 33 controles sin diferencias significativas en cuanto a edad ni cardiopatía basal. Tampoco se encontraron diferencias significativas en cuanto a tiempo entre resonancias y valores de volúmenes y función ventriculares basales (tabla 1). El incremento de volumen telediastólico y telesistólico del VD no alcanzó diferencia estadísticamente significativa entre las gestantes (difVTDVD 1,5ml IC [-9,79 - 12,79] p=0,78, difVTSVD 3,29ml IC [-4,16 - 10,74] p=0,363) y similares resultados se encontraron en el grupo control (difVTDVD 3,06ml IC [-3,62 - 9,74] p=0,358, difVTSVD 2,78ml IC [-1,22 - 6,80] p=0,167). La función ventricular descendió levemente durante el seguimiento sin alcanzar diferencias tanto en las gestantes (diffFEVD 0,38% IC [-2,08 - 2,86] p=0,74, diffFEV1 -1,72% IC [-3,91 - 0,47] p=0,11) como en el grupo control (diffFEVD -1,66% IC [-4,08 - 0,75] p=0,171, diffFEV1 -0,63% IC [-2,26 - 0,99] p=0,43). Cabe destacar que no hubo complicaciones cardiológicas en ninguna paciente durante la gestación.

CONCLUSIONES: La gestación en pacientes con tetralogía de Fallot o estenosis pulmonar reparadas con IP significativa, no provoca deterioro ventricular significativo.

Tabla 1. Comparación de variables basales y evolutivas entre ambos grupos.

	Gestantes	Controles	Valor de P
Basal			
Edad RM 1	28,77±5,49	25,73±7,04	0,132
Tetralogía de Fallot	61,1%	69,7%	0,51
Tiempo entre RM	4,89±2,63	4,04±1,93	0,192
VTDVD RM1	127,66±35,04	125,87±31,47	0,853
VTSVD RM1	57,29±28,98	58,60±21,86	0,858
FEVD RM1	54,05±8,53	54,75±8,69	0,793
VTDVI RM1	71,94±24,63	71,89±14,72	0,993
VTSVI RM1	29,00±14,14	27,58±5,53	0,949
FEVI RM1	62,77±6,59	60,06±4,98	0,104
Evolución			
VTDVD RM2	129,16±25,58	128,93±34,89	0,98
VTSVD RM2	60,58±22,66	61,39±23,40	0,94
FEVD RM2	54,44±7,83	53,09±6,95	0,53
VTDVI RM2	75,61±9,26	72,44±16,46	0,38
VTSVI RM2	30,71±8,87	29,04±6,33	0,56
FEVI RM2	61,05±5,64	59,42±5,80	0,34

5 Historia natural a largo plazo de la insuficiencia cardiaca con fracción de eyección del ventrículo izquierdo mejorada.

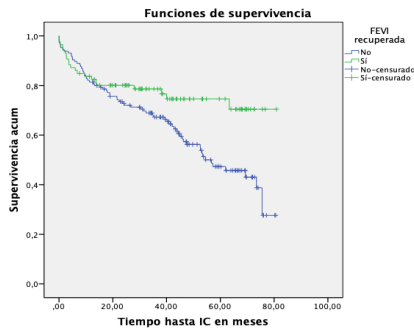
Hidalgo Mateos, A.; Gramage Sanchís, P.; Queipo Rodríguez, A.; García Martín, G.; Galiana Talavera, E.; Geraldo Martínez, J.; Mora Llabata, V.; Callizo Gallego, R.; Roldán Torres, I.; Valls Serral, A.; Servicio de Cardiología de H.U. Doctor Peset (Valencia)

Objetivo: La insuficiencia cardiaca (IC) con fracción de eyección del ventrículo izquierdo mejorada (FEVIm) se define como aquella que sucede en pacientes (p) con una FEVI basal $\leq 40\%$, que aumenta $\geq 10\%$ respecto al valor inicial en una segunda medición con $>40\%$. La historia natural de este tipo de IC no está plenamente comprobada. Nuestro objetivo ha sido determinar los factores que se relacionan con la recuperación de la FEVI en estos pacientes y el impacto pronóstico a largo plazo.

Métodos: Registro retrospectivo de los pacientes ingresados por IC y FEVI reducida en nuestro servicio desde enero de 2016 hasta enero de 2023 en el que elegimos aquellos en los que se disponía de un segundo control ecocardiográfico al menos 3 meses después del estudio inicial. Evaluamos las variables relacionadas con la mejora de la FEVI y de supervivencia de reingreso por IC en el seguimiento a largo plazo. Las tasas de incidencia del criterio de evaluación en los grupos con y sin FEVIm las estimamos mediante el método de Kaplan-Meier, comparadas con la prueba de Log Rank (Mantel-Cox). La aparición del evento se realizó mediante la revisión de la historia clínica electrónica

Resultados: De un total de 432 pacientes (p) con ICFer, seleccionamos a los 231 con un segundo ecocardiograma. Media de edad 66,3 (11,5) años y 30% mujeres. La mediana de seguimiento fue de 3,85 (2) años. Respecto a los que no mejoraron la FEVI, los p con FEVIm presentan valores más bajos de péptidos natriuréticos, aumento del TAPSE (18 vs 22 mm) y disminución del volumen de la aurícula izquierda (AI) (52,1 vs 44,3 ml/m²; $p=0,008$), del diámetro telediastólico del VI (60,6 vs 52,3 mm; $p<0,001$) y de la presión sistólica de la arteria pulmonar (43 vs 35 mmHg; $p<0,001$) en el seguimiento. Además, muestran una menor tasa de incidencia de reingresos por IC (Log-rank $p<0,014$) (figura).

Conclusiones: Las IC con FEVIm tiene un mejor pronóstico a largo plazo y se relaciona con una menor tasa de incidencia de reingresos por IC. Este dato se corresponde con una mejora significativa de parámetros hemodinámicos y de funcionamiento cardíaco.



7 Antígeno carbohidrato 125 como biomarcador pronóstico en pacientes con insuficiencia cardiaca crónica estable

A. García-Suárez; P. Guedes; F. Rodríguez-Santiago; C. Benavent; M. Del río; C. Lledó; N. Vicente-Ibarrá; T. García-Honrubia; J. Núñez; P. Morillas; Cardiología, Hospital General Universitario de Elche, Elche

Introducción: La utilidad del CA125 en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica y en fase estable aún no ha sido establecida. El propósito de este estudio recae en evaluar el valor pronóstico del valor plasmático del antígeno carbohidratado 125 (CA125) en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica y fracción de eyección reducida (FER) después de un periodo de estabilidad clínica.

Métodos y resultados: Se ha realizado un estudio prospectivo incluyendo a 116 pacientes (edad de 69 a 12 años, con fracción de eyección $33,4 \pm 7,1\%$). Los pacientes debían estar en una fase estable de su enfermedad, lo cual se definió como la ausencia de ingresos hospitalarios debidos a síntomas de insuficiencia cardiaca ni la necesidad de tratamiento intravenoso diurético durante al menos 6 meses antes de la inclusión en el estudio. El valor medio de CA125 fue de 9,15 U/mL. Durante un seguimiento de 18 meses, hubo un total de 47 ingresos por insuficiencia cardiaca, 60 ingresos por causas cardiovasculares y 13 muertes. Después del ajuste multivariado, se observó una asociación no lineal entre el valor de CA125 y el riesgo de ingreso por insuficiencia cardiaca ($p=0,031$), ingresos por causas cardiovasculares ($p=0,034$) y mortalidad. Los niveles de CA125 se relacionaron con los niveles de sodio, el diámetro de la vena cava inferior y el estado proinflamatorio.

Conclusiones: En pacientes con insuficiencia cardiaca crónica en fase estable y fracción de eyección reducida, los niveles plasmáticos elevados de CA125 se asociaron con la carga de morbilidad a largo plazo. Además se postula que el CA125 pueda ser un adecuado marcador de congestión residual y actividad inflamatoria en este escenario particular.

6 Tumores cardiacos primarios malignos: revisión de una serie de casos

Cardona Mulet, S.; Abdala Lizarraza, J.; Melero Ferrer, J.L.; Carrión Cervero, A.; Luengo Pérez, S.; Quesada Ocete, F.J.; Ferriol Martínez, C.; Igual Muñoz, B.; Fácila Rubio, L.; Payá Serrano, R.; Cardiología, Hospital General Universitari de València, València

La afectación metastásica cardíaca es relativamente frecuente, no obstante, los tumores primarios cardíacos malignos (TCPM) son una causa extremadamente infrecuente de masas intracardíacas. El objetivo de esta comunicación es describir la experiencia de 2 años en un centro hospitalario terciario sobre pacientes con TCPM. Se realizó un estudio retrospectivo observacional sobre pacientes diagnosticados de TCPM desde el 2021 hasta el 2023 en este centro. Se incluyeron un total de 5 pacientes, de los cuales el 100% fueron hombres, con una media de edad de 52 años. El 80% de los pacientes presentaron sintomatología cardiológica como manifestación clínica inicial, la mayoría de ellos debutando con disnea de esfuerzo como síntoma principal. La mayoría de pacientes no presentaban metástasis a distancia en el momento del diagnóstico (sólo 1 paciente mostró enfermedad a distancia en este momento). La localización ecocardiográfica más frecuente de los TCPM fue en el ventrículo derecho (60% de los casos), mientras que el resto de los pacientes presentaron afectación de la aurícula izquierda (40%). Se realizó resonancia magnética cardíaca en 3 de los 5 pacientes destacando la hiperintensidad del tumor en secuencias T2 como hallazgo más común. En cuanto a la anatomía patológica, la mayoría de los tumores estudiados fueron variantes secundarias de un sarcoma (principalmente angiosarcomas y mixosarcomas). Como tratamiento principal, el 80% de los tumores fueron intervenidos quirúrgicamente, logrando la resección completa de los mismos en un 75% de los casos. Además, 3 de los 5 pacientes recibieron tratamiento quimioterápico adyuvante con esquemas basados principalmente en antraciclínicos, no recibiendo ningún paciente tratamiento con radioterapia. En cuanto al pronóstico, la mayoría de los pacientes presentaron recidiva local del tumor y solo uno de ellos presentó recidiva tumoral a distancia, siendo el tiempo medio hasta el diagnóstico de esta de 17 meses. El 60% de los pacientes fallecieron durante el seguimiento con un tiempo medio desde el diagnóstico hasta el éxito de 18 meses (con un rango de 18 días hasta 29 meses). Como conclusión, este breve análisis descriptivo confirma los datos publicados hasta el momento sobre los TCPM, los cuales se constituyen como una causa poco frecuente de masas intracardíacas con un pronóstico sombrío a corto plazo.

	Total (n=5)
Sexo masculino (%)	5 (100)
Edad media (años)	52
Variante de sarcoma (%)	4 (80)
Cirugía de resección tumoral (%)	4 (80)
Quimioterapia adyuvante (%)	3 (60)
Recidiva tumoral (%)	4 (80)
Éxito durante el seguimiento (%)	3 (60)

8 Experiencia inicial de una unidad cardiorenal en un hospital terciario

Guillermo García Martín; Sandra Beltrán Catalán; Manuel Parra Collado; Alejandro Queipo Rodríguez; Aina Quillís Pellicer; Alberto Hidalgo Mateos; Paula Gramage Sanchís; Ricardo Callizo Gallego; Juan Geraldo Martínez; Amparo Valls Serral; Servicio de Cardiología. Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia

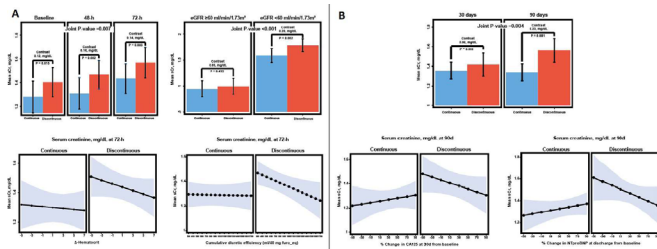
OBJETIVOS: Las unidades cardiorenales (UCR) pretenden proporcionar una mejor asistencia al paciente con síndrome cardiorenal (SCR), consensuando tratamientos y evitando reingresos. Presentamos los resultados iniciales tras el inicio de la UCR en nuestro centro. **MÉTODOS:** Estudio descriptivo de pacientes (p) incluidos en una UCR desde noviembre de 2020 hasta enero 2023. Se analizan las características basales, la implementación del tratamiento, la mortalidad y reingresos hospitalarios. Se utiliza el test de Wilcoxon para comparación de variables continuas y la pruebas de McNemar y de Q de Cochran para comparación de proporciones. **RESULTADOS:** 27 p (33,3% mujeres) con edad media de 74,7 (8,4) años, con mediana de seguimiento de 8,12 meses. 60% fueron remitidos desde consultas de cardiología, 30% desde Nefrología y 10% desde otros servicios. Un 92,6% presentaban hipertensión arterial, 59,3% eran diabéticos, 14,8% fumadores, 85,2% con dislipemia, 59,3% con fibrilación auricular, 54% EPOC. La etiología de la insuficiencia cardiaca fue en 55,6% isquémica, 25,5% valvular, 7,4% hipertensiva, 3,7% idiopática, 3,7% amiloidosis y 3,7% disfunción derecha. Un 40,7% de pacientes presentan fracción de eyección de ventrículo izquierdo reducida (FEVIr), 14,8% ligeramente reducida y 44,4% preservada. Un 22,2% de pacientes estaban tratados con diálisis peritoneal, la mitad con FEVI preservada. La evolución analítica se muestra en la tabla, objetivando disminución de las cifras de NT proBNP, CA 125, cociente albuminuria/creatinuria y urea aunque sin alcanzar significación estadística excepto en la urea. Se produjeron 7 exitus (25,9%): 3 (11,1%) por insuficiencia cardiaca, 2 (7,4%) por neumonía Covid, 1 (3,7%) por muerte súbita y 1 (3,7%) por ictus. Globalmente, un 37% de p estaban tratados inicialmente con iSGLT2, incrementándose a 57,1% a los 6 meses ($p=0,1$). Todos los p estaban tratados con diuréticos de asa, sin encontrar variación en la dosis media en mg durante el seguimiento: inicio 72,7 (46,7); 6 meses 77,14 (43,8); 12 meses 80 (51). NS. La tasa de ingresos hospitalarios se redujo significativamente de 1 ingreso cada 6,7 a 1 cada 27 meses por año/paciente en riesgo ($p<0,005$). Al comparar los tratamientos modificadores de pronóstico en p con FEVI r ($n=11$) al inicio y a los 6 meses ($n=7$), encontramos diferencias aunque sin alcanzar significación estadística en la proporción de tratamientos con sacubitril valsartan (45,5% vs 28,6%, NS), betabloqueantes (100% vs 71,8% NS), iSGLT2 (27,3% vs 57,1%, NS), y antagonistas del receptor de mineralocorticoides (45,5% vs 85,7% NS). **CONCLUSIONES:** Los pacientes con SCR presentan una elevada comorbilidad y mortalidad. A pesar del escaso número de pacientes y al corto seguimiento observamos que la UCR permite optimizar el tratamiento y evitar ingresos hospitalarios. La comunicación fluida entre nefrólogos y cardiólogos es fundamental para el funcionamiento de la misma.

	INICIAL Media (DE)	3 MESES Media (DE)	6 MESES Media (DE)	12 MESES Media (DE)	P
Filtrado glomerular (ml/min)	20,9 (8,7)	24,9 (13,6)	23,4 (11,9)	29,4 (15,8)	0,7
Creatinina (mg/dl)	2,9 (0,9)	2,5 (0,9)	2,86 (1,3)	2,7 (1,5)	0,6
Urea (mg/dl)	133,7 (42,9)	127,7 (54,5)	133,6 (42,5)	93,2 (33,2)	0,02
Albuminuria/creatinuria	366 (667)	162,6 (310,7)	142,2 (239,1)	201 (364)	0,2
Na (mEq/l)	138,9 (3,5)	139,9 (2,9)	138,5 (4)	139,3 (3,6)	0,4
K (mEq/l)	4,3 (0,6)	4,3 (0,7)	4,3 (0,6)	4,7 (0,6)	0,7
Albumina (g/dl)	4,1 (0,5)	4,05 (0,4)	4,1 (0,5)	4 (0,3)	0,1
NT proBNP pg/ml	11136 (10273)	9201 (8816)	5164 (3776)	3979 (2400)	0,5
CA 125	149,6 (222,8)	222,8	72,9 (55,6)	56,6 (47,4)	0,1
Hb (g/dl)	12,4 (1,8)	12,9 (1,5)	13,4 (2,3)	13,9 (1,6)	0,5
Índice saturación transferrina (%)	20 (6,9)	18,9 (7,1)	22,6 (6,9)	22,3 (7,1)	0,7
Ferritina (ng/ml)	243 (222)	278,6 (203,3)	387 (446)	276,6 (120,7)	0,3

9 Asociación entre el flujo venoso intrarrenal y trayectoria de la creatinina en insuficiencia cardíaca aguda y su interacción con parámetros de descongestión

Gonzalo Núñez Marín; Rafael de la Espriella; Miguel Lorenzo Hernández; Enrique Santas; Gema Miñana; Patricia Palau; Juan Sanchis; Vicent Bodí; Marta Cobo; Julio Núñez; Hospital Clínico Universitario de Valencia

Introducción y objetivos: Existe escasa evidencia que apoye la utilidad del análisis del flujo venoso renal (FVIR) en pacientes con insuficiencia cardíaca aguda (ICA). Los objetivos de este estudio fueron: 1) Analizar la asociación entre los patrones de FVIR y la probabilidad de empeoramiento de la función renal (EFR) a las 72 horas de ingreso. 2) Analizar la asociación entre los patrones de FVIR y la trayectoria longitudinal de la creatinina sérica (Cr) en puntos pre-especificados y valorar si dicha asociación se modifica con la descongestión. **Materiales, métodos y resultados:** En este estudio multicéntrico y prospectivo se incluyeron 188 pacientes ingresados por ICA. Se utilizó regresión lineal mixta para comparar los cambios en los endpoints. Los pacientes con FVIR discontinuo al ingreso mostraron una mayor probabilidad de EFR (aumento de Cr ≥ 0.5 mg/dL a 72 horas) (OR 3.90, 95% CI 1.24-12.20; $P=0.020$) y un mayor aumento de Cr en las primeras 72h de ingreso ($P=0.007$). Este incremento era especialmente significativo en pacientes con un filtrado glomerular estimado (FGe) basal <60 ml/min/1.73 m² ($P=0.001$), con una diferencia media predicha en la creatinina a 72h de 0.20 mg/dL en pacientes con FGe <60 ml/min/1.73 m² (95% CI 0.10-0.30; $P=0.002$) respecto a 0.05 mg/dL en pacientes con FGe ≥ 60 ml/min/1.73 m² (95% CI -0.07-0.17; $P=0.432$). La magnitud del aumento predicho en la creatinina durante las primeras 72 horas de ingreso se vio influenciada de forma significativa por la respuesta diurética ($P=0.005$) y la hemoconcentración ($P=0.015$). En pacientes con FVIR discontinuo una mayor respuesta diurética y una mayor hemoconcentración menor se relacionaron con un menor incremento de creatinina a 72 horas. El mismo patrón se observó tras el alta, con una diferencia media de creatinina de 0.23 mg/dL (95% CI 0.09-0.36; $P=0.001$) a 90 días en pacientes con FVIR congestivo respecto al no congestivo. Al analizar el efecto de la descongestión sobre la asociación entre el FVIR y los cambios en Cr se encontró una interacción significativa con los cambios porcentuales en NTproBNP (cambio-% entre ingreso y alta) y CA125 (cambio-% entre ingreso y 30 días). En pacientes con FVIR discontinuo se halló una asociación inversa entre la Cr y los cambios porcentuales en NTproBNP y CA125, con un menor incremento en Cr en aquellos con mayores reducciones de ambos biomarcadores (cambio-%-NTproBNP, P interacción = -0.003; cambio-%-CA125, P interacción = -0.004). **Conclusiones:** Un FVIR congestivo al ingreso por ICA identifica a un paciente con mayor riesgo de incrementos de creatinina durante el ingreso y tras el alta. Sin embargo, una respuesta diurética adecuada y la descongestión modifican esta asociación.



11 Elevación de biomarcadores cardíacos durante el tratamiento con inhibidores de los puntos de control: ¿debemos siempre interrumpir la terapia?

Lozano Palencia, Teresa; De la Hoz Marañón, Lucía; Mateo Soler, José Manuel; Yago Riquelme, Carlos; Martínez López, Daniel; Lloret Rubio, Adriana; López-Menchero, Carlos; Martínez Banaclocha, Natividad; García Araque, Montserrat; Martínez Martínez, Juan Gabriel; Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario Doctor Balmis. Alicante

Objetivo: Los inhibidores de los puntos de control (IPC) son anticuerpos monoclonales que incrementan la respuesta del sistema inmune contra las células tumorales, y que han demostrado mejorar la supervivencia en numerosos tipos de neoplasias. Sin embargo, la activación sistémica provoca efectos no deseados inmunomediados con potencial afectación del sistema cardiovascular. Nuestro objetivo fue estudiar la prevalencia de la elevación de los biomarcadores cardíacos, proBNP y troponina T ultrasensible (TnTus), en una serie prospectiva de pacientes a los que se les inició tratamiento con IPC.

Métodos: el estudio TOXIREL (TOXicidad InmunoRELacionada) es un estudio prospectivo, multidisciplinar y unicéntrico llevado a cabo en un hospital de tercer nivel que pretende analizar la toxicidad multisistémica de los pacientes que reciben IPC por primera vez. Se realizaron, entre otros muchos biomarcadores, determinaciones de proBNP y TnTus antes de cada ciclo y se recogieron los eventos cardiovasculares (insuficiencia cardíaca, miocarditis, pericarditis, sd de Tako-tsubo, arritmias y síndrome coronario agudo).

Resultados: Se incluyeron 179 pacientes (71.5 % varones) con una edad media de 63.9 \pm 11.1 años. El 16.2% tenía antecedentes de cardiopatía. La prevalencia de factores de riesgo cardiovascular fue: 48% HTA, 20.1% DM, 36.9% dislipemia, 79.3% tabaquismo. La mediana de seguimiento fue de 16 meses. Se detectó elevación significativa de biomarcadores cardíacos en 37 pacientes (20%): proBNP en 29 pacientes (16.2%) y TnTus en 8 (4.5%); de éstos solo 6 (16.2%) presentaron toxicidad clínica (3 insuficiencia cardíaca, 2 arritmias supraventriculares, 1 arritmia ventricular) y precisaron interrumpir el tratamiento.

Conclusión: en esta cohorte prospectiva de pacientes a los que se les inició tratamiento con IPC, la monitorización sistemática de los biomarcadores de daño cardíaco reveló una incidencia de incremento de los mismos del 20%, la mayor parte de los casos sin repercusión clínica. Este hallazgo apoyaría el concepto de toxicidad permisiva, la cual, bajo una estrecha vigilancia clínica, evitaría la interrupción de estas terapias con beneficio pronóstico demostrado.

10 Adherencia a la prescripción de ejercicio físico, un reto en cada consulta

Jorge Llau García; Hospital LaFe Valencia

El ejercicio físico regular ha demostrado reducir entre un 30 y un 40% la mortalidad global. Son ampliamente conocidos sus beneficios pronósticos y en calidad de vida. No obstante, en multitud de ocasiones se desconoce como conseguir la mayor adherencia, a pesar que más de la mitad de los pacientes abandona las rutinas de rehabilitación cardíaca al año de iniciarlas.

OBJETIVO: - Revisar la evidencia disponible respecto a las estrategias que mejoran la adherencia al ejercicio.

MÉTODOS: - Revisión sistemática de artículos publicados en los últimos 10 años que incluyan los conceptos Ejercicio, adherencia y riesgo cardiovascular en castellano e ingles.

RESULTADOS Las estrategias que han demostrado mejorar la adherencia significativamente pasan por: -Realizar una entrevista motivacional que tenga en cuenta la disposición al cambio del paciente y explore sus ambivalencia y barreras. -Realizar el ejercicio en compañía y motivado por el entorno -Conseguir un elevado sentimiento de autoeficacia en el paciente -Hacer uso de las diferentes apps móviles monitorizan y estimulan el ejercicio. -Estableces objetivos claros según el método SMART(Specific, measurable, Achievable, Relevant, Time-adapted)

CONCLUSION Un mejor abordaje de la prescripción de ejercicio es posible, sencillo y costeofectivo. Sin embargo, hay una alarmante falta de interés y conocimiento del tema que lleva a actuaciones poco eficientes y eficaces.

12 La reducción del Filtrado glomerular asocia aumento de Hemoglobina tras Inicio de Dapagliflozina en la Insuficiencia Cardíaca con Fracción de Eyección Reducida

Fuertes Kenneally, L; Miñana, G; Amiguet, M; Palau, P; Seller, J; De la Espriella, R; Górriz, JL; Bayés-Genis, A; Valle, A; Núñez, J; Hospital Clínico Universitario de Valencia (Valencia)

Introducción. Los inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) inducen cambios a corto plazo en la función renal y la hemoglobina. Nuestro objetivo fue evaluar la relación entre el filtrado glomerular estimado (FGe) y los cambios en la hemoglobina tras el inicio de dapagliflozina en pacientes estables con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida (IC-FEVlr).

Método. Se trata de un análisis exploratorio de un ensayo clínico aleatorizado y doble ciego en el que 90 pacientes estables con IC-FEVlr fueron asignados a dapagliflozina o a placebo para evaluar los cambios en el consumo máximo de oxígeno (V02) a 1 y 3 meses (DAPA V02).

Los objetivos eran tres: 1) Valorar la relación entre los cambios del FG y la Hb al mes y 3 meses tras la randomización. 2) Evaluar cómo los cambios de hemoglobina mediaban los efectos de la dapagliflozina sobre la función renal en cada momento temporal; 3) Estudiar la relación entre los cambios del FG y V02 pico, calidad de vida y NT-proBNP tras el inicio del tratamiento con Dapagliflozina. Se utilizó un análisis de regresión lineal mixta para evaluar la relación entre el FGe y los cambios en la hemoglobina. Se utilizó el paquete "rwrmed" para realizar análisis de mediación.

Resultados. Se excluyeron a tres pacientes con condiciones que afectaban a los niveles de hemoglobina (dos con sangrado gastrointestinal y uno bajo tratamiento con Metotrexato) por lo que la muestra final era de 87 pacientes (edad media 67,0 \pm 10,5 años, 24,1% mujeres). Al mes, el aumento de la hemoglobina estaba relacionado con la disminución de FGe sólo en el brazo de dapagliflozina. A los 3 meses, no hubo una asociación significativa en ningún brazo. Los cambios en la hemoglobina mediaron significativamente el efecto de dapagliflozina en el FGe a 1 mes (43,7%, $p=0,040$) pero no a 3 meses (29,9%, $p=0,067$). No encontramos una asociación entre la caída del FGe y el V02 pico o las escalas de calidad de vida en ambos grupos de comparación.

Conclusiones. En los pacientes con IC-FEVlr estable, los cambios en el FGe un mes tras el inicio de dapagliflozina se asociaron de forma inversa a los cambios en la hemoglobina, no así a los tres meses. Al mes, los cambios en la hemoglobina mediaron significativamente el efecto de dapagliflozina en el FGe.

13 Prevalencia y predictores de soledad en pacientes con insuficiencia cardiaca

Pérez Sánchez, A.; Jaramillo Argenta, C.; Zaharia, G.; Benito Ferrer, T.; Mollar Fernández, A.; Civera Gómez, J.; Conesa Bona, A.; Sanchis Forés, J.; Nuñez Villota, J.; Hospital Clínico Universitario de Valencia, INCLIVA

Introducción

La soledad auto-percibida es frecuente en las enfermedades crónicas. Estudios anteriores sugieren que las mujeres corren mayor riesgo de soledad. Sin embargo, la frecuencia y los predictores en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) no han sido bien evaluados. En este estudio, nuestro objetivo ha sido describir la prevalencia de la soledad auto-percibida en un grupo de pacientes con IC y si las mujeres corren un mayor riesgo.

Métodos

En este estudio transversal, se incluyeron 301 pacientes consecutivos que acudieron a la Unidad de Insuficiencia Cardíaca del Hospital Clínico Universitario de Valencia. La soledad auto-percibida fue evaluada por el cuestionario ESTE II, junto con las características basales del paciente con riesgo de IC. Se consideró soledad auto-percibida una puntuación ESTE II >10. Se utilizaron análisis de regresión logística y lineal multivariante para probar la asociación independiente entre el sexo y la puntuación ESTE II (continua y dicotómica).

Resultados

La edad media de la muestra fue de 75,8±9,4 años, 111 (36,9%) eran mujeres, 156 (51,8%) presentaban insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada y 29 (9,6%) estaban en clase III/IV de la New York Heart Association. La mediana (p25% a p75%) del valor de la puntuación ESTE II fue de 9 (6 a 12) y el 36,9% mostró soledad auto-percibida >10. El análisis descriptivo mostró una mayor puntuación ESTE II [11 (8 a 15) vs. 8 (5 a 11), p<0,001] y una proporción de soledad auto-percibida >10 en mujeres (56,8 vs. 27,4%, p<0,001). Después del ajuste multivariante, las mujeres siguieron mostrando mayores probabilidades de puntuación ESTE II (coeficiente = 2,08, CI 95%: 0,75 a 3,42, p = 0,002). El sexo femenino fue la variable más importante explicando el 54,9% de la variabilidad del modelo. Las mujeres también se asociaron con un mayor riesgo de soledad auto-percibida >10 (Odds Ratio = 1,85; CI 95%: 1,02 a 3,36, p = 0,044).

Conclusiones

En pacientes con IC la soledad auto-percibida fue frecuente y las mujeres tenían mayor riesgo. Estudios futuros deberán confirmar los hallazgos actuales y evaluar las implicaciones clínicas.

14 Efecto de la dosis óptima de ejercicio sobre la función endotelial en pacientes con IC: revisión sistemática y meta-análisis

Fuertes-Kenally, L.; Manresa-Rocamora, A.; García-Barrios, A.; Herrero-Brocal, M.; Valverde Soría, L.; Blasco-Peris, C.; Ribeiro, F.; Sempere-Ruiz, N.; Sarabia, J.; Climent-Payá, V.; Hospital General de Alicante

INTRODUCCIÓN La rehabilitación cardíaca basada en el ejercicio se considera un tratamiento efectivo para mejorar la función endotelial en los pacientes con insuficiencia cardíaca (IC). No obstante, se desconoce la "dosis" óptima de ejercicio necesaria para obtener los máximos beneficios sobre la función endotelial. **MÉTODO** Para hacer frente a esta necesidad, llevamos a cabo una revisión sistemática con meta-análisis con el objetivo de: 1) Estimar los efectos de la rehabilitación cardíaca basada en el ejercicio sobre la función endotelial a través de la dilatación mediada por flujo (DMF) en pacientes con IC; B) Determinar si el entrenamiento interválico de alta intensidad (HIIT) es superior al de moderada intensidad (MIT) en la mejora de la DMF; C) Investigar la influencia de la modalidad del ejercicio (ejercicio de resistencia vs aeróbico y combinado vs aeróbico) sobre la mejora de la función endotelial. Se llevaron a cabo búsquedas en las bases de datos PubMed, Embase y Scopus hasta febrero 2022. Se estimaron la diferencia media entre grupos con el modelo de "Random-effects". El análisis de heterogeneidad se llevó a cabo a través del test "chi-cuadrado" y el índice I². Por último, realizamos análisis de subgrupo y meta-regresiones para evaluar la influencia de posibles variables moderadoras. **RESULTADOS** Objetivamos un incremento de la DMF del 3,09% (IC 95% 2,01 – 4,17) a favor del ejercicio aeróbico comparado con el grupo control (Figura 1 A) en pacientes con IC con fracción de eyección reducida (IC-FEVr). No obstante, los resultados de los estudios incluidos tenían un alto grado de heterogeneidad (p<0,001; I² = 95,2%). Encontramos mayores mejoras de DMF en los estudios randomizados que reportaban la DMF de la arteria radial o que realizaban un mayor número de sesiones de entrenamiento a la semana. El entrenamiento HIIT consiguió mayores incrementos de DMF comparado con MIT (2,35 % (IC95% = 0,49-4,22)) en pacientes con IC-FEVr (Figura 1 B). No teníamos datos suficientes para analizar el efecto del ejercicio en pacientes con IC-FEVI preservada o la influencia de la modalidad del ejercicio sobre la función endotelial. **CONCLUSIONES** La rehabilitación cardíaca basada en ejercicio es una herramienta no farmacológica que mejora la función endotelial de los pacientes con IC-FEVr. A la hora de diseñar un programa de rehabilitación cardíaca óptimo, tenemos que tener en cuenta que una mayor frecuencia de entrenamiento y el HIIT induce mayores adaptaciones de la función endotelial en estos pacientes.

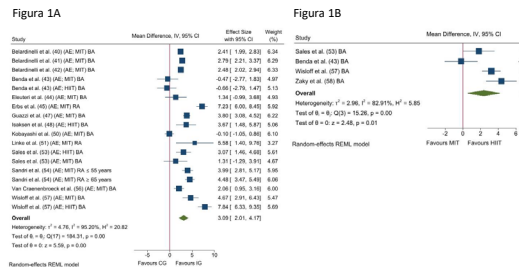


Figura 1. A. Forest plot de las diferencias medias entre la rehabilitación cardíaca basada en el ejercicio y el grupo control para la dilatación mediada por flujo. Figura 1 B. Forest plot de la diferencia media de dilatación mediada por flujo conseguida con entrenamiento interválico de alta intensidad comparado con entrenamiento de moderada intensidad. AE: ejercicio aeróbico; BA: arteria braquial; CG: grupo control; CI: intervalo de confianza; HIIT: entrenamiento interválico de alta intensidad; IG: grupo intervención; IV: varianza inversa; MIT: entrenamiento de moderada intensidad; RA: arteria radial.

15 ¿Existen diferencias de sexo en el tratamiento de pacientes con FA?

Carles Muñoz Alfonso; Cristina García Pérez; Eva Maicas Alcaine; Gema Torres Fontes; Daniela Maidana; Daznia Bompart; Regina Blanco Del Burgo; Francisca Esteve Claramunt; Clara Bonanad Lozano; Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario Valencia

Introducción: La fibrilación auricular (FA) es la arritmia sostenida más común, cuya frecuencia está muy relacionada con la edad. En el paciente mayor, se asocia con el incremento morbimortalidad cardiovascular e ictus más graves, extensos y discapacitantes. Hay evidencia de que el manejo de la anticoagulación y del ictus cardioembólico en función del sexo del paciente, siendo las mujeres clásicamente infratratadas.

Objetivos: Analizar la influencia de la diferencia del sexo en el tratamiento antitrombótico en pacientes nonagenarios con FA. Como objetivo secundario se realiza un análisis descriptivo de los eventos isquémicos y hemorrágicos en función del sexo.

Métodos: Se llevó a cabo un registro observacional multicéntrico de pacientes nonagenarios con FA (FA90) en 10 centros cardiológicos a nivel nacional en un periodo de tiempo determinado (mayo 2021-diciembre 2022). Se realizó un análisis estadístico descriptivo y comparación del tratamiento antitrombótico entre mujeres y hombres con el test Chi-cuadrado (p < 0,05), así como descripción de los eventos cardiovasculares.

Resultados: Se han registrado 652 pacientes (377 mujeres y 275 hombres). El 40,77% de los hombres tienen pautado anticoagulante oral de acción directa (ACOD), mientras que el 30,04% está recibiendo antagonistas de la vitamina K. Por otra parte, en las mujeres no se observa tanta diferencia en cuanto al tratamiento pautado, el 35,67% recibe ACOD y el 34,76% antagonistas de la vitamina K. A pesar de los distintos porcentajes de tratamiento antitrombótico no existe asociación significativa entre el tipo de antitrombótico y el sexo (p-valor = 0,435). Además, el sexo tampoco es significativo en cuanto al riesgo relativo de que ocurra un evento hemorrágico (p-valor = 0,0753). No obstante, el riesgo relativo (OR = 2,871) de padecer un evento hemorrágico es significativo (p-valor = 0,018) en pacientes con FA permanente comparado con el riesgo asociado a pacientes con FA paroxística.

Conclusiones: A pesar de que en la literatura, hay evidencia de que clásicamente ha habido diferencias de sexo en cuanto al inicio de anticoagulación y el manejo entre mujeres y hombres, en esta cohorte contemporánea de nonagenarios con FA, no la hemos encontrado. En nuestra cohorte pacientes con FA permanente tuvieron mayor tasa de eventos hemorrágicos. Futuros estudios deberán analizar el impacto y corroborar estos resultados.

16 Análisis de seguridad del tratamiento neurohormonal en relación a variables clínicas en una población diagnosticada de amiloidosis cardíaca por transtirretina.

Segarra Vidal, I.; de la Cruz Cereceda, S.; Amiguet Comins, M.; Ventura Haro, S.; Trejo Velasco, B.; Solsona Caravaca, J.; Arveras Martínez, C.; Giménez García, L.; Soriano Borja, R.; Bellver Navarro, A.; Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario de Castellón. Castellón.

Objetivos. El objetivo principal fue valorar mediante variables clínicas (bradicardia e hipotensión) la tolerancia al tratamiento neurohormonal de la IC de los pacientes con amiloidosis cardíaca por transtirretina (ATTR). **Métodos.** Se recogen 24 pacientes con diagnóstico confirmado de ATTR por gammagrafía cardíaca con tecnecio 99m marcado con DPD, diagnosticados entre agosto de 2017 y octubre de 2022, con una mediana de seguimiento de 17 meses. La influencia sobre las diferentes variables clínicas en cuanto a tolerancia de la terapia fundacional se analizó a través del Test exacto de Fisher/U de Mann Whitney para el análisis univariado y a través de la regresión de Cox para el análisis multivariado. **Resultados.** La edad media de 80,6 ± 8,3 años con un 75% de varones (18). La fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) media es de 50,5 ± 11,7 %, con 12 pacientes (50%) en clase funcional II de la New York Heart Association (NYHA) y 3 (12,5%) en clase funcional III de la NYHA. En nuestra población, un 45,8% estaban en tratamiento con beta-bloqueantes, un 37,5% estaban tratados con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o bloqueadores de los receptores de angiotensina (ARA-II) y un 37,5% con inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2). En el seguimiento, 4 pacientes (16,7%) presentaron episodios de hipotensión, 5 (20,8%) episodios de bradicardia. 15 pacientes (62,5%) precisaron de ingreso por descompensación de IC. Fallecieron 6 pacientes (25%) por causa cardiovascular con una media de meses de seguimiento hasta el exitus de 13 ± 9,6. Tras un análisis univariado, ningún fármaco se asocia de forma estadísticamente significativa con la incidencia de episodios de bradicardia sintomática, ni siquiera los beta-bloqueantes (p. 0,37). Se observa una tendencia que no alcanza la significancia estadística entre presentar un QRS > 120 ms y los eventos de bradicardia (p 0,06). No se observó asociación estadística entre la presencia de eventos de hipotensión clínicamente significativa con la exposición a beta-bloqueantes (p 0,296), IECA/ARA-II (p 0,514) o iSGLT2 (p 0,119). En cambio, el filtrado glomerular como variable continua sí identificaba a los pacientes con mayor riesgo de hipotensión en nuestra población (p 0,03). **Conclusión.** En nuestra población de pacientes con el diagnóstico de ATTR, se observa un buen perfil de tolerancia a la terapia sin fundacional para la IC, sin observarse clara asociación con episodios de hipotensión arterial ni bradicardia clínicamente significativa. Estos datos nos permiten generar hipótesis acerca de la seguridad del tratamiento neurohormonal, con especial hincapié en la tolerancia al uso de iSGLT2 como nueva piedra angular en el tratamiento de la IC. Es necesario un mayor tamaño muestral y tiempo de seguimiento de los pacientes para conseguir conclusiones más robustas acerca de la seguridad del tratamiento médico de la IC en la amiloidosis cardíaca.

17 Ciclosilicato de sodio y zirconio e inhibidores del sistema renina-angiotensina-aldosterona para el manejo del paciente anciano con síndrome cardio-renal.

Barreres-Martin, G; Arroyo-Álvarez, A; Bompert Berroteran, D; Lorenzo, M; Villar Conejos, S; Nuñez Marín, G; de la Espinella, R; Montomoli, M; Górriz, J.L; Bonanad, C; *Cardiología geriátrica, INCLIVA, Valencia*

La coexistencia de la enfermedad renal crónica (ERC) con la insuficiencia cardíaca (IC), especialmente en pacientes ancianos, es frecuente y dificulta la titulación de fármacos clave para el tratamiento de la IC, como ocurre con los inhibidores del sistema renina-angiotensina-aldosterona (iSRAA). El principal motivo registrado de reducción de dosis o interrupción de los iSRAA en este contexto es la hiperpotasemia (HK). La HK se asocia a una mayor mortalidad, pudiendo causar arritmias ventriculares y muerte súbita cardíaca. Por ello, el control estricto de los niveles de potasio es un factor clave para mejorar el pronóstico de los pacientes con IC. Recientemente se han desarrollado nuevas opciones terapéuticas para la HK, como el ciclosilicato de circonio y sodio (CSZ). Este es un ensayo clínico multicéntrico, aleatorizado y abierto en el que se evaluará el uso del CSZ en la optimización de la terapia con iSRAA en pacientes con IC y ERC. La muestra de estudio se compondrá de pacientes mayores de 70 años ingresados en el hospital por una descompensación de IC, que hayan requerido diuréticos intravenosos y hayan presentado valores leves de HK que necesitaron estabilización o estén en riesgo de desarrollar HK. Nuestra hipótesis es que el CSZ reducirá los niveles de potasio sérico y mantendrá la normokalemia a medida que los pacientes se acercan a la dosis objetivo de iSRAA permitiendo una mayor optimización del tratamiento. El **objetivo** principal será comparar el número de pacientes que alcancen al menos un 25% de las dosis de iSRAA recomendadas por las guías en el brazo tratado con CSZ más iSRAA frente al grupo tratado con iSRAA sin quelante de K⁺ a los 3 meses de la inclusión en el estudio. Ensayos como el HARMONIZE han demostrado la eficacia del CSZ en la reducción de los niveles de potasio y actualmente el ensayo LIFT se ha propuesto probar su uso para optimizar el tratamiento con iSRAA en pacientes con IC y ERC. Sin embargo, a diferencia de todos los estudios previos, este nuevo ensayo se centrará en paciente mayor, y aportará información relevante para el tratamiento con CSZ en la optimización de las terapias con iSRAA en paciente anciano con IC, ERC e hiperkalemia. Se espera que la proporción de pacientes que alcancen al menos esta dosis objetivo sea de 0,3 en el grupo con mantenimiento del tratamiento convencional y de 0,6 en el grupo con optimización del bloqueo del iSRAA asociado a SZC. Dada la falta de pruebas clínicas al respecto, estas proporciones se basan en nuestra experiencia clínica. **Conclusiones:** Si los resultados de este estudio exploratorio inicial resultan positivos, los utilizaremos para realizar un nuevo cálculo del tamaño de la muestra con el fin de llevar a cabo un ensayo clínico multicéntrico, aleatorizado y a doble ciego en el que exploremos, un objetivo combinado de eventos cardiovasculares y visitas a urgencias (por IC, empeoramiento de la tasa de filtración o hipertensión) así como la mortalidad cardiovascular.

19 Optimización farmacológica integral durante la Fase 2 de un programa ambulatorio de Rehabilitación Cardíaca

Marcos Garcés, V; Merenciano González, H; Martínez Mas, M.L; Palau Sampio, P; Climent Alberola, J; Pérez, N; Arizón Benito, A; Payá Rubio, A; Chorro, F.J; Bodí, V; *Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España*

Objetivos. El tratamiento farmacológico preventivo ha demostrado beneficio pronóstico y en calidad de vida tras un infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST). Durante la Fase 2 de un Programa de Rehabilitación Cardíaca se puede realizar una optimización de dicho tratamiento, pero la prevalencia y los cambios específicos en el tratamiento farmacológico en este contexto no han sido claramente descritos. Pretendemos analizar las dinámicas en el tratamiento farmacológico preventivo en el marco de un Programa de Rehabilitación Cardíaca ambulatorio (PRCa).

Métodos. Estudiamos a pacientes con IAMCEST que completaron un PRCa en una unidad específica de nuestro centro. Se realizó una ergometría o ergoespirometría al inicio y al final de la Fase 2 y se aportó un programa de entrenamiento ambulatorio individualizado por parte de cardiólogos y médicos rehabilitadores. El tratamiento farmacológico fue modificado a criterio de los cardiólogos del programa a lo largo de la Fase 2. Se registró el tratamiento con fármacos antirombóticos, hipolipemiantes, antidiabéticos, antihipertensivos, cronotrópicos negativos, para la insuficiencia cardíaca y antitabáquicos al inicio y al final de la Fase 2. Se analizó el control de los factores de riesgo cardiovascular al final de la Fase 2.

Resultados. La cohorte final incluyó a 41 pacientes (edad media 60.1±10.2 años, 82.9% varones). La mayoría de pacientes (92.7%) requirió ajuste de tratamiento preventivo en al menos un grupo farmacológico, y un 65.9% en tres o más grupos farmacológicos. El número y proporción de pacientes en los cuales se optimizó el tratamiento fue 33 (80.5%) para hipolipemiantes (titulación al alza), 22 (53.7%) para fármacos antitabáquicos, 22 (53.7%) para cronotrópicos negativos (titulación a la baja en la mayoría de casos), 13 (31.7%) para antihipertensivos, 10 (24.4%) para antidiabéticos, 10 (24.4%) para tratamiento de la insuficiencia cardíaca (optimización en pacientes con fracción de eyección reducida o ligeramente reducida), y 8 (19.5%) para antirombóticos (switch entre inhibidores del P2Y12 y/o prescripción de anticoagulantes en pacientes con trombo intraventricular). Al finalizar la Fase 2, en todos los pacientes se consiguió un control óptimo de presión arterial (<130/80mmHg), un objetivo de LDL<55mg/dL en 31 (75.6%) pacientes (LDL<70mg/dL en 39 pacientes, 95.1%), 92.7% presentaron una HbA1c <7%, y se mantuvo la abstinencia tabáquica en un 90.7% de fumadores previos. No se registraron reingresos por causas cardiovasculares en los primeros 12 meses del PRCa.

Conclusiones. Se requiere optimización del tratamiento farmacológico preventivo en la mayoría de pacientes de nuestro Programa de Rehabilitación Cardíaca ambulatorio (PRCa). Esta optimización, junto con otros componentes del PRCa (entrenamiento físico ambulatorio, intervención sobre el estilo de vida, etc) permitió mejorar el control de factores de riesgo cardiovascular al final de la Fase 2.

18 Explorando el Impacto de las alteraciones del potasio sérico y los factores de riesgo cardiovascular en pacientes con enfermedad cardio-renal

Bompert Berroteran, D; Blanco del Burgo, R; Esteve Claramunt, F; Gonzalez Rico, M; Montomoli, M; Maidana, Daniela; García Pérez, C; Muñoz Alfonso, C; Górriz, J.L; Bonanad Lozano, C; *Cardiología, Incliva, Valencia*

Objetivos La enfermedad cardio-renal, también conocida como síndrome cardio-renal, es una afección en la que existe una interconexión patológica entre el corazón y los riñones. La fisiopatología del síndrome cardiorenal es compleja y aún no ha sido completamente estudiada. Se cree que hay varios mecanismos que pueden contribuir a la disfunción renal y cardíaca en este síndrome, y entre los mecanismos se encuentran las alteraciones del metabolismo de los líquidos y los electrolitos, como puede ser la hipo e hiperpotasemia. El **objetivo** de este trabajo es observar cómo los factores de riesgos de estos pacientes se ven influenciados por la variación del potasio sérico. **Métodos** Se trata de un estudio unicéntrico, observacional y retrospectivo de un registro de pacientes con enfermedad cardio-renal. Se incluyeron 223 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión: mayores de 18 años y que hayan iniciado programa de Diálisis Peritoneal (DP) desde el año 2013, ya sea por síndrome renal y/o cardiorenal. Se han clasificado a los pacientes según los resultados analíticos de valores de potasio: hipopotasemia, por debajo de 3.5 mEq/L, normopotasemia, entre 3.5 y 5 mEq/L e hiperpotasemia, más de 5 mEq/L. Además de esta clasificación, se han definido grupos según la cantidad de analíticas en las que se presentan diferentes determinaciones de potasio, como son: ninguna analítica, al menos 1 determinación, entre 2 y 4 determinaciones y más de 4 determinaciones. **Resultados** En el presente estudio se observó que la población investigada existe aproximadamente un 73% de varones mientras que las mujeres representaban aproximadamente el 27% de la población total. Además, el estudio identificó una alta prevalencia de comorbilidades como diabetes mellitus, dislipidemia e hipertensión en más del 50% de la población estudiada, particularmente esta última con un porcentaje aproximado en el 85% de los pacientes. A pesar de los hallazgos mencionados, el estudio reveló un bajo porcentaje de fumadores, estimado en aproximadamente el 10%. Los resultados del estudio no revelaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos hiperpotasémico, normopotasémico e hipopotasémico. **Conclusiones** Los hallazgos de este estudio sugieren que los pacientes con síndrome cardiorenal, independientemente de su estado de potasio sérico, comparten perfiles similares de factores de riesgo cardiovascular. En concreto, se observó que todos los grupos de pacientes (es decir, hipo, normo e hiperpotasémicos) presentaban una elevada prevalencia de al menos dos factores de riesgo cardiovascular, superior al 50%. Estos resultados subrayan la importancia de vigilar estrechamente estos factores de riesgo en los pacientes con síndrome cardiorenal.

20 Análisis de mortalidad en relación a variables clínicas y empleo de terapia fundacional de insuficiencia cardíaca en la amiloidosis cardíaca por transtirretina

De la Cruz Cereceda, S; Segarra Vidal, I; Amiguet Comins, M; Ventura Haro, S; Trejo Velasco, B; Solsona Caravaca, J; Avera Martínez, C; Giménez García, L; Soriano Borja, R; Bellver Navarro, A; *Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Castellón*

Objetivo. Evaluar las variables clínicas que influyen en el pronóstico de los pacientes diagnosticados de amiloidosis cardíaca (AC) por transtirretina (ATTR) y la influencia pronóstica de la terapia fundacional de la insuficiencia cardíaca (IC). **Material y método.** Se incluyeron retrospectivamente 24 pacientes con diagnóstico confirmado de AC TTR por gammagrafía cardíaca con 99mTc-DPD, diagnosticados entre agosto de 2017 y octubre de 2022, con una mediana de seguimiento de 17 meses. La influencia de las diferentes variables clínicas y el uso de terapia fundacional sobre la mortalidad se analizó a través del Test de Fisher/U de Mann Whitney para el análisis univariado y a través de la regresión de Cox para el análisis multivariado. **Resultados.** La edad media de la población es de 80.6±8.3, con un 75% de varones. Un 45.8% estaban en tratamiento con betabloqueantes, un 37.5% estaban tratados con IECA/ARA-II y un 37.5%, con iSGLT2. Durante el seguimiento 15 pacientes (62.5%) precisaron ingreso por descompensación de IC y 6 pacientes (25%) fallecieron por causa cardiovascular con una media de meses de seguimiento hasta el exitus de 13 ± 9.6. Tras un análisis univariado se observa que los pacientes con peor clase funcional (NYHA ≥ II/IV) (p: 0,037) y los pacientes que precisan de más ingresos por descompensación de IC (p:0,037) presentan mayor riesgo de mortalidad de causa cardiovascular. Además, analíticamente también se ha encontrado relación estadísticamente significativa para la mortalidad de causa cardiovascular con la tasa de filtrado glomerular (p:0,042), los niveles de troponina T ultrasensible basal (p: 0,044), los niveles de NT-proBNP basales (p<0.001) y en descompensación (p<0,001), así como los niveles de CA125 basales (p: 0,048) y en descompensación (p: 0,003). Respecto al tratamiento médico estándar de IC, tras un análisis univariado, en esta población se ha observado una menor mortalidad de causa cardiovascular asociada al uso de iSGLT2 (p: 0,037), IECAS/ARAII (p: 0,037) y antagonistas de los mineralocorticoides (p: 0,007). Sin embargo, se ha encontrado una mayor mortalidad de causa cardiovascular asociada al uso de betabloqueantes (p: 0.045). En el análisis multivariado de COX no se han encontrado predictores independientes de mortalidad en nuestra población. **Conclusión.** En nuestra población AC TTR se ha observado una menor mortalidad de causa cardiovascular asociada a los bloqueantes del SRAA e iSGLT2 y un aumento de la mortalidad asociada al uso de betabloqueantes. Variables clínicas como presentar ingresos previos o analíticas, como un menor FG o mayor elevación de biomarcadores clásicos en IC se asocian también a un mayor riesgo de mortalidad. Esto nos permite generar la hipótesis de que el amplio beneficio de la terapia fundacional de la insuficiencia cardíaca no se diluye en los pacientes con AC TTR. Sin embargo, es necesario un mayor seguimiento y un tamaño poblacional para alcanzar conclusiones robustas a este respecto.

21 Perfil microbiológico de la endocarditis infecciosa en nuestro medio. Relación con mortalidad intrahospitalaria

Domingo Valero, D; Huélamo Montoro, S; Fernández Ortiz, N; Soriano Alfonso, VV; Rodríguez Serrano, M; Blanes Hernández, R; Martínez León, JB; Buendía Fuentes, F; Arnau Vives, MA; Martínez Dolz, LV, Servicio de Cardiología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia

Introducción: La endocarditis infecciosa (EI) supone un reto diagnóstico- terapéutico y requiere un abordaje multidisciplinar. Su mortalidad intrahospitalaria es elevada a pesar de un correcto manejo. Existen múltiples microorganismos (MO) causantes de EI con características microbiológicas muy diferentes.

Objetivo: Describir el perfil microbiológico de la EI en nuestro medio y valorar si existe relación entre las características basales del paciente, el MO causante de la EI y la mortalidad intrahospitalaria.

Material y métodos: Estudio unicéntrico analítico observacional en el que se incluyeron a 446 pacientes (p) con diagnóstico confirmado de EI. Se recogieron características basales de los p (edad y sexo), características de la EI (válvula nativa vs protésica/material de reparación valvular), tipo de manejo de la EI (tratamiento médico vs quirúrgico), características microbiológicas (tipo de MO) y mortalidad intrahospitalaria. Se realizó un análisis univariado y multivariado para identificar predictores de mortalidad intrahospitalaria.

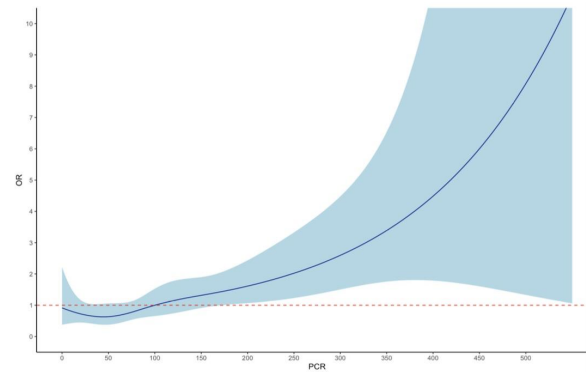
Resultados: Edad media 65 ± 15 años. 68% varones. 58% EI sobre válvulas nativas. 53 % tratamiento quirúrgico. En un 87% se encontró el MO responsable de la EI. Los MO que con más frecuencia produjeron EI en nuestro medio fueron: Enterococos (18,4%), Streptococo oralis (17,5%) y Estafilococo aureus meticilin-sensible (13%). La mortalidad intrahospitalaria global fue del 27%. Analizando la mortalidad por MO causal, la mayor mortalidad aconteció en el grupo de los Bacilos gram negativo (54,5%) y los Estafilococo aureus meticilin-resistente (47%). En el análisis multivariado, la edad, el sexo femenino y la virulencia del MO fueron predictores independientes de mortalidad intrahospitalaria.

Conclusiones: La EI en nuestro medio está causada fundamentalmente por Enterococos y Streptococos oralis y son predictores de mortalidad intrahospitalaria la edad más avanzada, el sexo femenino y un microorganismo causal de alta virulencia.

22 Parámetros analíticos relacionados con mortalidad intrahospitalaria en endocarditis infecciosa

Domingo Valero, D; Soriano Alfonso, VV; Huélamo Montoro, S; Fernández Ortiz, N; Blanes Julia, FM; Pérez Guillen, M; Osa Sáez, A; Rueda Soriano, J; Arnau Vives, MA; Martínez Dolz, LV, Servicio de Cardiología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia

Introducción: La endocarditis infecciosa (EI) es un cuadro clínico con alta letalidad. En el proceso diagnóstico de la misma se utilizan criterios clínicos, microbiológicos y de imagen cardíaca. Tanto al diagnóstico como para la monitorización de la respuesta al tratamiento se solicitan diversos parámetros analíticos. **Objetivo:** Identificar parámetros analíticos al diagnóstico de la EI que permitan predecir mortalidad intrahospitalaria. **Material y métodos:** Estudio unicéntrico analítico observacional en el que se incluyeron a 446 pacientes (p) con diagnóstico confirmado de EI. Se recogieron características basales de los p (edad y sexo) y diversos parámetros analíticos de reconocido valor pronóstico en insuficiencia cardíaca y procesos infecciosos como hemoglobina, leucocitos, plaquetas, creatinina, filtrado glomerular (FG), proteína C reactiva (PCR); proBNP, troponina T ultrasensible y procalcitonina. Se realizó un análisis univariado y multivariado para identificar predictores de mortalidad intrahospitalaria. **Resultados:** Edad media 65 ± 15 años. 68% varones. En el análisis univariado, la hemoglobina, la cifra de plaquetas, la creatinina, el FG, la PCR y el proBNP se asociaron de forma estadísticamente significativa con mortalidad intrahospitalaria. En el análisis multivariado, la PCR y el proBNP fueron predictores independientes de mortalidad. Pacientes con PCR > 200 mg/dL tuvieron una mortalidad intrahospitalaria del 49% frente al 23% de los paciente con PCR < 200 mg/dl, siendo estas diferencias estadísticamente significativas. **Conclusiones:** La PCR y el proBNP al ingreso de un paciente con EI permiten predecir de forma independiente la mortalidad intrahospitalaria.



23 Influencia del sexo en la mortalidad intrahospitalaria en pacientes con endocarditis infecciosa

Fernández Ortiz, N; Soriano Alfonso, V; Domingo Valero, D; Huélamo Montoro, S; Llau García, J; Agüero Ramón-Llín, J; Blanes Julia, FM; Tebar Botí, E; Arnau Vives, MA; Martínez Dolz, LV; Servicio de Cardiología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia

Introducción: Es bien conocida la influencia del sexo biológico en el pronóstico de diversas patologías cardiovasculares como la cardiopatía isquémica o la insuficiencia cardíaca. No obstante, el papel del sexo en el pronóstico de la endocarditis infecciosa (EI) es controvertido según la literatura actual.

Objetivo: Establecer cómo se relaciona el sexo con la mortalidad intrahospitalaria en pacientes (p) con EI en nuestro medio.

Material y métodos: Estudio unicéntrico analítico observacional en el que se incluyeron a 446 p con diagnóstico confirmado de EI. Se recogieron características basales de los p (edad y sexo), tipo de tratamiento (médico o quirúrgico) al que se sometieron y mortalidad. Se realizó un análisis univariado y multivariado para identificar predictores de mortalidad intrahospitalaria.

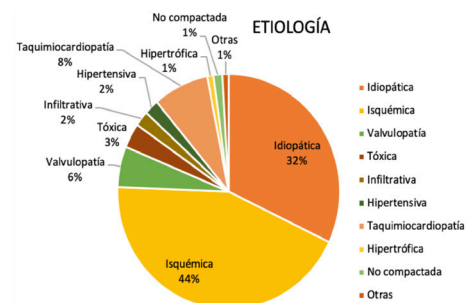
Resultados: Edad media 65 ± 15 años. 68% varones. 53% EI tratadas quirúrgicamente. Mortalidad del 27%. En el análisis univariado, la edad se asoció de manera estadísticamente significativa con la mortalidad intrahospitalaria. Con respecto al sexo, existe en el caso del sexo femenino una clara tendencia a mayor mortalidad intrahospitalaria. En el análisis multivariado, incluyendo efectos principales e interacciones de primer orden, la edad y la interacción sexo y tratamiento quirúrgico fueron predictores independientes de mortalidad intrahospitalaria. Ser mujer y someterse a cirugía cardíaca como tratamiento de EI conlleva más riesgo de mortalidad intrahospitalaria (OR 1,98) vs varones (OR 0.56).

Conclusión: La edad y el sexo femenino, especialmente en pacientes sometidas a cirugía cardíaca como tratamiento de la EI, fueron predictores de mortalidad intrahospitalaria.

24 Influencia de las características basales en la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección del ventrículo izquierdo mejorada

Gramage Sanchis, P; Hidalgo Mateos, A; García Martín, G; Queipo Rodríguez, A; Galiana Talavera, E; Gerlado Martínez, J; Callizo Gallego, R; Valls Serral, A; Roldán Torres, I; Mora Llabata, V; Servicio de Cardiología, Hospital Universitari Doctor Peset, València

Objetivo: La insuficiencia cardíaca (IC) con fracción de eyección del ventrículo izquierdo mejorada (FEVIm) se define como aquella que sucede en pacientes (p) con una FEVI basal ≤ 40 %, que aumenta ≥ 10 % respecto al valor inicial, siendo > 40 %. Nuestro objetivo ha sido determinar los factores basales que se relacionan con la mejora de la FEVI en el seguimiento. **Métodos:** Registro retrospectivo de p ingresados por IC y FEVI reducida (ICFER) en nuestro servicio desde enero de 2.016 hasta enero de 2.023. Elegimos aquellos en los que se disponía de al menos un control ecocardiográfico en > 3 meses después del estudio inicial. Evaluamos las variables basales y su relación con la mejora de la FEVI en el seguimiento a largo plazo. **Resultados:** Incluimos a 234 p. La media de edad era 66,3 (11,5) años y el 30% eran mujeres. La mediana de seguimiento fue de 3,85 (2) años. 87 p mejoraron la FEVI (37,2%). En estos se observó un incremento desde el 29,9 (6,4) inicial a 51,9 (6,7) en el segundo estudio ($p < 0,001$). En los p con FEVI no mejorada la media inicial fue de 29,8 (6,5) y la final de 30,18 (6,9) ($p < 0,519$). Las etiologías más frecuentes fueron las miocardiopatías isquémica e idiopática (76% del total), (ver figura). La mejora de la FEVI fue dependiente del género siendo más frecuente en las mujeres (53,5% vs 30,1%; $p < 0,001$) y de la etiología (56,1% vs 16,2%; $p < 0,001$), para la idiopática respecto a la isquémica. En comparación con los que no mejoraron, los p con FEVIm tenían menos factores de riesgo cardiovascular (FRCV): dislipemia (47,9% vs 30%; $p < 0,006$), tabaquismo (45,8% vs 41,8%; $p < 0,039$) e hipertensión arterial (46,6% vs 32,5%; $p < 0,03$). Destaca que no observamos diferencias significativas según el tratamiento médico óptimo. **Conclusiones:** En nuestro estudio, la mejora de la FEVI es dependiente del género más frecuente en mujeres. Los FRCV basales se relacionan con la probabilidad de mejora. La etiología de la miocardiopatía es la principal variable que determina la recuperación de la FEVI, siendo la isquémica la que con menos frecuencia la alcanza.



25 Diferencia residual en colesterol LDL como indicador de adherencia a cambios en el estilo de vida durante un programa ambulatorio de Rehabilitación Cardíaca

Merenciano González, H; Marcos Garcés, V; Martínez Mas, ML; Palau Sampio, P; Climent Alberola, JI; Pérez, N; Arizón Benito, A; Payá Rubio, A; Chorro, FJ; Bodí, V. Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España

Objetivos. Tras un infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST), un programa de Rehabilitación Cardíaca puede ayudar a conseguir el objetivo recomendado de colesterol LDL. Nuestro objetivo es estudiar las características de los pacientes con reducción subóptima de LDL tras un IAMCEST a lo largo de un Programa de Rehabilitación Cardíaca ambulatorio (PRCa) y describir la contribución relativa de la adherencia a cambios en el estilo de vida en este parámetro. **Métodos.** Estudiamos a 41 pacientes que completaron la Fase 2 de un PRCa en nuestro centro tras un IAMCEST. Se realizó una ergometría o ergoespirometría al inicio y al final de la Fase 2 y se analizó en consumo pico de oxígeno (VO2 pico). Se utilizaron cuestionarios para analizar la calidad de vida (SF-36), adherencia a dieta mediterránea (PREDIMED), actividad física semanal (IPAQ) y adherencia terapéutica (Morisky-Green). Se registró el tratamiento hipolipemiente y el LDL antes del IAMCEST y al inicio y al final de la Fase 2. Al final de la Fase 2, analizamos la diferencia entre el LDL teórico (LDL antes del IAMCEST menos la reducción teórica del LDL que debería producir el tratamiento hipolipemiente activo), que se definió como la "diferencia residual en el LDL" (DR-LDL). Se compararon los pacientes con DR-LDL positiva (reducciones inferiores a lo esperado) y con DR-LDL negativa (reducciones mayores a lo esperado). Una $p < 0.05$ se consideró estadísticamente significativa. **Resultados.** La edad media de la cohorte fue de 60.1 ± 10.2 años y la mayoría de los pacientes eran varones (82.9%). En la mayoría de los pacientes ($n=33$, 80.5%) se ajustó al alza el tratamiento hipolipemiente y se consiguió un objetivo de $LDL < 55 \text{ mg/dL}$ en 31 (75.6%) pacientes. Un total de 25 (61%) pacientes presentó una DR-LDL negativa y 16 (39%) experimentaron una DR-LDL positiva. Los pacientes con DR-LDL positiva consiguieron un objetivo de $LDL < 55 \text{ mg/dL}$ en menor proporción (50% vs. 92%, $p=0.002$). No se observaron diferencias en la adherencia a la dieta mediterránea o al tratamiento farmacológico prescrito al final de la Fase 2. No obstante, estos pacientes presentaron una mayor mejoría en su calidad de vida ($+18.4 \pm 29.2$ vs. $+2.1 \pm 17.2$ puntos en SF-36, $p=0.03$) y un mayor aumento en su actividad física semanal ($+4436.4 \pm 4116.3$ vs. $+1557.7 \pm 2267.4$ METS/semana, $p=0.02$) en comparación con los pacientes con DR-LDL negativa. El VO2 pico aumentó en ambos grupos de forma similar (incremento medio de $+4.64 \pm 5.67$ vs. $+3.81 \pm 3.95$ ml/kg/min, $p=0.83$). **Conclusiones.** En la mayoría de pacientes incluidos en un PRCa se requiere un aumento al alza del tratamiento hipolipemiente para conseguir un objetivo óptimo de LDL. Más de una tercera parte de los pacientes presentó una reducción de niveles de LDL inferior a lo esperado (diferencia residual en el LDL positiva), lo cual no pudo atribuirse a una peor adherencia a la dieta mediterránea, al tratamiento farmacológico o a las recomendaciones de entrenamiento físico ambulatorio.

27 Valor diagnóstico de la resonancia cardíaca en la miocarditis aguda: estudio de una cohorte unicéntrica prospectiva

Albiach, C; Maidana, D; Maicas Alcaine, E; Barreres Martín, G; Arroyo Álvarez, A; Monmeneu, J; Muñoz Alfonso, C; López Lereu, M; Bonanad Lozano, C; Valencia

Objetivos: Describir las características clínicas, analíticas y de RMC en pacientes con diagnóstico de sospecha de miocarditis aguda en un hospital terciario. El objetivo secundario es valorar la evolución de alteraciones en la RMC a los 6 meses / 1 año en el subgrupo al que se les realizó resonancia de control. **Métodos:** Estudio descriptivo en una cohorte unicéntrica prospectiva de 77 pacientes desde el 2012 hasta la actualidad, ingresados en un hospital terciario con diagnóstico de sospecha de miocarditis aguda. **Resultados:** El estudio ha incluido en forma prospectiva 77 individuos ingresados por sospecha diagnóstica de miocarditis aguda. El 90% eran varones con una edad media de 33 años y una edad máxima de 70 años. El porcentaje de individuos con electrocardiograma anormal al ingreso fue del 88%, siendo más frecuente el ascenso del segmento ST generalizado (45%). Más de un tercio de los pacientes presentaban, al menos, un factor de riesgo cardiovascular (FRCV) y el 9% tenían antecedente de miopericarditis. En la primera RMC, presentaron edema miocárdico el 87%, considerando que no hay edema si el número de segmentos con edema es cero. Además, se evidenció una correlación significativa entre la cuantificación del edema y las troponinas. Por otra parte, el 14% presentó derrame pericárdico. La cuantificación del edema en RMC no se asoció a ningún FRCV en particular. Sin embargo, el tabaquismo se asoció a mayor grado de fibrosis en la RMC, al igual que el ser varón e hipertenso ($P=0.045$ y 0.041 respectivamente). Respecto a la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI), en menos del 3% de los pacientes la FEVI fue menor del 50% y se evidenció dilatación ventricular (IVTDVI) en menos del 4%. Se registró disfunción regional del 14% y el 83% presentó captación tardía de contraste (CTC) subepicárdica. A los 6 meses, en la RMC menos del 3% de los pacientes evidenciaron disfunción regional. La CTC subepicárdica de control fue del 45%. El porcentaje de pacientes con FEVI menor al 50% se mantuvo por debajo del 3%. El número medio de segmentos con CTC fue menor en la segunda RMC (2,78 vs 5,18). **Conclusiones:** La miocarditis puede aparecer en un amplio rango de edades y se presenta con cambios en el ECG y en la RMC. En el registro apreciamos que existe mayor probabilidad de desarrollo de fibrosis en hombres, hipertensos y/o con hipertensión. Es importante considerar que nuestra base de datos predominan los varones. Según los resultados, a pesar de datos de inflamación y edema en el momento diagnóstico, en el seguimiento la repercusión funcional es escasa. En RCM control, los marcadores de inflamación y edema disminuyeron.

26 Fibrosis endomiocárdica por strongyloides

Jorge Llau García; Ignacio Sanchez Lazaro; Cardiología, H Universitari i Politècnic La Fe

La fibrosis endomiocárdica es una patología poco prevalente en nuestro medio, pero supone una de las causas más frecuentes de insuficiencia cardíaca en países sub-saharianos, que son fuente importante de inmigración.

Objetivos: Revisar la fisiopatología, etiología y tratamiento de la fibrosis endomiocárdica a propósito de un caso.

Métodos: Presentación de un caso clínico a partir de las pruebas y visitas realizadas en el hospital y revisión de la literatura más actual respecto al manejo de esta patología.

Resultados: La miocardiopatía hipertrofica se comporta fisiopatológicamente como una miocardiopatía hipertrófica, con disfunción fundamentalmente diastólica. Sin embargo, la etiología y el abordaje son completamente diferentes. Para estudiar la etiología de esta entidad es fundamental disponer en primer lugar de pruebas de imagen (ETT y RMC) para confirmar el diagnóstico y descartar otras patologías. A continuación es imprescindible solicitar un hemograma con frotis que descarte eosinofilia, una serología completa y detección de parásitos en heces y un cribado de posible patología autoinmune. Una vez realizado el diagnóstico etiológico de decidirá el manejo en función del origen combinado con el tratamiento fisiopatológico de las alteraciones de función.

28 Caracterización clínica y eléctrica de una cohorte de pacientes con prolapso valvular mitral atendidos en un centro terciario.

Arveras Martínez, C; Soriano Borja, R; Trejo Velasco, B; Sanchis Herrero, A; Pérez Gozalbo, J; Solsona Caravaca, J; Gimenez García, L; De la Cruz Cereceda, S; Segarra Vidal, I; Bellver Navarro, A; Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Castellón, Castellón de la Plana

Objetivos: Analizar y comparar las características clínicas y eléctricas de los pacientes con prolapso valvular mitral (PVM) y prolapso valvular arritmogénico (PVMA). **Métodos:** Análisis observacional, retrospectivo de los pacientes consecutivos con diagnóstico ecocardiográfico de PVM valorados en consultas de Cardiología de un centro terciario entre 2020 y 2022. Todos los pacientes tenían un ecocardiograma basal reglado y al menos un ECG de 12 derivaciones. No se realizó Holter-ECG de forma sistemática sino a criterio del clínico responsable. Los criterios diagnósticos de PVMA incluyeron arritmias ventriculares complejas o sostenidas, extrasístolia ventricular (EV) frecuente en holter (carga > 5% en 24h) o muerte súbita. Se realizó un análisis comparativo de las características clínicas y estructurales de los pacientes con PVM no arritmogénico (PVMNA) vs aquellos con PVMA.

Resultados: Se incluyeron 33 pacientes, de los cuales 8 cumplían criterios de PVMA (24%). El 75% de los pacientes con PVMA manifestó síntomas arritmicos (palpitaciones, síncope o muerte súbita recuperada) siendo las palpitaciones el síntoma más frecuente (50%), el 12,5% síntomas no arritmicos y el 12,5% estaba asintomático. No se observaron diferencias en las características basales ni en la presentación clínica entre pacientes con PVMA y PVMNA. En la muestra total, el 18,8% presentó fibrilación auricular (FA), el 42,4% alteraciones de la onda T y el 15% un QTc prolongado (≥ 460 ms). El PR medio fue 148 ± 46 ms, el QTc medio fue 425 ± 45 ms y el QRS medio 93 ± 11 ms. No existieron diferencias significativas en cuanto a la prevalencia de FA en pacientes con diagnóstico de PVMA y PVMNA (16,7% vs 25,0%, $p=0.476$). Entre los pacientes con PVMA, el 37,5% presentó alteraciones de la onda T y la mitad QTc prolongado. Los pacientes con PVMA presentaron un valor de QTc medio significativamente mayor respecto a aquellos con PVMNA (474 ± 50 ms vs 409 ± 31 ms), así como una mayor prevalencia de QTc prolongado (≥ 460 ms); 50% vs 4%, $p=0.008$, sin diferencias significativas en cuanto a alteración en las ondas T entre ambos grupos ($p=0,884$). Se realizó Holter-ECG de 24h en 9 (27.3%) pacientes de la muestra total. El diagnóstico de PVMA se alcanzó en base a los hallazgos del Holter en 3 (37.5%), por TVMS documentada en ECG en 2 casos, por EV con morfología compatible con origen en músculo papilar posterior en 2 casos y por muerte súbita recuperada en 1. En 2 pacientes con PVMA se realizó EEF con ablación efectiva de sustrato e implante de DAI en prevención secundaria en dos casos adicionales. 3 de los pacientes con PVMA recibieron tratamiento con betabloqueantes y 1 con amiodarona y betabloqueantes. **Conclusiones:** La prevalencia del PVMA fue elevada en nuestra muestra, alcanzando un cuarto de la muestra, pese a la escasa utilización de Holter. El intervalo QTc prolongado fue la principal característica diferencial entre los pacientes con PVMA y PVMNA

29 Acumulación de factores de riesgo adicionales (ampliación sobre los considerados en escala Score) en pacientes hipertensos remitidos a la consulta especializada de un Hospital terciario.

García Zuazola A; Morales Ruiz E; Segura de la Morena J; Universidad Complutense de Madrid

Introducción: La hipertensión arterial (HTA) es la mayor causa evitable de enfermedad cardiovascular y de mortalidad por cualquier motivo. En más del 50% de los hipertensos se han identificado otros factores de riesgo (FR) adicionales y esta agrupación multiplica su el riesgo cardiovascular (RCV). El objetivo de este estudio es describir la incidencia de factores de RCV acumulados en pacientes estadio 1 de HTA (no complicada) de primera visita en consulta de HTA en un hospital terciario.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo, se revisaron las historias clínicas de pacientes en estadio 1 de HTA (no complicada) atendidos en un hospital terciario. Se excluyó a pacientes con filtrado glomerular < 60 ml/min, microalbuminuria, diabetes y enfermedad cardiovascular. Se analizaron el hábito tabáquico considerado como tabaquismo activo o < 6 meses sin fumar, hipercolesterolemia como colesterol no-HDL > 160 mg/dl y los niveles de ácido úrico, considerando hiperuricemia si ácido úrico > 7 mg/dl en hombres o > 6 mg/dl en mujeres. Todas las variables estratificadas entre sexos. Se clasificaron en categoría A en ausencia de FR, categoría B en caso de 1-2 FR y categoría C en caso de > 2 FR.

Resultados: La muestra final se compuso de 607 pacientes en estadio 1 de HTA arterial. El 36,2% fueron varones no fumadores, el 37,89% mujeres no fumadoras, 16,3% varones fumadores activos y el 9,5% mujeres fumadoras activas. En el global representando el 74,1% pacientes no fumadores. El 19,7% de la muestra eran pacientes varones con hipercolesterolemia, el 15,51% con hipercolesterolemia, frente al 33,05% de varones y el 31,7% de mujeres sin hipercolesterolemia. En el cómputo general representando el 35,21% pacientes con colesterol no-HDL ≥ 160 y por tanto positivos para este FR. El 47,2% presentaron hiperuricemia. Se clasificaron en las categorías: 7,1% categoría A, 43,2% categoría B y 49,8% categoría C.

Conclusiones: La presencia de FR es frecuente en pacientes hipertensos. El hábito tabáquico no es mayoritario en pacientes hipertensos, tampoco la hipercolesterolemia ni la hiperuricemia. Esto sugiere que se deben valorar y tratar el resto de factores como la obesidad, sedentarismo o diabetes mellitus.

30 Nuevo índice aterogénico para la predicción de aterosclerosis carotídea basado en el ratio proteína C reactiva / HDLc

Fabregat Andrés, O; Perez de Lucía Fernández de Ibarra, P; Vallejo García, V; León del Pino, MC; Herrera Cañizares, G; Jacas Osborn, V; Vera Ivars P; Barrios Pitarque, C; Servicio de Cardiología Hospital IMED Valencia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La valoración del riesgo cardiovascular se reconoce en las guías clínicas como medida de prevención de enfermedades cardiovasculares. Una de las causas fundamentales de la cardiopatía isquémica es la aterosclerosis. Para su estimación indirecta se emplean habitualmente índices aterogénicos (IA), que consisten en el cociente o la proporción matemática entre diferentes parámetros del perfil lipídico. En los últimos años, algunas investigaciones han reforzado el papel de la inflamación en la etiología y perpetuación del proceso aterosclerótico. La introducción de parámetros inflamatorios en los IA podría mejorar su rendimiento diagnóstico. El objetivo del estudio fue evaluar la capacidad diagnóstica de un nuevo IA en forma de ratio entre los valores de proteína C reactiva y las cifras de HDLc [PCR-100/HDLc], en comparación con IA tradicionales. **MÉTODOS:** Se incluyeron en el estudio 282 pacientes con ecografía de troncos supraaórticos para evaluar presencia de ateromatosis significativa en base a su riesgo cardiovascular. Los pacientes no tenían historia médica personal de cardiopatía o enfermedad cardiovascular. Se registraron las variables demográficas, y la presencia de factores de riesgo cardiovascular: tabaquismo, dislipemia, diabetes, hipertensión arterial. Asimismo, se anotó peso, talla e índice de masa corporal. Se analizaron el perfil lipídico completo (colesterol total, HDLc, LDLc, triglicéridos), perfil glucémico (glucosa, hemoglobina glicada), y proteína C reactiva. Para el análisis de resultados, se estimó mediante curva ROC el valor del índice PCR-100/HDL con mayor rendimiento diagnóstico para la predicción de ateromatosis carotídea, y mediante regresión binaria se comparó con otros índices aterogénicos de uso común. **RESULTADOS:** La edad media de los pacientes fue 60,4 ± 14,5 años. Se encontró la siguiente prevalencia de factores de riesgo cardiovascular: tabaquismo 18%, diabetes 10%, dislipemia 43%, hipertensión arterial 42%. La curva ROC determinó que el punto de corte óptimo para estimar mayor riesgo de ateromatosis según el nuevo índice fue un valor ≥ 1 (con área bajo la curva 0,68), y es el que se utilizó para las comparaciones. Se compararon los diferentes IA por regresión binaria para la detección de ateromatosis carotídea, (ver Tabla 1). Se consideraron todos los índices como variables categóricas, considerando los siguientes puntos de corte de riesgo: índice de Castelli > 4; índice LDL/HDL > 2,5; índice TG/HDL > 2,5; e índice PCR-100/HDL > 1. El nuevo índice PCR-100/HDL fue el único que mostró una correlación significativa al ser comparados conjuntamente (OR 3,2 [IC 95% 1,6-6,1], p<0,01).

Tabla 1. Predicción de ateromatosis carotídea según los diferentes índices aterogénicos

Índices aterogénicos	OR (IC 95%)	Valor P
Índice de Castelli >4	2.8 (0.7-11.9)	0.14
Índice LDL/HDL >2.5	0.3 (0.1-1.1)	0.08
Índice TG/HDL >2.5	1.3 (0.6-2.7)	0.45
Índice PCR-100/HDL >1	3.2 (1.6-6.1)	<0.01

LDL: lipoproteína de baja densidad; HDL: lipoproteína de alta densidad; TG: triglicéridos

31 Resultados en salud de un programa ambulatorio de Rehabilitación Cardíaca según categorías de riesgo

Marcos-Garcés, V; Merenciano-González, H; Martínez Mas, ML; Palau Sampio, P; Climent Alberola, J; Pérez, N; Arizón Benito, A; Payá Rubio, A; Chorro, FJ; Bodí, V; Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España

Objetivos. La rehabilitación cardíaca se recomienda tras un infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) para mejorar el pronóstico, la calidad de vida y el control de los factores de riesgo cardiovascular. Nuestro objetivo es estudiar los resultados en salud de un Programa de Rehabilitación Cardíaca ambulatorio (PRCa) en pacientes con IAMCEST y según perfiles de riesgo. **Métodos.** Implementamos en 2022 en nuestro centro un nuevo PRCa en Fase 2 dirigido a pacientes tras un IAMCEST. Se realizó una ergometría/ergoespirometría (Ergo) al inicio y final de la Fase 2, se analizó el consumo pico de oxígeno (VO2 pico) y se estratificó el riesgo de los pacientes para el PRCa en bajo o intermedio/alto. Se diseñó un programa individualizado de entrenamiento ambulatorio (3 meses) por parte de cardiólogos y médicos rehabilitadores. Se utilizaron diferentes cuestionarios para analizar la calidad de vida (SF-36), depresión (PHQ-2), ansiedad (GAD-2), adherencia a dieta mediterránea (PREDIMED), actividad física semanal (IPAQ) y adherencia terapéutica (Morisky-Green). Se compararon los resultados en pacientes de bajo e intermedio/alto riesgo. Una p<0.05 se consideró estadísticamente significativa. **Resultados.** La cohorte final incluyó a 41 pacientes que completaron la Fase 2 del PRCa (edad media 60.1±10.2 años, 82.9% varones y 53.7% fumadores). Se consiguieron reducciones significativas en la presión arterial sistólica (-7.9±15.7mmHg, p=0.003), colesterol LDL (-59.5±35mg/dL, p<0.001), peso (-3±6.5kg, p=0.006) e índice de masa corporal (-1±2.2, p=0.005). La mayoría de los pacientes dejó de fumar (90.9% de fumadores previos) y consiguieron un objetivo de LDL<55mg/dL (n=31, 75.6%) y una buena adherencia a la dieta mediterránea (n=39, 95.1%) y al tratamiento prescrito (n=38, 92.7%). La calidad de vida mejoró (+8.4±23.7 puntos en SF-36, p=0.03) y los síntomas de ansiedad disminuyeron (-0.6±1.8 puntos en GAD-2, p=0.04). Se observó un aumento medio de 4.1±4.7ml/kg/min en el VO2 pico (+17.9%, p<0.001) y los pacientes aumentaron su actividad física semanal en 2681.1±3385.3 METS/semana (+156.2%, p<0.001). No se observaron diferencias entre los pacientes con bajo e intermedio/alto riesgo, excepto para el objetivo de LDL<55mg/dL (menor si riesgo intermedio/alto, 65.4% vs. 93.3%, p=0.045) y la pérdida de peso e índice de masa corporal (mayor si riesgo intermedio/alto). No se registraron reingresos por causas cardiovasculares ni complicaciones del entrenamiento ambulatorio. **Conclusiones.** En pacientes con IAMCEST, un PRCa en Fase 2 permitió un excelente control de factores de riesgo cardiovascular, mejoró la calidad de vida, y aumentó de forma significativa la capacidad funcional y la actividad física semanal. Los resultados fueron comparables en pacientes con bajo riesgo y riesgo intermedio/alto, lo que podría sugerir la inclusión de pacientes con riesgo intermedio/alto en PRCa si no existe posibilidad de realizar entrenamiento supervisado hospitalario.

32 Manejo diagnóstico, terapéutico y pronóstico de pacientes diagnosticados de minoca: ¿Cuál es la realidad?

García Martín, G; Gil Llopis, C; Queipo Rodríguez, A; Valls Serral, A; Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Dr. Peset (Valencia)

Introducción y objetivos: El infarto agudo de miocardio con arterias coronarias sin obstrucciones significativas (MINOCA) es una entidad heterogénea que engloba distintos mecanismos fisiopatológicos. Su tratamiento y pronóstico no están plenamente establecidos en la actualidad. Nuestro objetivo es caracterizar al paciente ingresado con el diagnóstico de MINOCA y revisar el manejo diagnóstico y terapéutico de este tipo de pacientes. **Métodos:** Se ha realizado un estudio descriptivo retrospectivo de las características de los pacientes ingresados en el Servicio de Cardiología de un hospital terciario entre diciembre de 2016 y octubre de 2022 con diagnóstico de MINOCA. El seguimiento retrospectivo se ha llevado a cabo a través de la historia clínica electrónica. **Resultados:** Se incluyeron 102 p, 69,6% mujeres. La edad media fue de 64,5 años (DS 13,8 años). Un 30,7% presentaban al inicio un ECG normal, un 27,7% elevación del ST, un 21,8% descenso del ST y un 19,8% alteraciones en la onda T. La media de troponina I ultrasensible (ARCHITECT STAT High Sensitivity Troponin-I) fue de 4463,9 pg/ml (DS 11036,7 pg/ml). Un 8,2% de p presentaba FEVI reducida. Las principales comorbilidades fueron la HTA (65,7%) y la dislipemia (52%), destacando un porcentaje considerable de enfermedad renal crónica (20,6%). Además el 48,5% eran fumadores o exfumadores.

	N (%) / Media (DS)
Pacientes	102
Edad (años)	64.5 (13.8)
Sexo (mujeres)	71 (69.6%)
HTA	67 (65.7%)
DM	16 (15.6%)
DLP	53 (52%)
ERC (FG < 60 ml/min/m2)	21 (20.6%)
Tabaquismo	
- Fumador activo	24 (23.5%)
- Exfumador	22 (23.2%)
ECG inicial	
- Normal	31 (30.7%)
- Elevación del segmento ST	28 (27.7%)
- Descenso del segmento ST	22 (21.8%)
- Cambios en la onda T	20 (19.8%)
Coronariografía	
- Coronarias normales	62 (60.8%)
- Ateromatosis	22 (21.6%)
- Lesiones no significativas (<50%)	18 (17.6%)
FEVI	
- Preservada	82 (83.7%)
- Ligera/reducida	8 (8.2%)
- Reducida	8 (8.2%)
RMN	28 (27.5%)
Seguimiento coronariografía	4 (3.9%)
Diagnóstico definitivo	48 (47.1%)
- Síndrome de Tako-Tsubo	14 (29%)
- Otros	13 (27.1%)
- IAM	7 (15%)
- Miocarditis	5 (10%)
- Miocardiopatía	4 (8%)
- Diseccción coronaria	2 (4%)
- Microvascular	2 (4%)
- Pericarditis	1 (2%)
- Síndrome de Kounis	1 (2%)
Tratamiento al alta	
- Betabloqueante	53 (53%)
- IECA	39 (39.4%)
- AAS	65 (65%)
- Clopidogrel	23 (23%)
- Doble antiagregación	46 (45.1%)
- Nitrato	15 (15%)
- Calcioantagonista	15 (15%)
- Estatina	74 (74%)
- Ranexa	2 (2%)
- Anticoagulación oral	12 (15.8%)

33 Predicción de trombo ventricular izquierdo tras un infarto agudo de miocardio mediante variables clínicas, ecocardiográficas y electrocardiográficas

Bertolín Boronat, C; Marcos Garcés, V; Merenciano González, H; Pérez, N; Gavara, J; López Lereu, MP; Momeneu, JV; Iraola Viana, D; Minguéz Díaz de Alda, S; Bodí, V; Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España

Objetivos. El trombo ventricular izquierdo (TVI) es una complicación poco frecuente pero grave tras un infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) que puede ser detectada con resonancia magnética cardíaca (RMC). Nuestro objetivo fue estratificar el riesgo de desarrollar TVI en base a variables clínicas, electrocardiográficas y ecocardiográficas fácilmente disponibles durante el ingreso para ayudar a seleccionar a aquellos pacientes que deberían someterse a RMC para la detección de TVI.

Métodos. Nuestro registro incluyó a pacientes con IAMCEST reperfundido que se sometieron a una RMC precoz (1 semana) y otra tardía (6 meses) por indicación clínica. Se utilizaron secuencias de realce tardío de gadolinio para analizar la presencia de TVI. Se registraron las características clínicas basales y se realizó una ecocardiografía antes del alta, registrándose parámetros como la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI, en %). Se analizó el ECG durante el ingreso y se registró la elevación máxima y mínima del segmento ST, la resolución del segmento ST (en %) y el número de derivaciones con onda Q y elevación del segmento ST >1 mm (Q-eST). Se realizaron análisis univariados y multivariados para verificar la asociación de las variables estudiadas con el TVI por RMC en los primeros 6 meses después del IAMCEST. Una $p < 0,05$ se consideró estadísticamente significativa.

Resultados. La cohorte final fue compuesta por 377 pacientes con IAMCEST (edad media de 57.51±11,64 años, 82% varones). Se detectó TVI en 29 (7.7%) pacientes mediante RMC durante los primeros 6 meses tras el IAMCEST. Los predictores de TVI en el análisis multivariado fueron el infarto anterior (HR 4.57 [1.28-16.29], $p=0,02$), la FEVI por ecocardiografía (HR 0.97 [0.93-0.99] por %, $p=0,04$) y la Q-eST (HR 1.33 [1.06-1.67] por derivación, $p=0,01$). Se dicotomizaron las variables de FEVI por ecocardiografía ($\leq 48\%$) y Q-eST (>3 derivaciones) según el mejor punto de corte y se definieron varias categorías de riesgo para el TVI. En pacientes con 0 o 1 factor de riesgo la prevalencia de TVI osciló entre el 1.6% y el 5.2% (si había infarto anterior y ningún otro factor de riesgo). Los pacientes con infarto anterior y cualquier otro factor de riesgo tenían una prevalencia de TVI del 14.3%. Sin embargo, la mayor prevalencia se encontró en pacientes con infarto anterior, FEVI $\leq 48\%$ y Q-eST en >3 derivaciones. En este grupo ($n=34$, 9% de la cohorte) se encontró TVI en el 26.5% de los pacientes.

Conclusiones. La aparición de TVI en los primeros 6 meses después del IAMCEST puede predecirse mediante variables clínicas (infarto anterior), ecocardiográficas (FEVI) y ECG (Q-eST) fácilmente disponibles antes del alta. Más de la cuarta parte de los pacientes con infarto anterior, FEVI por ecocardiografía $\leq 48\%$ y Q-eST en >3 derivaciones presentó TVI. Este hallazgo podría ayudar a seleccionar a los pacientes que tras un IAMCEST deberían someterse a una RMC para la detección de TVI.

35 Características clínicas y pronóstico asociados a la enfermedad multivasa en pacientes tras un infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST

Iraola Viana, D; Marcos Garcés, V; Merenciano González, H; Pérez, N; Gavara, J; Ríos Navarro, C; de Dios, E; Bertolín Boronat, C; Minguéz Díaz de Alda, S; Bodí, V; Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España

Objetivos. Un porcentaje significativo de pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) presenta enfermedad multivasa (EMV) en la coronariografía primaria. Pretendemos estudiar las características clínicas y el impacto pronóstico a largo plazo de la EMV en pacientes con IAMCEST. **Métodos.** Se incluyó a pacientes con IAMCEST reperfundido en un registro prospectivo observacional desde 2002 a 2022. Se registraron las características basales, ecocardiográficas y angiográficas, comparando a los pacientes con y sin EMV. La EMV se definió como la presencia de estenosis $\geq 50\%$ en al menos una arteria coronaria no responsable del infarto en la coronariografía primaria. Para el análisis de supervivencia se definió un objetivo combinado de eventos cardiovasculares adversos mayores 4P-MACE, que incluyó la muerte cardiovascular (MCV), el infarto de miocardio no fatal (IAM-NF), el reingreso por insuficiencia cardíaca (IC) y el ictus no fatal. Se realizó un análisis de regresión de Cox multivariada para predecir 4P-MACE. Se consideró estadísticamente significativo un p -valor $< 0,05$. **Resultados.** Se incluyó a 906 pacientes con IAMCEST, de los cuales 337 (37.2%) presentaban EMV. Los pacientes con EMV eran mayores (63.4±12.17 frente a 59±12.8 años, $p < 0,001$) y presentaron mayor prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, como diabetes mellitus (32% frente a 19.5%, $p < 0,001$), hipertensión (57.3% frente a 45.9%, $p=0,001$), hipercolesterolemia (53.4% frente a 42.4%, $p=0,001$) e historia previa de cardiopatía isquémica crónica (14.2% frente a 7%, $p < 0,001$), pero menor prevalencia de hábito tabáquico (46.9% frente a 56.8%, $p=0,004$). Los pacientes con EMV presentaron un perfil de mayor riesgo al ingreso, definido como aumento de la prevalencia de clase Killip ≥ 2 (26.7% vs. 18.3%, $p=0,003$), mayor puntuación en la escala TIMI (3 [1-5] vs. 2 [1-4] puntos, $p=0,01$) y menor fracción de eyección del ventrículo izquierdo (52±11.9% vs. 53.6±11%, $p=0,04$). Durante una mediana de seguimiento de 6.88 [1.38-10.32] años, se registraron 262 (28.9%) eventos 4P-MACE: 55 MCV, 68 IAM-NF, 106 IC y 33 ictus. La EMV resultó predictor independiente de eventos 4P-MACE (HR 1.55 [1.15-2.07], $p=0,004$), junto con la diabetes mellitus (HR 1.64 [1.19-2.26], $p=0,002$), la puntuación en la escala de riesgo TIMI (HR 1.17 [1.1-1.24] por punto, $p < 0,001$), el diámetro anteroposterior de la aurícula izquierda (HR 1.009 [1.001-1.02] por mm, $p=0,03$) y la presencia de infarto anterior (HR 1.46 [1.08-1.96], $p=0,01$). **Conclusiones.** Más de un tercio de los pacientes con IAMCEST en una cohorte contemporánea presentan EMV en la coronariografía inicial. La EMV se asocia con mayor prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (excepto hábito tabáquico) y un perfil de mayor riesgo al ingreso. Además, la presencia de EMV durante el ingreso inicial supone un predictor independiente de eventos cardiovasculares adversos mayores a largo plazo.

34 Incompetencia cronotrópica y tratamiento cronotrópico negativo durante la Fase 2 de un programa ambulatorio de Rehabilitación Cardíaca

Marcos Garcés, V; Merenciano González, H; Palau Sampio, P; Martínez Mas, ML; Climent Alberola, JI; Pérez, N; Arizón Benito, A; Payá Rubio, A; Chorro, FJ; Bodí, V; Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España

Objetivos. En pacientes tras un infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) es habitual prescribir tratamiento cronotrópico negativo (TCN), como los beta-bloqueantes y la ivabradina. No obstante, no es infrecuente que estos pacientes presenten incompetencia cronotrópica, lo cual puede afectar de forma negativa a su capacidad funcional. En nuestro trabajo, analizamos la relación entre la incompetencia cronotrópica, el TCN y la capacidad funcional en un Programa de Rehabilitación Cardíaca ambulatorio (PRCa) basado en el ejercicio. **Métodos.** Se incluyó a pacientes tras un IAMCEST en la Fase 2 (3 meses de duración) de un PRCa en nuestro centro. Se realizó una ergometría o ergoespirometría (Ergo) al inicio y al final de la Fase 2 y se proporcionaron pautas individualizadas de entrenamiento ambulatorio. Se analizó el consumo pico de oxígeno (VO2 pico) y el índice de reserva cronotrópica [(frecuencia cardíaca máxima – frecuencia cardíaca en reposo) / ((220-edad) – frecuencia cardíaca en reposo)]. Se definió la incompetencia cronotrópica como $< 80\%$ de índice de reserva cronotrópica ($\leq 66\%$ en pacientes con TCN). A lo largo de la Fase 2, se modificó el tratamiento farmacológico a criterio de los cardiólogos a cargo de los pacientes, registrando el TCN al inicio y al final de la Fase 2. **Resultados.** Se analizaron los resultados de 41 pacientes con IAMCEST (edad media 60.1±10.2 años, 82.9% varones) que completaron la Fase 2 del PRCa. Se prescribió TCN en 39 (95.1%) pacientes al inicio y 32 (78%) pacientes al final de la Fase 2. Se realizó una deprescripción de TCN en 20 (48.8%) pacientes: retirada de TCN en 7 (17.1%) pacientes y titulación a la baja en 13 (31.7%) pacientes. Un total de 23 (56.1%) y 14 (34.1%) pacientes cumplieron criterios de incompetencia cronotrópica al inicio y al final de la Fase 2, respectivamente. El índice de reserva cronotrópica aumentó en la mayoría de pacientes a lo largo de la Fase 2 ($n=29$, 70.7%; incremento medio de 11.22±18.4%, $p < 0,001$), y los pacientes en los que se realizó deprescripción de TCN presentaron un aumento significativamente mayor del índice de reserva cronotrópica (19.15±21.73% vs. 3.67±10.29%, $p=0,007$). El incremento medio en el VO2 pico fue de 4.13±4.65 mL/kg/min ($p < 0,001$), y el índice de reserva cronotrópica final se asoció con un mayor VO2 pico final (R2 0.54, $p < 0,001$) y con un mayor incremento en el VO2 pico (R2 0.35, $p=0,03$) a lo largo de la Fase 2 del PRCa. **Conclusiones.** Más de la mitad de los pacientes con IAMCEST presentó incompetencia cronotrópica al inicio de la Fase 2 de nuestro Programa de Rehabilitación Cardíaca ambulatorio (PRCa). El entrenamiento ambulatorio y la deprescripción de fármacos cronotrópicos negativos permitió una mejoría significativa en el índice de reserva cronotrópica y en VO2 pico.

36 Pronóstico de pacientes mayores de 80 años que ingresan en la unidad coronaria por síndrome coronario agudo.

Luengo Pérez, S; Ferrando Beltrán, M; Pirola, A; Vidal Urrutia, V; Abdala Lizarraga, J; Llopis Gisbert, G; Moruno Benita, MA; Quesada Ucete, FJ; Payá Serrano, R; Servicio de Cardiología del Hospital General Universitario de Valencia.

OBJETIVOS: la cardiopatía isquémica se mantiene como una de las principales causas de morbimortalidad en nuestro país, especialmente en pacientes de edad avanzada. El objetivo del estudio es evaluar el pronóstico de los pacientes mayores de 80 años que ingresan por síndrome coronario agudo en una unidad de cuidados críticos cardiovasculares de un hospital terciario. **MÉTODOS:** se trata de un estudio descriptivo y retrospectivo que analiza el pronóstico de los pacientes con edad igual o superior a 80 años que ingresan en la Unidad Coronaria con diagnóstico de infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMCEST) y sin elevación del ST (IAMSEST), desde septiembre de 2020 hasta enero de 2023. Se estudia la mortalidad previa al alta hospitalaria y al año del evento. **RESULTADOS:** se analizaron un total de 134 pacientes, de los cuales el 61% eran hombres, con una edad media de 85 años. En cuanto a factores de riesgo cardiovascular, tenían hipertensión arterial el 81%, dislipemia el 65%, diabetes mellitus el 60%, tabaquismo o exabaquismo el 32% y obesidad el 25%. 42 pacientes (31%) tenían antecedentes personales de cardiopatía isquémica. En cuanto al diagnóstico, 72 pacientes (54%) ingresaron con diagnóstico de IAMCEST y 62 (46%) con diagnóstico de IAMSEST. Del total de pacientes que han cumplido un año de seguimiento desde el evento, el 33% han fallecido transcurrido dicho periodo. Durante el periodo de seguimiento han fallecido 13 pacientes (21%) en el grupo de IAMSEST, mientras que en el grupo de IAMCEST han fallecido 22 pacientes (31%). En cuanto al momento del fallecimiento, 3 pacientes (23%) fallecieron antes del alta hospitalaria dentro del grupo de IAMSEST; por otro lado, 14 pacientes (64%) fallecieron durante el ingreso en la cohorte de IAMCEST. Respecto al grado de insuficiencia cardíaca estratificado mediante la clase Killip a su ingreso, 84 pacientes (63%) se encontraban en clase Killip I, 21 pacientes (16%) en Killip II, 10 pacientes (7%) en Killip III y 19 pacientes (14%) en Killip IV. De los 19 pacientes con infarto en situación de shock cardiogénico, 17 han cumplido un año de seguimiento, de los cuales 16 (94%) han fallecido transcurrido dicho periodo.

CONCLUSIONES: una proporción significativa de pacientes mayores de 80 años que ingresan por un síndrome coronario agudo tienen un pronóstico desfavorable a medio-largo plazo. La distribución de la mortalidad es diferente entre IAMSEST e IAMCEST, con un pequeño porcentaje de fallecidos previo al alta hospitalaria en el primer grupo en comparación con el grupo de IAMCEST, donde la mayoría de las muertes ocurren antes del alta hospitalaria. Por último, el pronóstico de los pacientes del estudio con infarto agudo de miocardio en situación de shock cardiogénico es ominoso.

	IAMCEST	IAMSEST
TOTAL	72	62
FALLECIMIENTOS AL AÑO	22 (31%)	13 (21%)
FALLECIMIENTOS PREVIO AL ALTA HOSPITALARIA	14 (64% del total de fallecimientos)	3 (23% del total de fallecimientos)

37 Diferencias en función del sexo en el MINOCA, ¿existen?

Queipo Rodríguez, A; Gil Llopis, C; García Martín, G; Gramage Sanchis, P; Hidalgo Mateos, A; Geraldo Martínez, J; Galiana Talavera, E; Contreras Tornero, MB; Gimeno Tio, P; Valls Serral, A; Cardiología, H.U. Dr. Peset, Valencia

Objetivos: El infarto agudo de miocardio con arterias coronarias sin obstrucciones significativas (MINOCA) es una entidad heterogénea que engloba distintos mecanismos fisiopatológicos. Su tratamiento y pronóstico no se encuentran bien determinados. Hasta el momento se ha descrito un mayor porcentaje de mujeres y con una edad media menor a la del infarto agudo de miocardio. Nuestro objetivo es realizar un estudio descriptivo de los pacientes (p) ingresados con diagnóstico de MINOCA y analizar las diferencias entre sexos. **Métodos:** Se incluyeron todos los p ingresados (102) en el Servicio de Cardiología de un hospital terciario entre diciembre de 2016 y octubre de 2022 con diagnóstico de MINOCA. Se realiza un seguimiento retrospectivo a través de la historia clínica electrónica. **Resultados:** Se incluyeron 102 p, 69,6% mujeres. La edad media de las mujeres fue mayor que la de los hombres (67,63 años vs 57,26 años, p=0,001). No hubo diferencias entre sexos en la presencia de factores de riesgo cardiovascular clásicos: hipertensión, diabetes tipo 2, dislipemia y tabaquismo (Tabla 1). La elevación media de troponinas y los niveles de BNP tampoco difirieron entre sexos (Tabla 1). Se completó el estudio con cardiorresonancia magnética en el 27,5% de los casos, sin diferencias significativas entre hombres y mujeres. El diagnóstico definitivo se estableció en un porcentaje similar en ambos sexos (41,9% vs 49,3%, p=0,49). El Tako-Tsubo fue más frecuente en las mujeres (27,7% vs 2,1%, p=0,03), siendo el diagnóstico predominante en este sexo. En los hombres el diagnóstico más frecuente fue la miocardiitis (8,5%). No hubo diferencias en el tratamiento al alta entre ambos sexos salvo en la prescripción de calcioantagonistas, que fue mayor en los varones (33,3% vs 7,1%, p=0,02) (Tabla 1). La mediana de seguimiento fue de 42,2 meses, durante el mismo un 10,8% de los p fallecieron. La supervivencia global fue mayor en las mujeres (pLog Rank)=0,009 (Figura 1). **Conclusiones:** el MINOCA es una entidad clínica que afecta predominantemente a las mujeres independientemente de la presencia de FRCV clásicos. Éstas debutaron de media 10 años más tarde que los hombres. A pesar de ello, el pronóstico general es bueno y la supervivencia mayor en las mujeres

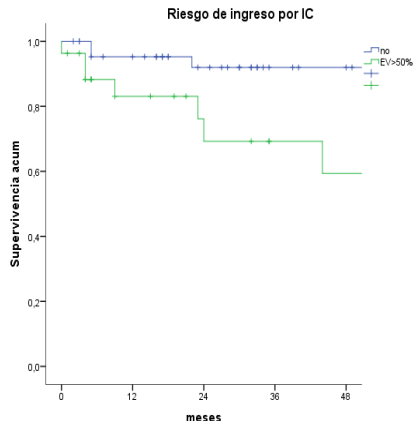
	Hombres n=31	Mujeres n=71	Total n=102	p
Edad (años)	57,26 ± 14,13	67,63 ± 12,57	64,51 ± 13,8	<0,001
HTA (%)	17 (16,7%)	30 (49%)	67 (65,7%)	0,13
DM (%)	5 (5,5%)	11 (12,8%)	16 (16,6%)	0,08
Tabaco sí (%)	13 (11,9%)	13 (13,7%)	26 (25,7%)	0,11
Dilipemia (%)	16 (15,7%)	37 (38,3%)	53 (52%)	0,06
DMN (%)	1 (1%)	7 (7,1%)	8 (8,2%)	0,22
FEVI (%)	57,26 ± 8,35	56,01 ± 10,05	56,41 ± 9,51	0,55
Toponina ultrasensible (pg/ml)	7740,8 ± 10816,7	3051,4 ± 6906,8	4463,8 ± 11086,7	0,14
BNP (pg/ml)	409,44 ± 770	506,96 ± 915,3	482,1 ± 874	0,73
Alergias o lesiones no significativas (%)	13 (12,1%)	27 (26,5%)	40 (39,2%)	0,71
RMN (%)	8 (7,8%)	20 (19,6%)	28 (27,5%)	0,8
Diagnóstico definitivo (%)	13 (11,9%)	35 (49,3%)	48 (47,1%)	0,49
IAM (%)	1 (2,1%)	5 (10,6%)	6 (12,8%)	0,4
Tako-Tsubo (%)	1 (2,1%)	13 (27,7%)	14 (29,8%)	0,03
Miocardiitis (%)	4 (8,5%)	2 (4,3%)	6 (12,8%)	0,07
Dilatación (%)	0 (0%)	2 (4,3%)	2 (4,3%)	0,48
Vasoespasmo (%)	3 (6,4%)	1 (2,1%)	4 (8,5%)	0,08
Otros (%)	4 (8,5%)	11 (25,8%)	15 (31,9%)	0,49
Angina persistente (%)	2 (2%)	5 (4,9%)	7 (6,9%)	0,01
Batacuquerencia alta (%)	15 (50%)	38 (64,3%)	53 (53%)	0,69
IECA/ARAII alta (%)	12 (40%)	27 (39,1%)	39 (39,4%)	0,94
Aspirina alta (%)	18 (60%)	47 (67,1%)	65 (65%)	0,49
Clopidogrel alta (%)	5 (16,7%)	18 (25,7%)	23 (23%)	0,33
Nitritos alta (%)	6 (20%)	9 (12,9%)	15 (15%)	0,27
Calcioantagonistas alta (%)	10 (33,3%)	5 (7,1%)	15 (15%)	0,02
Estatinas alta (%)	22 (73,3%)	52 (74,3%)	74 (74%)	0,92
Ramexa alta (%)	0 (0%)	2 (2,9%)	2 (2%)	0,49
ACO alta (%)	2 (8,7%)	10 (18,9%)	12 (15,8%)	0,22
Doble antiagregación alta (%)	14 (45,2%)	32 (45,1%)	46 (45,1%)	0,99
Nuevo cateterismo (%)	3 (9,67%)	1 (1,41%)	4 (3,9%)	0,08

Tabla 1

39 Riesgo de ingreso por insuficiencia cardíaca y necesidad de upgrade a terapia de resincronización cardíaca en pacientes portadores de marcapasos con SafeR

Navarrete Navarro, J; Jover Pastor, P; Ayala More, HD; Sánchez Martínez JC; Navarro Manchón, J; Cano Pérez, O; Mira, JL; Izquierdo de Francisco, MT; Martínez Dolz, L; Osca Asensi, J; Servicio de Cardiología, Hospital Universitari i Politècnic, la Fe, Valencia.

Objetivos: La introducción de algoritmos para la prevención de la estimulación ventricular ha demostrado disminuir la estimulación ventricular innecesaria. Esto se asocia a una disminución en los ingresos por insuficiencia cardíaca. En cualquier caso, existe un riesgo residual de ingresos por IC en torno 3-5% al año en este grupo de pacientes con el algoritmo activado. Nuestra hipótesis es que, entre los pacientes portadores del algoritmo SafeR, los pacientes estimulados más de un 50% (EV>50%) son los que presentan mayor riesgo de ingreso por IC y necesidad de upgrade. **Métodos:** Para ello, se incluyeron retrospectivamente (desde 2017 a 2021) los pacientes consecutivos a los que se les implantó un marcapasos DDD con SafeR activado con los parámetros originales. Se registró el porcentaje de estimulación ventricular durante el primer año (media entre la primera y segunda visita) y las variables clínicas. El objetivo fue analizar los predictores de la necesidad de upgrade a estimulación tricameral (TRC) y los ingresos por insuficiencia cardíaca (IC) durante el seguimiento. **Resultados:** Se incluyeron un total de 73 pacientes consecutivos. Durante el primer año de seguimiento, el 37% presentó una EV>50% a pesar de tener el algoritmo SafeR activado. Durante el seguimiento medio de 36±34 meses, 3 pacientes presentaron la necesidad de un upgrade a TRC durante el seguimiento. En todos la EV>50%, lo que supone una incidencia del 11% en esa subpoblación (Figura 1). El único predictor fue una EV>50% (p=0,047); la presencia de hipertensión, diabetes, cardiopatía, IC previa al implante, QRS ancho, sexo, diagnóstico que motivó el marcapasos, no lo fueron. La EV>50% fue motivada por tres razones distintas: Una Comutación a DDD por BAV de 1ºG, una comutación por BAV de alto grado y uno por paso a FA permanente lenta. Durante el seguimiento, 13 pacientes (17,8%) necesitaron ser ingresados al menos una vez por IC, esto supone en torno al 10% de riesgo al año. Los predictores de ingreso por IC fueron: EV>50% (33% vs 9%, p=0,01), IC previa al implante (61% vs 8%, P<0,01), presencia de cardiopatía isquémica (42%) o miocardiopatía hipertrófica (100%) vs cardiopatía valvular (9%) o ausencia de cardiopatía (9%) (p=0,036). No se hallaron otros predictores. En el modelo multivariado, la EV>50% y la IC previa al implante fueron predictores independientes de ingreso por IC tras el implante. **Conclusiones:** Los pacientes portadores de marcapasos con el algoritmo SafeR, presentan un riesgo de necesidad de upgrade a TRC en el 11% de los pacientes con EV>50% exclusivamente. Además, presentan un riesgo residual de IC que ocurre significativamente en mayor medida en los pacientes con EV>50% y antecedentes de IC previa.



38 Resonancia magnética cardíaca y ecocardiografía para predecir terapias apropiadas del desfibrilador automático implantable tras un infarto agudo de miocardio

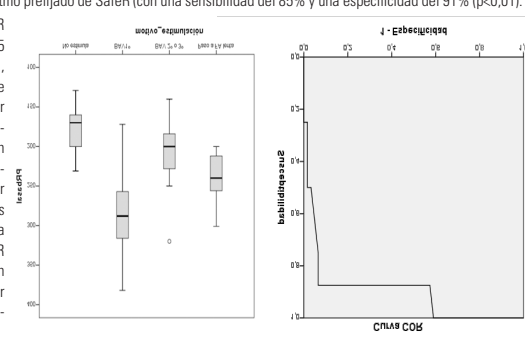
Marcos Garcés, V; Pérez, N; Gavara, J; López-Lereu, MP; Monmeneu, JV; Merenciano González, H; Gabaldón Pérez, A; Ferrero de Loma Osorio, A; Ruiz Granell, R; Bodí, V; Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España

Objetivos: El desfibrilador automático implantable (DAI) supone una medida preventiva eficaz en pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) que presenten un riesgo elevado de taquiarritmias ventriculares. La indicación se establece en base a los síntomas y una fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) ≤35%, pero se desconocen las implicaciones de utilizar la resonancia magnética cardíaca (RMC) en lugar de la ecocardiografía en este contexto. **Métodos:** Estudiamos a 52 pacientes con IAMCEST (edad media 56.6±11 años, 88.5% varones) tratados con DAI en prevención primaria por insuficiencia cardíaca sintomática y FEVI≤35% por RMC, Eco o ambas. En todos los pacientes se realizó una RMC y una ecocardiografía previamente al implante de DAI. Analizamos la predicción de terapias apropiadas del DAI (T-DAI) según la FEVI por RMC y por ecocardiografía. **Resultados.** En comparación con la ecocardiografía, la FEVI fue menor por RMC (37.4±7.6% vs. 30.2±9%, p<0.001). En 24 pacientes (46.2%) por ecocardiografía y en 42 (80.7%) por RMC se detectó una FEVI ≤35%. A lo largo de un seguimiento medio de 6.1±4.2 años, 10 pacientes presentaron T-DAI (3.16 por 100 personas-año): 5 choques directos precedidos de taquicardia ventricular muy rápida o fibrilación ventricular, 3 terapias antiataquicardia precedidas de taquicardia ventricular, y 2 terapias antiataquicardia no efectivas seguidas de choque debido a taquicardia ventricular. La FEVI por ecocardiografía ≤35% predijo de forma correcta la necesidad de T-DAI en 6/10 (60%) pacientes y la FEVI por RMC ≤35% en 10/10 (100%) pacientes. **Conclusiones.** En pacientes con IAMCEST tratados con DAI en prevención primaria, la valoración de la FEVI por RMC es superior a la valoración de la FEVI por ecocardiografía para predecir la necesidad de terapias apropiadas del DAI en el seguimiento.

40 PR largo como predictor del aumento de porcentaje de estimulación ventricular en pacientes portadores de marcapasos con SafeR.

Navarrete Navarro, J; Jover Pastor, P; Ayala More, HD; Mira, JL; Sánchez Martínez, JC; Cano Pérez, O; Navarro Manchón, J; Izquierdo de Francisco, MT; Martínez Dolz, L; Osca Asensi, J; Servicio de Cardiología, Hospital Universitari i Politècnic, la Fe, Valencia

Objetivos: La introducción de algoritmos para la prevención de la estimulación ventricular ha demostrado disminuir la estimulación ventricular innecesaria. Esto se asocia a una disminución en los ingresos por insuficiencia cardíaca. El algoritmo SafeR de Microport presenta tres criterios para conmutar de AAI (permitiendo la conducción nativa) a modo DDD (estimulando el ventrículo): 1. Por presentar un PR largo que viene definido en torno 350 ms (dinámico según la frecuencia cardíaca). Este criterio es modificable y suprimible. 2. Por presentar grados más avanzados de BAV con varias ondas P bloqueadas. Nuestra hipótesis es que entre los pacientes portadores del algoritmo SafeR, existen pacientes que presentan una estimulación ventricular mayor a 50% (EV>50%) innecesaria causada mayoritariamente por un BAV de primer grado que puede ser predecible antes del implante del dispositivo y, por tanto, modificable. **Métodos:** Para ello, se incluyeron todos los pacientes a los que se les había implantado un marcapasos Microport con SafeR desde 2017. Se registraron retrospectivamente el porcentaje de estimulación media en el primer año, el motivo de la conmutación a DDD (registrado en los algoritmos del dispositivo) y las características basales y seguimiento de los pacientes. **Resultados:** Se incluyeron un total de 75 pacientes consecutivos. Durante el primer año de seguimiento, el 37,8% presentó una estimulación ventricular por encima del 50% de tiempo a pesar de tener el algoritmo SafeR activado. Los motivos de la conmutación a DDD con estimulación ventricular fueron: 55% por BAV de alto grado, 22% por BAV de 1º grado, 18% por paso a FA lenta. Los predictores de la existencia de una EV>50% fueron: (1.) presencia de BAV completo (86% de los pacientes con EV>50%) vs paroxístico (43% pacientes) vs disfunción sinusal (22% pacientes); (2.) la creatinina alta (1,1 mg/dl vs 1,44 mg/dl); y (3.) el intervalo PR largo (177±25 ms vs 241±59 ms). La duración del QRS no fue predictor de EV>50%. La duración del intervalo PR pudo predecir el motivo por el que había EV>50%: estimulados menos del 50% (177±25 ms), EV>50% por BAV 1ºG (284±66 ms) por BAV avanzado (205±45) ms o por FA lenta (241±40 ms) (Figura 1). Las curvas COR muestran que presentar un PR mayor de 245 ms en el ECG basal predice una EV>50% debido a un BAV de 1ºG como criterio que hace conmutar el algoritmo preajustado de SafeR (con una sensibilidad del 85% y una especificidad del 91% (p<0,01). **Conclusiones:** Un PR largo (mayor de 245 ms) en el ECG basal, predice un porcentaje de estimulación mayor del 50% en los dispositivos Microport con SafeR, debido a la presencia de BAV de primer grado con los criterios definidos de fábrica. La programación del SafeR podría ser modificada en dichos casos para evitar una estimulación ventricular innecesaria.

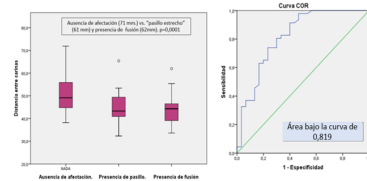


41 Análisis de las lesiones producidas en la pared posterior auricular mediante electroporación para el aislamiento de venas pulmonares.

Jover Pastor, P.; Sánchez Martínez, JC; Ayala, HD.; Rico Sapiña, S.; Pimenta Ferrisson-Ramos, P.; Izquierdo de Francisco, MT.; Cano Pérez, O.; Navarro-Manchón, J.; Osca Asensi, J.; Martínez-Dolz, L.; Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia. Instituto de Investigación La Fe. Universidad Politécnica. Prosmédica.

Introducción. La electroporación (EP) es una nueva tecnología para el aislamiento de las venas pulmonares (AVP) en la fibrilación auricular (FA). Induce selectivamente lesiones en los tejidos auriculares, generando un aumento de la permeabilidad en las membranas celulares. Se ha demostrado su eficacia a corto plazo con escasas complicaciones. Las lesiones provocadas en la pared posterior (PP) auricular con EP no han sido suficientemente estudiadas. **Metodología.** Se analizaron todos los pacientes para AVP de los que se disponía de un mapa electroanatómico de alta densidad de la PP pre y post-ablación. Se realizaba la ablación mediante 8 aplicaciones en cada vena (4 en cesta y 4 en flor). Se medían la línea intercarinas, superior e inferior, así como la superficie de la PP. Se definió la fusión como la confluencia central de las lesiones de ambos lados y arbitrariamente la presencia de "pasillo" como un espacio entre lesiones ≤ 20 mm. El objetivo principal fue determinar la presencia de pasillo o fusión en la PP. El objetivo secundario la descripción de dichas lesiones, así como la búsqueda de factores predisponentes. Se analizó con el paquete estadístico SPSS 21. **Resultados.** Se incluyeron 76 pacientes, media de 60 años, 68% de varones. El 42% con FA persistente y 58% paroxística. El 74% sin cardiopatía previa. Sólo el 79% presentaban FEVI normal. Planimetría de la aurícula izquierda de 23 ± 5 cm². Datos de la ablación. El 73% llegaron en ritmo sinusal. El tiempo total medio de procedimiento fue de 77 minutos. El 26% presentaban alguna alteración anatómica (3 venas o tronco común). Objetivo principal. 13 (17%) tenían pasillo. 17 (23%) fusión. Se ablació el 58% de la superficie de la PP. La fusión se producía principalmente a nivel medio (11%). Objetivo secundario. El volumen auricular, la longitud de la línea intercarinas, la superior y la inferior, se correlacionaron estadísticamente con la presencia de fusión o pasillo, pero sólo la línea intercarinas mantuvo su significación en el análisis multivariado. Los pacientes con pasillo o fusión presentaban una distancia intercarinas menor (62 vs. 71 mm, $p=0,0001$). Se construyó una curva CDR con un área bajo la curva 0,819. IC95% en la que el valor de 65 mm. podría predecir la presencia de fusión o pasillo con una sensibilidad del 80% y especificidad del 70%. Se midió la longitud vertical de la fusión en la PP que presentaba una asociación lineal negativa ($p=0,009$). Discusión. Se ha sugerido que lesiones más antrales podrían tener un riesgo de recurrencia de FA menor, pero el significado clínico de la fusión o el pasillo están por determinar y sólo el seguimiento clínico a largo plazo lo aclarará. **Conclusiones.** En el AVP por EP para tratar la FA, el análisis de la PP mostró presencia de pasillo o fusión en el 40% de los pacientes. La distancia entre carinas mostraba asociación significativa con su aparición y con la gravedad de la fusión. Un valor menor de 65 mm. podría predecir su aparición.

Análisis univariado.	Ausencia o presencia fusión/pasillo	Significación
Volumen auricular (mililitros)	149 vs. 135	0.045
Línea superior (milímetros)	51 vs. 44	0.002
Línea media intercarinas (milímetros)	71 vs. 62	0.0001
Línea inferior (milímetros)	53 vs. 46	0.002
Número aplicaciones totales	35,3 vs. 34,7	0,46
Aplicaciones vena pulmonar superior izquierda	8,2 vs. 8,1	0,84
Aplicaciones vena pulmonar inferior izquierda	8,6 vs. 8,3	0,53
Aplicaciones vena pulmonar superior derecha	9,3 vs. 9,1	0,82
Aplicaciones vena pulmonar inferior derecha	8,3 vs. 8,1	0,50
Aplicaciones en otras venas	1,11 vs. 0,62	0,40
Necesidad aplicaciones en otras venas	31 (67%) vs. 19 (63%)	0,80
Alteraciones anatómicas (tronco, vena adicional)	13 (28%) vs. 7 (23%)	0,79
Análisis multivariado.	Odds ratio (IC95%)	Significación
Volumen auricular (mililitros)	0,991 (0,97-1,01)	0,40
Línea superior (milímetros)	0,96 (0,89-1,03)	0,43
Línea media intercarinas (milímetros)	0,858 (0,764-0,963)	0,009
Línea inferior (milímetros)	1,004 (0,91-1,09)	0,927



42 Ablación de Fibrilación auricular mediante electroporación. Análisis preliminar en fase aguda.

Sánchez Martínez, JC; Navarrete Navarro, J; Jover Pastor, P; Llau García, J; Martínez Solé, J; Sorolla Romero, JA; Cano Pérez, O; Izquierdo De Francisco, MT; Navarro Manchón, J; Osca Asensi, J; Cardiología, Hospital La Fe de Valencia

Objetivos: El objetivo de este trabajo es presentar un análisis preliminar acerca de los resultados en fase aguda de los pacientes sometidos a ablación de venas pulmonares (VPP) mediante técnica de electroporación, centrado en aquellos pacientes diagnosticados de miocardiopatía dilatada no isquémica con probable componente de taquimiocardiopatía. **Métodos:** Se trata de un estudio prospectivo, observacional y unicéntrico, elaborado por la unidad de electrofisiología de nuestro centro. **Resultados:** En nuestro centro, se han realizado más de 100 procedimientos de ablación mediante electroporación desde julio de 2022. De los 100 primeros pacientes, 20 están diagnosticados de miocardiopatía dilatada no isquémica en los que se considera que la FA podría jugar un papel en su etiopatogenia. En la tabla 1 se exponen las características basales de dichos pacientes. En lo que respecta al mapeo auricular, 13 pacientes presentaron aurículas izquierdas moderadamente dilatadas, 7 de ellos con presencia de cicatriz significativa. El número de aplicaciones medio de ablación fue de entre 9 y 10 para la vena pulmonar superior derecha y entre 8 y 9 para el resto de VPP. En 4 pacientes se evidenció fibrosis auricular importante en la pared posterior con amplitudes de voltaje bajas tras la ablación por lo que se realizó ablación de la pared posterior auricular consiguiendo el aislamiento bidireccional de las VPP. El procedimiento de ablación se realizó sin incidencias en todos los casos, no describiéndose ninguna complicación mayor ni en el sitio de punción. En cuanto a las recidivas, de los 20 actualmente no se ha constatado en ninguno FA. Aproximadamente los 70 primeros (de los 100 primeras ablaciones realizadas) se revisaron a 31 de diciembre y los otros 30 a 31 de enero, algunos de ellos todavía no tienen constatación electrocardiográfica del ritmo. **Conclusiones:** La ablación de venas pulmonares mediante electroporación se posiciona como un procedimiento seguro y rápido en pacientes diagnosticados de miocardiopatía dilatada no isquémica con probable componente de taquimiocardiopatía. Dado que se trata de una técnica reciente y novedosa, son precisos futuros estudios de seguimiento más largos para la evaluación de la eficacia de la misma.

Total de pacientes	20 (de los 100 primeros)
Edad (años)	65 ± 7
Sexo	15 (75%) varones 5 (25%) mujeres
JMC	31 ± 4
HTA	16 (80%)
DM	6 (30%)
Dislipemia	12 (60%)
Fumador	8 (40%)
FEVI %	42 ± 14
FEVI ordinaria	4 (20%) normal 4 (20%) depresión ligera 6 (30%) depresión moderada 6 (30%) depresión severa
AI mm	44 ± 6
AI planimetría cm ²	26 ± 6
DTDV mm.	54 ± 7
Tipo de fibrilación	18 (90%) se consideró persistente 2 (10%) se consideró paroxística
Ritmo a su llegada al laboratorio	8 (40%) sinusal 12 (60%) fibrilación auricular
Tiempo diagnóstico FA-ablación	33 ± 5 meses
CVE previa	15 (75%)
Ablaciones previas	2 (10%) de venas pulmonares 1 (5%) otras
Tratamiento	12 (60%) llevan antiarrítmicos. 11 (55%) amiodarona 1 (5%) flecainida 15 (75%) betabloqueante 18 (90%) antagonistas SRAA
Creatinina	1,44 ± 0,9
Hemoglobina	14,4 ± 1,9
GPT	31 ± 27
NTproBNP	3108 ± 3708
Plaquetas	217526 ± 5564

Figura 1. Características basales de pacientes diagnosticados de miocardiopatía dilatada no isquémica sometidos a ablación mediante electroporación.

43 Biomarcadores de inflamación en pacientes con fibrilación auricular

Quesada Ocete J; Quesada Ocete B; Payá Chaume A; Jiménez Bello J; Cerveró Rubio A; Palanca Gil V; Herreros Pomares A; Payá Serrano R; Vidal Vanaclocha F; Quesada Dorador A; Cardiología, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia. Escuela del Doctorado. Universidad Católica de Valencia San Vicente Martir

a) Objetivos.- Numerosos datos experimentales señalan que la inflamación puede jugar un papel relevante en la aparición y curso de la fibrilación auricular (FA), aunque son escasos los estudios sobre los niveles de parámetros bioquímicos en pacientes con fibrilación auricular sometida a ablación de venas pulmonares. Nuestro objetivo fue estudiar la capacidad de los biomarcadores habituales para detectar un estado inflamatorio alterado en los pacientes con FA.

b) Métodos.- Estudiamos 35 pacientes (27 pacientes con FA y 8 controles sometidos a ablación de taquicardias de sustrato microscópico -reentrada intranodal y vías accesorias-) a los que se extrajo una muestra de sangre inmediatamente antes de la ablación analizando, entre otros, los niveles de leucocitos y fórmula, plaquetas, ácido úrico, albúmina, colesterol total y LDL, PCR, TSH, LDH, NT-proBNP y antígeno carbohidrato 125 (Ag125). Para la comparación de los niveles de biomarcadores entre controles y pacientes con fibrilación auricular, se emplearon análisis uni y multivariantes

Resultados.- Ambos grupos poseían características basales similares, excepto lo niveles de urea, creatinina y colesterol, a pesar de esto, las diferencias obtenidas en estos marcadores no fueron clínicamente relevantes. En el análisis univariado y multivariado no se detectaron diferencias de parámetros inflamatorios estadísticamente significativas (ver figura), estando los niveles de leucocitos, fórmula y Ag125 de ambos grupos dentro de los rangos de la normalidad. Se mostró una tendencia de los niveles de NT-proBNP mayor en los pacientes con FA (370,50±508,40 pg/mL vs 113,50±240,55 pg/mL; $p=0,216$).

Conclusiones.- Los parámetros inflamatorios empleados en la práctica clínica habitual, salvo el NT-proBNP, no permiten detectar un efecto de la inflamación en los pacientes con FA, por lo que se hace necesaria la búsqueda de otros marcadores inflamatorios más sensibles y específicos que nos permitan comprender esta relación.

44 La hiperuricemia se asocia a un peor pronóstico en pacientes con fibrilación auricular

Quesada Ocete, FJ; González Ritonnale, A; Quesada Ocete, B; Jiménez Bello, J; Cerveró Rubio, A; Luengo Pérez, S; Rubini Costa, R; Payá Chaume, A; Payá Serrano, R; Quesada Dorador, A; Cardiología, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia

Introducción: La influencia de la hiperuricemia (HU) en la fibrilación auricular (FA) ha sido escasamente estudiada. Se diseñó un estudio con el objetivo de estudiar el pronóstico en cuanto a morbimortalidad en pacientes con FA e hiperuricemia. **Métodos:** Se estudió de manera retrospectiva una muestra de 1.772 pacientes atendidos por un episodio de FA en el Servicio de Urgencias de nuestro centro entre 2010 y 2015, con seguimiento mínimo de 1 año. Se recogieron y estudiaron datos clínicos, analíticos y eventos adversos. Los valores analíticos basales, incluyendo ácido úrico, se registraron utilizando la analítica más cercana al episodio de FA. La muestra se distribuyó en dos grupos: 464 pacientes con HU (valor de ácido úrico mayor de 7 mg/dL) y 1803 sin HU. También se distribuyó a los pacientes por cuartiles según el valor de ácido úrico. **Resultados:** El grupo con HU presentó mayor edad (76,9 ± 11,4 vs 74,7 ± 11,9 años), más comorbilidades (HTA, obesidad, enfermedad renal crónica) e insuficiencia cardiaca (32,3 vs 16,4%). La mortalidad durante el seguimiento (3,7 ± 1,4 años) en el análisis bivariado fue mayor ($p < 0,001$) en pacientes con HU (52,1%), respecto a aquellos sin ella (35,3%), confirmando el análisis multivariante de Cox a la hiperuricemia como factor de riesgo independiente de muerte [hazard ratio 1,89 (1,59-2,25)] (tabla). La prueba de Kaplan-Meier mostró un menor tiempo de supervivencia en hiperuricémicos (log rank < 0,001) (fig.). También hubo diferencias significativas en el riesgo de hospitalización de causa cardiovascular (39,2 vs 32,5%) e ICC (30 vs 22%) en los pacientes con HU; confirmando también en el análisis de Cox.

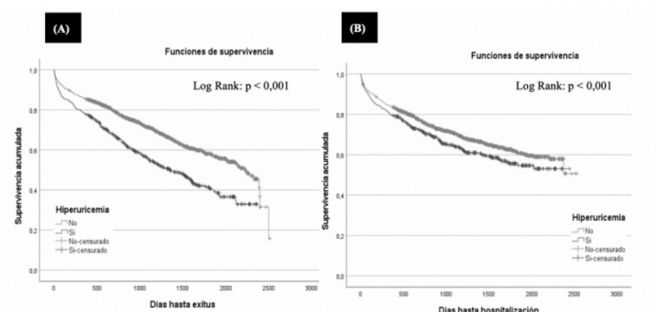


Figura: Análisis de supervivencia de Kaplan-Meier para (A) mortalidad y (B) hospitalización.

45 Comparación de una estrategia de búsqueda sistemática de captura de la rama izquierda frente a estimulación septal izquierda

Javier Navarrete; José Carlos Sánchez; Julia Martínez; Hebert D. Ayala; Pablo Jover; Maite Izquierdo; Josep Navarro; Joaquín Osa; Luis Martínez-Dolz; Óscar Cano; Servicio Cardiología, Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia

Objetivos: La estimulación del área de la rama izquierda (EARI) incluye tanto la estimulación de la rama izquierda (ERI) como la estimulación septal izquierda (ESI). La diferencia entre ambas es que en la ESI no existe captura directa del sistema de conducción mientras que ésta es una condición indispensable para poder hablar de ERI. El objetivo de esta comunicación fue comparar una estrategia de búsqueda de captura de la rama izquierda (ERI) frente a otra estrategia en la que se aceptaba la ESI como objetivo final del implante.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo incluyendo pacientes consecutivos en los que se realizó EARI en nuestro centro entre junio de 2019 y enero de 2023. Tras la curva de aprendizaje (CA) inicial en 100 pacientes, la ESI se aceptó como objetivo del implante en los siguientes 245 pacientes. A partir de entonces, se intentó como objetivo obtener ERI en cada paciente. Se compararon las características del implante entre los diferentes grupos incluyendo: tiempo total procedimiento, tiempo de implante del cable de RI, tiempo de fluoroscopia, parámetros eléctricos y complicaciones agudas.

Resultados: Se incluyeron en el análisis un total de 507 pacientes (100 pacientes grupo CA, 245 pacientes grupo ESI y 162 pacientes grupo ERI). El patrón de captura final fue ERI en un 32%, 40% y 72,8% de los grupos CA, ESI y ERI, respectivamente, $p < 0,001$; se obtuvo ESI en un 61%, 46,1% y 21%, respectivamente. El tiempo de implante del cable de RI tendió a ser mayor en la estrategia de ERI (19,9 min vs. 17,5 min, $p = 0,079$) pero no hubo diferencias ni en la duración total del procedimiento ($56,8 \pm 16,5$ min vs $58,2 \pm 18,8$ min, $p = 0,71$), ni en la escopia consumida ($9,9 \pm 8,9$ min vs. $9,8 \pm 7,3$ min, $p = 0,9$) ni en el número de intentos de liberación del cable ($3,1 \pm 1,8$ vs $3,1 \pm 1,8$, $p = 0,5$). El umbral de estimulación fue menor y la impedancia mayor en el grupo ERI (tabla). La tasa de perforación del septo fue comparable (9,8% grupo ESI vs 9,9% grupo de ERI, $p = 0,5$). La anchura del QRS estimulado final medido desde la espícula fue comparable entre ambas estrategias (160 ± 18 ms grupo ESI vs 159 ± 19 ms grupo ERI, $p = 1$).

Conclusiones: La búsqueda de criterios de captura de la rama izquierda resultó en un mayor porcentaje de pacientes con ERI y una tendencia a un mayor tiempo hasta el implante del cable de RI. Sin embargo, los tiempos globales del procedimiento, las complicaciones y la anchura del QRS estimulado final fueron comparables entre la estrategia de ESI y la de ERI.

47 Ingresos hospitalarios por insuficiencia cardiaca y mortalidad de los pacientes con insuficiencia tricúspide grave

Solsona Caravaca, J; Giménez García, L; Pérez Gozalbo, J; Arveras Martínez, C; de la Cruz Cereceda, S; Segarra Vidal, I; Soriano Borja, R; Briatore, A; Soriano Navarro, C; Bellver Navarro, A; Servicio de Cardiología, Unidad de Imagen y Técnicas No Invasivas, Hospital General Universitario de Castellón. Castellón de la Plana.

Objetivos: La Insuficiencia Tricúspide (IT) grave es un problema valvular de alta prevalencia (4% en pacientes en mayores de 75 años), con importantes tasas de ingresos hospitalarios y mortalidad (supervivencia al año del 65%). Pese a la magnitud del problema, la Insuficiencia Tricúspide ha sido considerada tradicionalmente como una entidad benigna y se ha puesto poco énfasis en su tratamiento. **Métodos:** Se reclutan de forma prospectiva 21 participantes con IT grave (vena contracta $-VC \geq 7$ mm) en el primer trimestre del año 2022. Se realiza un análisis descriptivo de las tasas de ingresos hospitalarios por Insuficiencia Cardíaca (IC) y mortalidad por todas las causas que acontecen a lo largo del año 2022.

Resultados: La tasa anual de mortalidad por cualquier causa es del 19%. El 42,8% de los pacientes presenta un evento adverso (ingreso hospitalario por IC o muerte por cualquier causa). Los pacientes con IT masiva/torrencial presentan una mayor tasa de eventos adversos respecto a los pacientes con IT severa (55,5% versus 33,3%). Los pacientes con IT grave y función sistólica ventricular derecha reducida (TAPSE < 17 mm) presentan un mayor número de eventos adversos respecto a los pacientes con función sistólica ventricular derecha conservada (83,3% versus 26,6%). Finalmente, hasta un 91,6% de los pacientes con IT grave que están con IT severa (55,5% versus 33,3%), tienen una función sistólica ventricular derecha conservada (TAPSE ≥ 17 mm).

Conclusiones: En nuestra muestra de pacientes con IT grave, la tasa anual de mortalidad es ligeramente inferior a la descrita en la literatura (19% versus 35%). Los pacientes con IT masiva/torrencial podrían tener peor pronóstico que los pacientes con IT severa. A falta de confirmación en otros estudios con mayor tamaño muestral, parece que los pacientes con IT grave libres de eventos adversos suelen tener una función sistólica ventricular derecha conservada.

SEVERIDAD IT	HOSPITALIZACIÓN O MUERTE POR CUALQUIER CAUSA	FUNCION VD
Severa (N = 12)	4 de 12 pacientes (33.3%)	TAPSE ≥ 17 : 2 de 4 pacientes (50%) TAPSE < 17 : 2 de 4 pacientes (50%)
Masiva/Torrencial (N = 9)	5 de 9 pacientes (55.5%)	TAPSE ≥ 17 : 2 de 5 pacientes (40%) TAPSE < 17 : 3 de 5 pacientes (60%)

FUNCION VD	SEVERIDAD IT	HOSPITALIZACIÓN O MUERTE POR CUALQUIER CAUSA
TAPSE > 17 (N = 15)	Severa: 9 de 15 pacientes (60%) Masiva/Torrencial: 6 de 15 pacientes (40%)	4 de 15 pacientes (26.6%)
TAPSE < 17 (N = 6)	Severa: 3 de 6 pacientes (50%) Masiva/Torrencial: 3 de 6 pacientes (50%)	5 de 6 pacientes (83.3%)

HOSPITALIZACIÓN O MUERTE POR CUALQUIER CAUSA	SEVERIDAD IT	FUNCION VD
SI (N = 9)	Severa: 4 de 9 pacientes (44.4%) Masiva/Torrencial: 5 de 9 pacientes (55.6%)	TAPSE ≥ 17 : 4 de 9 pacientes (44.4%) TAPSE < 17 : 5 de 9 pacientes (55.6%)
No (N = 12)	Severa: 8 de 12 pacientes (66.7%) Masiva/Torrencial: 4 de 12 pacientes (33.3%)	TAPSE ≥ 17 : 11 de 12 pacientes (91.7%) TAPSE < 17 : 1 de 12 pacientes (8.4%)

Tabla 1. Eventos adversos (mortalidad por todas las causas e ingresos por IC) en los pacientes con IT grave en función de la severidad de la IT y la función sistólica ventricular derecha.

46 Características basales de los pacientes con insuficiencia tricúspide grave

Giménez García, L; Solsona Caravaca, J; Pérez Gozalbo, J; Arveras Martínez, C; de la Cruz Cereceda, S; Segarra Vidal, I; Soriano Borja, R; Briatore, A; Soriano Navarro, C; Bellver Navarro, A; Servicio de Cardiología, Unidad de Imagen y Técnicas No Invasivas, Hospital General Universitario de Castellón. Castellón de la Plana.

Objetivos: La Insuficiencia Tricúspide (IT) grave es un problema valvular de alta prevalencia (4% en pacientes en mayores de 75 años), con importantes tasas de ingresos hospitalarios y mortalidad (supervivencia al año del 65%). Pese a la magnitud del problema, la Insuficiencia Tricúspide ha sido considerada tradicionalmente como una entidad benigna y se ha puesto poco énfasis en su tratamiento.

Métodos: Se reclutan de forma prospectiva 21 participantes con IT grave (vena contracta $-VC \geq 7$ mm) en el primer trimestre del año 2022. Se realiza un análisis descriptivo de las características basales de los sujetos incluidos.

Resultados: La edad media de los pacientes es de 78 años, el 76.2% son mujeres y el 23.8%, varones. Un 57.1% de los sujetos presentan IT severa ($VC \geq 7$ mm), el otro 42.9%, IT masiva o torrencial ($VC \geq 14$ mm). La vena contracta promedio es de 12.9 mm. La función sistólica del ventrículo derecho, medida con parámetros de desplazamiento longitudinal, está conservada (TAPSE ≥ 17 mm) en el 71.4% de los casos, y reducida (TAPSE < 17) en el 28.6%. El 57.1% de los participantes con IT grave se acompañan de otra valvulopatía izquierda significativa. Estos presentan en todos los casos historia de enfermedad valvular mitral (sustitución valvular mitral previa o enfermedad severa sobre válvula mitral nativa), bien de forma aislada (66.6%) o con historia de enfermedad valvular aórtica significativa asociada (33.4%). Por último, ningún paciente con IT aislada, sin valvulopatía izquierda, se remite a cirugía o intervencionismo valvular. Sólo a un varón con IT e insuficiencia mitral severa remitida a cirugía, se le realiza anuloplastia tricúspide.

Conclusiones: La IT grave es un problema de alta prevalencia que suele afectar a mujeres mayores de 75 años. En nuestra muestra de pacientes, la IT grave se acompaña frecuentemente de otra valvulopatía izquierda significativa (57%), siendo la historia de enfermedad valvular mitral el denominador común en estos casos. La IT sigue siendo un problema valvular infravalorado y con bajas tasas de tratamiento.

48 Strain longitudinal del ventrículo derecho y de la aurícula izquierda en pacientes adultos con D-TGA y corrección anatómica.

José Carlos Sánchez Martínez; Pablo Jover Pastor; Silvia Lozano Edo; María Rodríguez Serrano; Ana Osa Sáez; Julia Martínez Solé; Javier Navarrete Navarro; José Antonio Sorolla Romero; Francisco Buendía Fuentes; Joaquín Rueda Soriano; Cardiología. Hospital Universitario y Politécnico la fe de Valencia.

a) Objetivos: La corrección anatómica ("switch arterial") es la cirugía de elección en pacientes con D-TGA. Tras esta intervención la supervivencia es muy alta. En cambio, se ha descrito cierto grado de daño miocárdico subclínico objetivado con disminución de strain longitudinal global del ventrículo izquierdo. En el presente trabajo se planteó caracterizar el strain longitudinal tanto ventricular (SLG-VI) como auricular izquierdo en una cohorte de adultos con D-TGA simple sin ninguna complicación evolutiva y otra cohorte de adultos con D-TGA compleja o con complicaciones evolutivas. **b) Material y métodos:** Estudio unicéntrico, prospectivo y transversal. Se realizó estudio ecocardiográfico incluyendo análisis 3D así como adquisiciones específicas para determinar strain ventricular y auricular izquierdo. Se definió como grupo 1 (G-1) aquellos pacientes con D-TGA simple sin ninguna complicación evolutiva (sin reintervención, regurgitación aórtica inexistente o leve, estenosis en tracto de salida ventrículo derecho leve o inexistente, ausencia de complicaciones coronarias). El grupo 2 (G-2) lo formaron aquellos pacientes con D-TGA compleja por asociar otra cardiopatía congénita (CIV, coartación aórtica, valvulopatía pulmonar) o bien con complicaciones durante el seguimiento. Se incluyó un grupo control (G-control) ajustado en edad y sexo. Las variables cuantitativas se compararon mediante test de Anova con análisis post-Hoc (test de Bonferroni). Se consideró significación estadística $p < 0.05$. **c) Resultados:** Se incluyeron 42 pacientes en G-1, 43 pacientes en G-2 [22 con D-TGA compleja y 21 con complicaciones en el seguimiento (2 complicaciones coronarias, 4 estenosis TSVD, 13 regurgitación aórtica y 2 regurgitación pulmonar). El grupo control lo formaron 34 adultos sanos. El SLG-VI fue diferente entre los grupos (G-1: -17.2 ± 2.7 , G-2: -16.8 ± 3.1 , G-control: -21.9 ± 1.8 , $p < 0.001$). De forma similar, el strain auricular de reservorio (G-1: 31.1 ± 7.7 , G-2: 31.8 ± 10.1 , G-control: 48.9 ± 8.1 , $p < 0.001$), el strain auricular de conducción (G-1: -22.9 ± 5.7 , G-2: -21.8 ± 6.9 , G-control: -33.9 ± 5.8 , $p < 0.001$) y el strain auricular de contracción (G-1: -8.2 ± 4.7 , G-2: -10.1 ± 5.3 , G-control: -15.2 ± 6.2 , $p < 0.001$) fueron diferentes entre los grupos. A pesar de la mayor complejidad y las complicaciones evolutivas, en ninguna de estas variables se detectó diferencia entre G-1 y G-2. La fracción de eyección ventricular izquierda calculada tridimensionalmente también mostró diferencia entre grupos (G-1: 57.9 ± 4.2 , G-2: 59.1 ± 5.4 , G-control: 60.9 ± 3.4 , $p = 0.044$) debido fundamentalmente a la diferencia en G-1 y G-control. La fracción de eyección biplano no alcanzó diferencias estadísticamente significativas. **d) Conclusiones:** Los pacientes adultos con D-TGA con corrección anatómica presentan disminución de strain longitudinal ventricular y auricular izquierdo. Esta disminución no es mayor en aquellos con D-TGA compleja o con complicaciones durante el seguimiento.

	G-1 D-TGA simple sin complicaciones	G-2 D-TGA compleja o con complicaciones	G-control	p (comparación entre grupos)	p (G-1 vs G-2)	p (G-1 vs G-control)	p (G-2 vs G-control)
SLG-VI	-17.17 ± 2.68	-16.82 ± 3.11	-21.87 ± 1.86	< 0.001	1,00	< 0.001	< 0.001
Strain Auricular de Reservorio	31.13 ± 7.67	31.79 ± 10.06	48.98 ± 8.07	< 0.001	1,00	< 0.001	< 0.001
Strain Auricular de Conducción	-22.91 ± 5.69	-21.78 ± 6.91	-33.99 ± 5.85	< 0.001	1,00	< 0.001	< 0.001
Strain Auricular de Contracción	-8.24 ± 4.75	-10.06 ± 5.32	-15.21 ± 6.25	< 0.001	0,372	< 0.001	< 0.001
FEVI 3D	57.97 ± 4.16	59.13 ± 5.46	60.96 ± 3.45	0,044	0,833	0,038	0,327
FEVI biplano	61.56 ± 5.13	61.19 ± 6.30	63.88 ± 4.02	0,080	1,00	0,199	0,119

Tabla 1. Resumen de los resultados obtenidos del estudio.

49 Codificación y representación gráfica del twist ventricular con aplicación práctica.

Paula Gramaje Sanchis; Alberto Hidalgo Mateos; Ester Galiana Talavera; Juan Giraldo Martínez; Pablo Escribano Escribano; Pau Gimeno Tío; Celia Gil Llopis; M. Belén Contreras Tomero; Ildefonso Roldán Torres; Vicente Mora Llabata; Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Dr Peset, Valencia, España

Introducción El twist sistólico del ventrículo izquierdo (VI) se produce como consecuencia de la rotación basal y apical en direcciones contrarias. Sin embargo, la codificación vigente del twist no es útil para la interpretación de la mecánica cardíaca. **Objetivo** Exponemos una nueva codificación del twist, y su correspondiente representación gráfica. **Material y Métodos** A partir de ecocardiografía speckle tracking en pacientes de la práctica diaria, estudiamos las variaciones en la mecánica rotacional del VI. El twist del VI (mal traducido como giro) se produce en condiciones normales por la rotación de la base en dirección horaria y el ápex en dirección antihoraria. Los términos twist y torsión se utilizan indistintamente, si bien este último corresponde al twist normalizado por el diámetro longitudinal del VI. Cuando base y ápex rotan en la misma dirección el twist no existe, lo cual se conoce como patrón de "rotación rígida". La presencia de twist, o en su defecto la presencia de rotación rígida, tienen distinta repercusión en la función ventricular. En la representación actual de los equipos de ecocardiografía, twist y rotación rígida aparecen indistintamente codificados en positivo o negativo, lo que hace confusa su interpretación, y complica su utilización práctica. Proponemos que: 1. La presencia de twist sea codificada en positivo, como resultado de la suma de los ángulos de rotación basal y apical en direcciones contrarias (figura 1A); 2. La ausencia de twist (rotación rígida) sea codificada en negativo, como resultado de la resta de los ángulos de rotación en la misma dirección (figura 1B). **Resultados** Encontramos varios tipos de comportamiento rotacional en la práctica clínica. Con la metodología propuesta, los tipos twist normal y twist inverso se codifican en positivo (figura 1A), mientras que los tipos de rotación rígida (ausencia de twist), ya sea horaria o antihoraria, se codifican en negativo (figura 1B). **Conclusiones** La codificación propuesta permite diferenciar los diferentes tipos de comportamiento rotacional, su cuantificación y una representación gráfica distintiva con aplicación clínica.

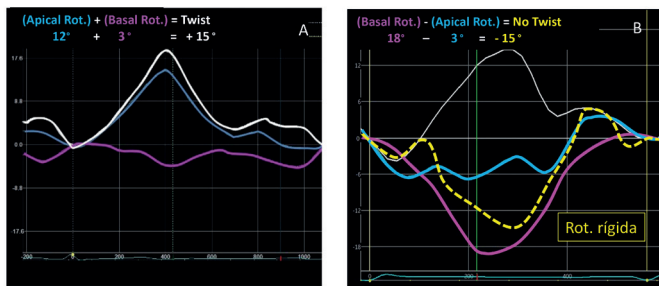
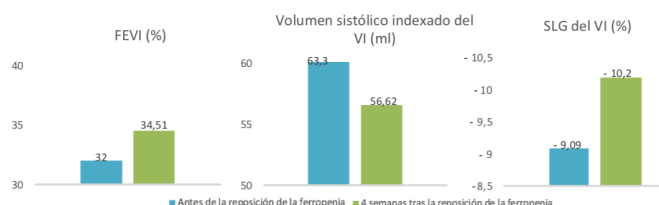


Figura 2. A: Twist codificado como positivo por la suma de rotaciones basal y apical. B: Rotación rígida horaria. Línea blanca twist codificado positivo proporcionado por el equipo y línea discontinua amarilla twist (ausencia de twist) codificado negativo como propuesta.

51 Mejoría del strain longitudinal global tras reposición de hierro en pacientes con insuficiencia cardíaca estable

Benavent García, C; Romero Valero, A; García Suárez, A; Rodríguez Santiago, FM; Del Río López, M; Lledó Ortiz, C; Vicente Ibarra, N; García Honrubia, A; Martínez Moreno, M; Morillas Blasco, P. Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Elche, Elche

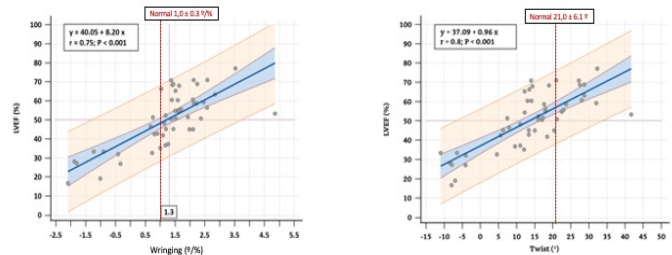
Objetivo En pacientes con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección deprimida la ferropenia confiere mal pronóstico en términos de morbimortalidad. Su reposición con hierro carboximaltosa (HCM) ha demostrado mejorar parámetros clínicos, sin embargo, el mecanismo subyacente sigue sin esclarecerse. La mejoría de la contractilidad miocárdica se plantea como posible hipótesis y el strain longitudinal global (SLG) podría comportarse como un parámetro precoz y sensible para evaluar esta mejoría. El objetivo de este estudio es evaluar el efecto de la reposición de la ferropenia con HCM en el strain longitudinal global del ventrículo izquierdo en pacientes con insuficiencia cardíaca estable con fracción de eyección <50%. **Métodos** Estudio observacional, analítico, longitudinal y prospectivo en el que se incluyeron 45 pacientes con insuficiencia cardíaca estable con FEVI <50% que presentaban ferropenia sin anemia definida como ferritina <100 µg/L o entre 100 y 300 µg/L e índice de saturación de la transferrina <20%. Se llevó a cabo un ecocardiograma transtorácico, 3D, doppler tisular y strain, por el mismo cardiólogo, antes y cuatro semanas después de la reposición de la ferropenia con HCM. **Resultados** La edad media de la población del estudio fue de 71 años, 67% eran hombres, 76% tenían hipertensión arterial, 62% dislipemia y 33% diabetes. La ferritina media inicial era de 50,75 µg/L ± 31,76 µg/L con una mejoría media de 141,06 µg/L ± 126,53 µg/L tras la reposición. Basalmente, presentaban una FEVI 32% ± 8,75%, volumen sistólico indexado del VI 62,3 ml ± 29,56 ml y SLG del VI -9,09% ± 3,44%. A las cuatro semanas tras la reposición de hierro, mostraron una mejoría significativa de la FEVI (diferencia 2,51%; intervalo de confianza 95% [IC], 1,74% a 3,29%; P < 0,0001), volumen sistólico indexado del VI (diferencia -6,68 ml; IC 95% CI -1,91 ml a -11,45 ml; P = 0,007) y SLG del VI (diferencia -1,11%; IC 95%, -0,4% a -1,81%; P = 0,003), con un beneficio relativo medio del SLG del VI del 10,57%. Otros parámetros ecocardiográficos no mostraron diferencias significativas. **Conclusión** En pacientes con insuficiencia cardíaca estable con FEVI <50%, la reposición de la ferropenia con HCM mejora parámetros sistólicos ecocardiográficos, especialmente el strain longitudinal global del ventrículo izquierdo.



50 El wringing, y no el twist, factor determinante de la función ventricular izquierda.

Alberto Hidalgo Mateos; Paula Gramaje Sanchis; Juan Giraldo Martínez; Ester Galiana Talavera; M. Belén Contreras Tomero; Celia Gil Llopis; Pau Gimeno Tío; Pablo Escribano Escribano; Ildefonso Roldán Torres; Vicente Mora Llabata; Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Dr Peset, Valencia, España

Introducción La fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) es consecuencia principalmente del twist miocárdico y el simultáneo acortamiento longitudinal ventricular. **Objetivo** Estudiamos la influencia del twist (mal traducido como giro) y del wringing (retorcimiento) como condicionantes de la FEVI. **Material y Métodos** El twist del VI se produce en condiciones normales por la rotación de base y ápex en direcciones contrarias. Cuando base y ápex rotan en la misma dirección el twist no existe, y se conoce como "rotación rígida". En presencia de twist, los ángulos de rotación se suman, y se codifica en positivo. En presencia de rotación rígida, los ángulos se restan, y se codifica en negativo. El strain longitudinal (SL) es codificado en valores absolutos. El retorcimiento o "wringing" (cociente Twist/SL, en %), incluye las acciones que se producen simultáneamente durante la sístole. A diferencia del twist considerado aisladamente, su valor traduce el twist por unidad porcentual de deformación longitudinal. Aplicamos a 51 pacientes con amiloidosis cardíaca y SL disminuido esta codificación para el estudio de la repercusión del twist y el wringing en la FEVI. **Resultados y Conclusiones** Observamos relación positiva entre el wringing y el twist con la FEVI ($r = 0,75$ y $r = -0,80$ respectivamente; $p < 0,0001$) (Figura 1A-B). Pacientes con FEVI > 50% mostraron wringing normal o aumentado (Figura 1A); por el contrario, los valores de twist se distribuyeron indistintamente a un lado y otro de valores normales (Figura 1B). Valores de wringing inferiores a los normales mostraron FEVI < 50% (Figura 1A), mientras que valores de twist inferiores a los normales presentaron indistintamente FEVI mayor o menor del 50% (Figura 1B). Un wringing < 1,3% fue determinante de FEVI < 50% (AUC 0,88, $p < 0,0001$, IC 95% 0,76-0,95), con sensibilidad 85,7% y especificidad 89,7%. **Conclusiones** El wringing, al integrar las acciones que simultáneamente se producen durante la sístole, condiciona el grado de FEVI en pacientes con amiloidosis cardíaca.



52 MINOCA en resonancia magnética cardíaca

Alba García Suárez; Nuria Vicente Ibarra; Eloisa Feliu Rey; Francisco Manuel Rodríguez Santiago; Carla Benavent García; Marina del Río López; Cristina Lledó; Paula Tejedor Viñuela; Pedro Morillas Blasco; Juan Miguel Ruiz Nodar; Cardiología

Introducción Entre el 5 al 10% de los pacientes con infarto de miocardio no presentan lesiones coronarias obstructivas. Hasta ahora, la mayoría de los estudios se han centrado en el síndrome coronario agudo, incluyendo diferentes entidades clínicas con una presentación similar englobadas bajo el término MINOCA (infarto de miocardio sin aterosclerosis coronaria obstructiva).

El **objetivo** de este estudio fue evaluar el pronóstico de los pacientes con diagnóstico de infarto verdadero, confirmado por resonancia magnética cardíaca (RMC), en ausencia de lesiones coronarias significativas.

Métodos Registro multicéntrico prospectivo, que incluye 76 pacientes consecutivos con infarto confirmado por RMC y sin lesiones coronarias obstructivas. Se analizaron los eventos cardiovasculares adversos (ECA: muerte, infarto no fatal, accidente cerebrovascular o reingreso por causa cardíaca); El seguimiento fue de tres años.

Resultados La mayoría de los pacientes (55,3%) eran hombres, la edad media fue de 57,83 ± 14,3 años. Los pacientes presentaban infartos de pequeño tamaño: 58 (76,3%) definidos como la presencia de realce tardío en uno o dos segmentos miocárdicos, principalmente eran infartos transmurales (en el 73,7% de los pacientes) y con fracción de eyección conservada (mediana 74,3%, IQ 55,1 – 88,4). La localización más frecuente del infarto fue la inferolateral (n = 19, 25%). Durante el seguimiento, 26 pacientes (34,2%) presentaron un evento cardiovascular mayor y 6 (7,9%) de ellos fallecieron, 4 (5,3%) presentaron un nuevo infarto de miocardio. En el análisis multivariable, el presentar realce en 2 segmentos miocárdicos, así como la afectación de ≥ 3 segmentos en la RMC se asoció con un riesgo mayor de eventos cardíacos adversos en comparación con un segmento (Hazard ratio [HR] 6,72, intervalo de confianza [IC] del 95% 1,93-23,42, $p = 0,003$) (HR 7,74, IC del 95% 2,04-29,34, $p = 0,003$ respectivamente).

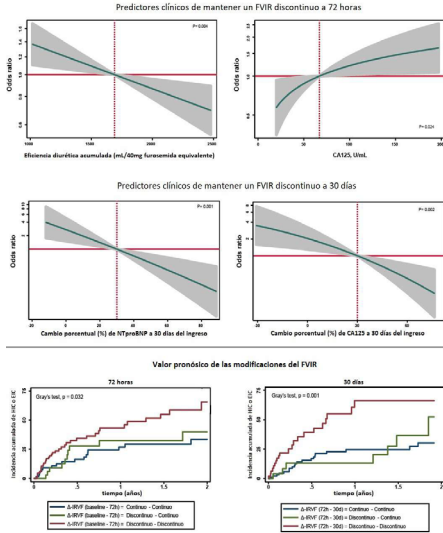
Conclusiones Los pacientes con verdaderos infartos sin lesiones coronarias significativas tuvieron predominantemente infartos pequeños tamaño. La afectación de 2 o más segmentos del miocardio en la resonancia se asocia con un riesgo significativamente mayor de eventos cardiovasculares adversos. Resultados de la coronariografía y la resonancia magnética cardíaca en pacientes ingresados por SCA (n = 76).

53 Variaciones del flujo venoso intrarrenal en insuficiencia cardiaca aguda y su valor pronóstico

Núñez Marín, G; de la Espriella, R; Lorenzo Hernández, M; Santas, E; Miñana, G; Palau, P; Villar, S; Sanchis, J; Cobo, M; Núñez, J; Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia

Introducción y objetivos: El flujo venoso intrarrenal (FVIR) analizado mediante ecografía Doppler ha surgido como potencial marcador de congestión renal y eventos adversos en pacientes con insuficiencia cardiaca aguda (ICA). No obstante, existe escasa evidencia del impacto pronóstico de los cambios en el FVIR durante el ingreso y tras el alta. Los objetivos de este estudio fueron: 1) analizar los predictores de mantener un FVIR discontinuo a 72 horas y a 30 días del ingreso; 2) analizar el valor pronóstico de la trayectoria del FVIR a 72 horas y 30 días del ingreso.

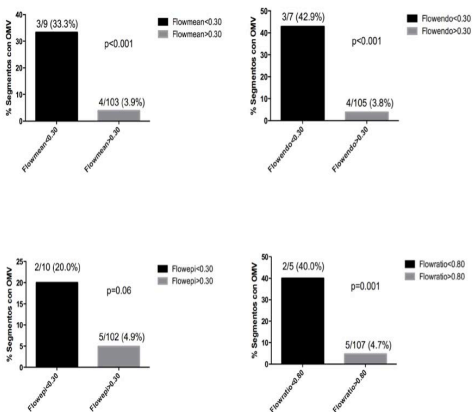
Métodos y resultados: En este estudio multicéntrico y prospectivo se incluyeron 188 pacientes ingresados con ICA. Se analizó el FVIR en las primeras 24 horas de ingreso, a 72 horas y a 30 días. El FVIR mostró una trayectoria dinámica durante el ingreso y tras el alta. A 72 horas y 30 días, 33 (17.6%) y 25 (13.4%) pacientes transicionaron de flujos discontinuos a continuos. Los predictores clínicos de mantener un flujo discontinuo a 72 horas fueron: mayor puntuación de congestión clínica (OR 3.02, 95% CI: 1.33-6.95, $p=0.008$), niveles plasmáticos elevados de CA125 (figura 1), insuficiencia tricúspida más que moderada (OR 3.98, 95% CI: 1.34-11.88, $p=0.013$) y menor eficiencia diurética (figura 1). A 30 días, un mayor cambio porcentual de NTproBNP y CA125 (entre el ingreso y 30 días) mostró una asociación inversa con la probabilidad de mostrar un FVIR discontinuo (figura 1). Los pacientes que persisten con un FVIR discontinuo a 72 horas y 30 días del ingreso muestran un riesgo más elevado de eventos de empeoramiento de insuficiencia cardiaca (reingreso o requerimiento de diurético iv ambulatorio) (HR 2.15, 95% CI: 1.09-4.24, $p=0.028$, and HR 3.29, 95% CI: 1.50-7.23, $p=0.003$, respectivamente) (Figura 2). Esta asociación desaparecía en pacientes que transicionaban de un FVIR discontinuo a un FVIR continuo en el seguimiento. **Conclusiones:** En pacientes con ICA el FVIR muestra una trayectoria dinámica, transicionando de patrones discontinuos a continuos en respuesta a una adecuada respuesta diurética y a la descongestión. El grupo de pacientes en los que el FVIR no se normaliza muestra un riesgo aumentado de empeoramiento de insuficiencia cardiaca en el seguimiento. En base a estos hallazgos, el FVIR podría llegar a representar un objetivo terapéutico.



55 La perfusión cuantitativa por resonancia magnética cardiovascular: nueva herramienta para detectar la obstrucción microvascular

Jose Gavara; Cesar Rios-Navarro; Maria P. López-Lereu; Jose V. Monmeneu; Elena de Dios; Nerea Perez-Sole; Victor Marcos-Garces; Hector Merenciano; Francisco J Chorro; Vicente Bodí; Hospital Clínico Universitario de Valencia

Introducción. El infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMEST) constituye la principal causa de mortalidad en nuestro entorno. Pese a una rápida reapertura de la arteria coronaria ocluida en un 30-50% de los casos persiste un daño importante a nivel de la microcirculación, conocido como obstrucción microvascular (OMV). Las técnicas de cuantificación de la OMV son en su mayor parte cualitativas o semi-cuantitativas. Sin embargo, recientemente ha aparecido una nueva técnica de imagen basada en la resonancia magnética cardiovascular (RMC) que permite obtener valores de flujo sanguíneo a nivel miocárdico en ml/g/min. **Objetivo.** Investigar la capacidad de una nueva secuencia de perfusión cuantitativa mediante RMC para identificar la presencia de OMV derivada de secuencias de realce tardío de gadolinio (RTG) por RMC. **Métodos.** Se ha incluido un total de 7 pacientes IAMEST de manera prospectiva a los que se les realizó una RMC tras 7 [5-9] días después del infarto. El ventrículo izquierdo fue estudiado siguiendo la distribución de 16 segmentos. Se determinó presencia de OMV si existían zonas con hipocaptación en el interior de una zona necrótica en las imágenes de RTG. Los 4 índices de perfusión cuantitativa (flow-mean, flowpi, flowendo y flowratro), además de una cuantificación cualitativa o visual de los defectos de perfusión fueron obtenidos a nivel segmentario. **Resultados.** Se estudiaron un total de 112 segmentos de los cuales 7 presentaron OMV en las imágenes de RTG (3/7 pacientes, 43%). Los umbrales de corte de los 4 índices de perfusión cuantitativa para la predicción de la OMV se obtuvieron a partir de las curvas ROC (0,3 ml/g/min para flow-mean, flowendo y flowepi; 0,8 para flowratro). Tras un análisis preliminar estos umbrales fueron capaces de reclasificar de manera significativa la presencia o no de OMV en un segmento en 3 de los 4 índices de perfusión cuantitativa (Figura 1). Estos índices también fueron capaces de predecir los defectos de perfusión a nivel visual. **Conclusiones.** Los segmentos con OMV pueden ser detectados de forma automática utilizando una nueva secuencia de perfusión cuantitativa por RMC en pacientes IAMEST.



54 Impacto de la OMV persistente tras un IAMEST en la remodelación adversa del ventrículo izquierdo: un estudio de RMC

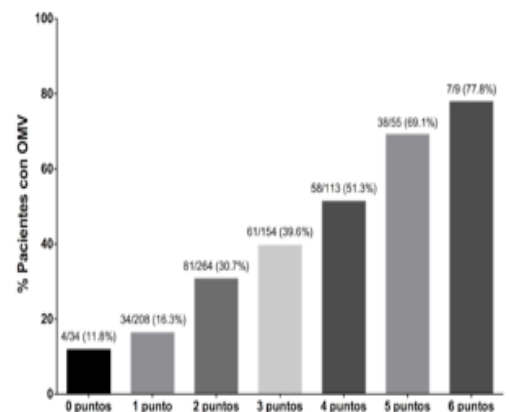
Cesar Rios-Navarro; Jose Gavara; Maria P. López-Lereu; Jose V. Monmeneu; Elena de Dios; Nerea Perez-Sole; Victor Marcos-Garces; Hector Merenciano; Francisco J Chorro; Vicente Bodí; Hospital Clínico Universitario de Valencia

Introducción. A pesar de una revascularización exitosa a nivel epicárdico, la obstrucción microvascular (OMV) puede aparecer poco tiempo después de la reperusión hasta en el 50% de los casos. La OMV temprana se ha asociado con un mayor daño estructural cardíaco resultante y un mayor riesgo de futuros eventos cardiovasculares. Aunque los estudios clínicos y experimentales demostraron la reparación espontánea de la OMV, se sabe poco sobre la aparición y las implicaciones de la OMV persistente (a los meses) después del infarto. **Objetivo.** Se utilizó la resonancia magnética cardiovascular (RMC) para caracterizar el impacto de la OMV persistente tras un infarto de miocardio con elevación del segmento ST (IAMEST) reperfundido en la remodelación adversa del ventrículo izquierdo (RAVI). **Métodos.** Se sometió a una RMC tras 7 [5-10] y 198 [167-231] días después del infarto a 471 pacientes IAMEST registrados de manera prospectiva. La OMV (> 1 segmento) y la RAVI (aumento relativo > 15% en la RMC de seguimiento del volumen telediastólico del VI [VTDVI] y telesistólico del VI [VTSVI]) fueron determinados. **Resultados.** La OMV a la semana ocurrió en 209 pacientes (44%) y persistió en 30 de estos pacientes (6%). La extensión de la OMV ($p=0,03$) y la hemorragia intramiocárdica ($p=0,001$) a la semana se asociaron de forma independiente con la magnitud de la OMV en la RMC de seguimiento. En comparación con los pacientes sin OMV ($n=262$, 56%) o con OMV solo en 1 semana ($n=179$, 38%), aquellos con OMV persistente en el seguimiento ($n=30$, 6%) mostraron tasas más altas de RAVI-VTDVI (22%, 27%, 50% $p=0,003$) y RAVI-VTSVI (20%, 21%, 53% $p<0,001$). Después del ajuste, la extensión (% de la masa del VI) de la OMV en el seguimiento se asoció de forma independiente con Δ VTDVI (aumento relativo, %) ($p=0,01$) y Δ VTSVI ($p=0,03$). En una población emparejada 1:1 formada por dos grupos de 30 pacientes, los pacientes con OMV persistente presentaron con mayor frecuencia RAVI-VTDVI (12% frente a 50%, $p=0,003$) y RAVI-VTSVI (12% frente a 53%, $p=0,001$) que aquellos con únicamente OMV a la semana. **Conclusión.** La OMV persiste en un pequeño porcentaje de pacientes en fase crónica tras un IAMEST y ejerce efectos deletéreos en cuanto al remodelado del VI. Estos hallazgos alimentan la necesidad de realizar más investigaciones sobre la reparación de lesiones microvasculares.

56 Predictores clínicos de la obstrucción microvascular tras un infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST

Jose Gavara; Cesar Rios-Navarro; Maria P. López-Lereu; Jose V. Monmeneu; Elena de Dios; Nerea Perez-Sole; Victor Marcos-Garces; Hector Merenciano; Francisco J Chorro; Vicente Bodí; Hospital Clínico Universitario de Valencia

Introducción. A pesar de una revascularización exitosa a nivel epicárdico, se ha observado que la obstrucción microvascular (OMV) puede aparecer hasta en el 50% de los casos y, se ha asociado con un peor pronóstico y con una remodelación adversa del ventrículo izquierdo más acusada. Por ello, una pronta estratificación de aquellos pacientes con alto riesgo de desarrollar OMV tras un infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMEST) es importante. **Objetivo.** Identificar los mejores predictores clínicos de OMV determinada mediante resonancia magnética cardiovascular (RMC). **Métodos.** Se sometió a una RMC tras 7 [5-9] días después del infarto a 837 pacientes IAMEST registrados de manera prospectiva. Se determinó presencia de OMV si existían zonas con hipocaptación en más de un segmento en el interior de una zona necrótica en las imágenes de realce tardío de gadolinio. **Resultados.** La OMV ocurrió en 283 pacientes (34%). Tras el análisis multivariante, los únicos predictores independientemente asociados con la presencia de OMV fueron varón, diabetes mellitus, clase Killip, localización anterior del infarto, sumatorio máximo del ST y flujo Thrombolysis in Myocardial Infarction (TIMI) antes de la angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP). En base a estos resultados, diseñamos un score clínico simple que incluía estas variables y en el que a cada una de ellas se les asignó un punto del score. En aquellas variables no binarias se obtuvo el mejor punto de corte en función de la curva ROC (receiver operating characteristic) para la predicción de OMV (clase Killip ≥ 2 , flujo TIMI antes de ACTP < 1, y sumatorio máximo ST > 12,5 mm). Este score clínico de 0 a 6 puntos muestra una buena estratificación de riesgo de presentar OMV. El número de pacientes con OMV mostró un incremento gradual en función de la puntuación del score (Figura 1). **Conclusión.** Se puede predecir la presencia de OMV usando parámetros clínicos disponibles durante la etapa de admisión tras un IAMEST.



57 Detección incidental y cuantificación de calcio coronario en tomografía computarizada torácica de alta resolución

Mínguez Díaz de Alda, S; Marcos Garcés, V; Merenciano González, H; Villa-Sánchez, CA; Pérez-Pelegrí, M; Bertolin Boronat, C; Iraola Viana, D; Chorro, FJ; Moratal, D; Bodí, V; Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España

Objetivos. La cuantificación del calcio coronario mediante score de Agatston en estudios de tomografía computarizada (TC) específicamente realizados a este efecto ha demostrado una mejoría en la estratificación del riesgo cardiovascular en varios grupos de poblaciones. No obstante, se desconoce si es factible cuantificar el calcio coronario detectado incidentalmente en estudios de TC torácico realizados por otras indicaciones. **Métodos.** Analizamos una muestra preliminar de estudios de TC torácico de alta resolución (TACAR) realizados en 2015 en nuestro centro. Se analizaron los estudios y se valoró la presencia y extensión de calcio coronario en una escala semicuantitativa (0=ausente, 1=leve, 2=moderada y 3=severa). Se cuantificó el score de calcio coronario mediante el método de Agatston utilizando el software LIFEX-7.2.0. Se registraron las características basales de la población, incluyendo factores de riesgo cardiovascular, escalas de riesgo cardiovascular (SCORE2, SCORE2-OP y ASCVD), control lipídico y tratamiento farmacológico. Un valor de $p < 0.05$ se consideró estadísticamente significativo. **Resultados.** Se incluyeron 51 TACAR en nuestro análisis preliminar. La edad media de la población fue de 61.08 ± 16.11 años y un 58.8% ($n=30$) fueron hombres. La prevalencia de factores de riesgo cardiovascular fue del 43.1% ($n=22$) para dislipemia, 54.9% ($n=28$) para hipertensión arterial, 23.5% ($n=12$) para diabetes mellitus, y 51% ($n=26$) para hábito tabáquico. El riesgo cardiovascular promedio fue de $3.66 \pm 2.45\%$ en SCORE2, $20.37 \pm 8.6\%$ en SCORE2-OP y $20.48 \pm 19.91\%$ en ASCVD. Un total de 16 (31.4%) pacientes y 24 (47%) siguieron tratamiento con estatinas antes y al año del TACAR, respectivamente. Los niveles de colesterol de LDL fueron de 117.87 ± 30.46 mg/dL antes del TACAR y 129.54 ± 38.56 mg/dL un año después del mismo ($p=0.07$). Se detectó presencia de calcio coronario en 26 (51%) pacientes, cuantificándose como leve en 16 (31.4%), moderada en 8 (15.7%) y severa en 2 (3.9%). En el informe radiológico, sólo en 2 casos (3.9%) se informó de la presencia de calcio coronario, y en ninguno de los casos se informó de la extensión del mismo. El score de Agatston promedio fue de 633.73 puntos, aumentando de forma progresiva según las categorías de valoración semicuantitativa (10.76 puntos si ausencia, 642 puntos si leve, 1602.57 puntos si moderada y 4479.43 puntos si severa, ANOVA $p < 0.001$). **Conclusiones.** En más de la mitad de los pacientes sometidos a estudios de TACAR se detecta presencia de calcificación coronaria, siendo esta moderada o severa en casi una quinta parte. Nuestros resultados sugieren que la cuantificación mediante score de Agatston es factible. La utilidad pronóstica de estos datos debería ser validada en registros más amplios.

58 Implicaciones pronósticas y terapéuticas de la isquemia residual mediante resonancia magnética cardíaca de estrés en pacientes tras infarto agudo de miocardio

Iraola Viana, D; Marcos Garcés, V; Merenciano González, H; Gavara, J; Monmeneu, JV; López Lereu, MP; Pérez, N; Ríos Navarro, C; de Dios, E; Bodí, V; Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España

Objetivos. La resonancia magnética de estrés (RMC-E) permite identificar y localizar la isquemia miocárdica; sin embargo, se desconoce el impacto de la isquemia residual estudiada mediante esta técnica en pacientes estables tras sufrir un infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST). Pretendemos estudiar en esta población las implicaciones pronósticas de la isquemia residual mediante RMC-E y el efecto pronóstico y sintomático de la revascularización guiada por RMC-E. **Métodos.** La cohorte incluyó a pacientes con IAMCEST reperfundido a los que se les realizó una RMC-E durante el primer año tras el evento. Se realizaron análisis univariados y multivariados para analizar el efecto de isquemia residual y revascularización guiada por RMC-E con la tasa de eventos adversos cardíacos (MACE), que incluyen: muerte por todas las causas, infarto agudo de miocardio no fatal, reingreso por insuficiencia cardíaca o revascularización no planeada. Asimismo, se exploró el efecto de la revascularización guiada por RMC-E en la mejoría en la clínica de angina categorizada según la CCS (Canadian Cardiovascular Society). Se consideró estadísticamente significativo un p -valor < 0.05 . **Resultados.** Se incluyó a 234 pacientes con IAMCEST en los cuales se realizó una RMC-E para estudiar enfermedad multivasa no revascularizada ($n=139$, 59.4%) o dolor torácico durante el seguimiento ($n=95$, 40.6%). Se observó isquemia residual en el 26.9% de pacientes ($n=63$), y la mayoría presentaron una carga isquémica leve o moderada ($n=56$, 88.9% con isquemia residual en ≤ 5 segmentos). El 33.3% ($n=78$) de los pacientes presentaron al menos un evento MACE durante una mediana de seguimiento de 7 años [3.03-10.02]. En un análisis multivariado, la carga isquémica (número de segmentos) no se asoció con MACE (HR 0.97 [0.83-1.12] por segmento, $p=0.65$). Los pacientes se categorizaron en tres grupos: grupo 1 (G1, sin isquemia y sin revascularización, $n=166$), grupo 2 (G2, con isquemia pero sin revascularización, $n=29$), y grupo 3 (G3, con isquemia y con revascularización, $n=34$). No se observaron diferencias entre grupos en la tasa de eventos MACE. La mayoría de pacientes ($n=192$, 84.6%) presentaron angina CCS 1 antes de la RMC-E. Los pacientes en G1 permanecieron asintomáticos o paucisintomáticos durante el seguimiento (CCS II-IV entre 4.8 y 9%, $p < 0.05$). En el G3, los pacientes se encontraban predominantemente en CCS II-IV previamente, presentando una reducción significativa de los síntomas tras la revascularización (CCS II-IV entre 6.5 y 12.1%, $p \leq 0.001$). El G2 presentó mayor proporción de pacientes con CCS II-IV antes (24.1%) y después de la RMC-E (13 a 19.2%, $p < 0.05$). **Conclusiones.** En pacientes con IAMCEST en fase estable, la isquemia residual estudiada mediante RMC-E es generalmente ligera y no se asocia con un pronóstico más adverso. La revascularización guiada por RMC-E se asocia con mejora significativa de la clínica anginosa pero no con la tasa de eventos.

59 Asociación del tejido adiposo epicárdico con el tamaño del infarto y remodelado ventricular tras un IAMEST: estudio con resonancia magnética cardíaca

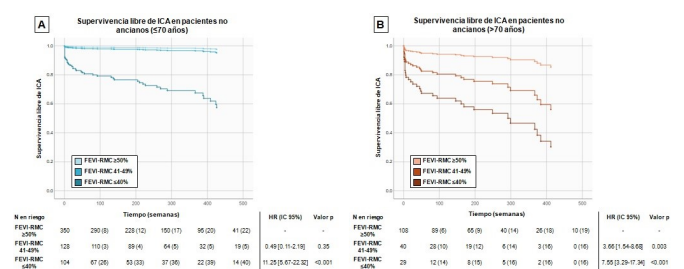
Merenciano González, H; Gavara, J; Marcos Garcés, V; Molina García, T; Llopis Lorente, J; López Lereu, MP; Monmeneu, JV; Pérez, N; Ríos Navarro, C; Bodí, V; Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España

Objetivos. El tejido adiposo epicárdico (TAE) es el depósito graso biológicamente activo situado bajo el pericardio visceral. En los últimos años, el TAE ha emergido como un predictor de aterosclerosis, enfermedad coronaria y eventos cardiovasculares adversos. Sin embargo, su significado tras un infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMEST) en la fase aguda y su asociación con el remodelado ventricular izquierdo post-infarto no se ha aclarado. El objetivo de este estudio es investigar la relación del TAE medido por resonancia magnética cardíaca (RMC) con el tamaño del infarto (TI), obstrucción microvascular (OMV) y el remodelado ventricular izquierdo en una cohorte homogénea de pacientes. **Métodos.** Se incluyeron prospectivamente 255 pacientes revascularizados tras un primer episodio de IAMEST anterior. Se realizó una RMC precoz (1ª semana tras el IAMEST) en todos los pacientes en la que se cuantificó el volumen de TAE (mL/m²), volúmenes indexados telediastólico y telesistólico del ventrículo izquierdo (VTDVli y VTSVli, mL/m²), fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI, %), tamaño del infarto (TI, % de masa ventricular izquierda) y obstrucción microvascular (OMV, % de masa ventricular izquierda). En un subgrupo de 195 pacientes se realizó una RMC de seguimiento (6 meses). Se categorizó a los pacientes como TAE extenso (> 35 mL/m²) y no extenso (≤ 35 mL/m²) de acuerdo al tercil superior de la muestra. Se realizó un análisis específico en los pacientes con TI extenso ($> 30\%$ de masa ventricular). **Resultados.** Los pacientes con TAE extenso tenían más edad (62 ± 12 vs. 57 ± 13 años, $p=0.004$), mayor prevalencia de diabetes mellitus (31% vs. 16%, $p=0.007$) y un peor perfil de riesgo basal (GRACE score 138 ± 37 vs. 126 ± 36 , $p=0.02$). En la RMC precoz, los pacientes con TAE > 35 mL/m² mostraban TI más extenso (31±17% vs 24±16%, $p=0.001$), más OMV (1,4% [0-6,2%] vs 0% [0-2,5%], $p=0.022$) y mayor edema miocárdico (39±16% vs 32±17%, $p=0.003$). Tras el ajuste por las características basales, el TAE se asoció de manera independiente con el TI (coeficiente estandarizado = 0,30, $p < 0.001$). Sin embargo, los pacientes con TAE extenso no presentaron mayores volúmenes ventriculares ni FEVI más reducida en la RMC precoz ni en la de seguimiento ($p > 0,1$ para todas las comparaciones). En el subgrupo de pacientes con TI extenso ($n=69$, 27%), aquellos con TAE > 35 mL/m² presentaron menor dilatación ventricular (VTDVli 90 ± 26 vs 111 ± 40 , $p=0.011$; VTSVli 51 ± 26 vs 72 ± 36 , $p=0.009$) y mayor FEVI (46±13 vs. 38±10, $p=0.007$) en la RMC a los 6 meses. **Conclusiones.** En pacientes con IAMEST anterior, el TAE se asocia con tamaño del infarto más extenso en la fase aguda. Sin embargo, esta asociación deletérea no se traslada en mayor riesgo de remodelado adverso en la RMC de seguimiento, lo que podría sugerir que el TAE desempeña un papel favorable en el remodelado ventricular.

60 Impacto de la FEVI mediante resonancia magnética cardíaca para predecir el reingreso por insuficiencia cardíaca tras un IAMEST en ancianos y no ancianos

Merenciano González, H; Marcos Garcés, V; Gavara, J; Gabaldón Pérez, A; López Lereu, MP; Monmeneu, JV; Pérez, N; Ortiz Pérez, JT; Rodríguez Palomares, JF; Bodí, V; Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España

Objetivos. Los pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMEST) tienen un riesgo alto de rehospitalización por insuficiencia cardíaca aguda (ICA). Sin embargo, la identificación de pacientes con riesgo más elevado es un reto, especialmente en pacientes ancianos. El objetivo de este trabajo es predecir la ICA según predictores clínicos y de resonancia magnética cardíaca (RMC) en pacientes ancianos y no ancianos tras un IAMEST. **Métodos.** Se incluyeron en un registro multicéntrico pacientes con IAMEST revascularizado de 3 hospitales universitarios. Se registraron variables clínicas y parámetros ecocardiográficos y de RMC realizada de forma precoz (1 semana tras el IAMEST), incluyendo fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI-RMC, %), tamaño del infarto (TI, % de masa ventricular) y obstrucción microvascular (OMV, número de segmentos). Se realizó un análisis univariado y multivariado en pacientes ancianos (> 70 años) y no ancianos (≤ 70 años) para predecir ICA durante el seguimiento. Se clasificó la FEVI-RMC en reducida (FEVI-RMCr, $\leq 40\%$), ligeramente reducida (FEVI-RMCrl, 41-49%) o conservada (FEVI-RMCc, $\geq 50\%$). **Resultados.** Se obtuvo una cohorte compuesta por 759 pacientes, de los que 177 (23.3%) eran ancianos. Durante un seguimiento de 5.25 ± 3.54 años, 79 pacientes (10.4%) presentaron ICA. En pacientes no ancianos, los predictores independientes de ICA fueron la clase Killip (HR 2,05 [1,32-3,17], $p=0.001$), el IAMEST anterior (HR 3,43 [1,13-10,36], $p=0.03$) y la FEVI-RMC (HR 0,94 [0,91-0,98] por incremento de %, $p=0.001$). No obstante, la escala de riesgo compuesta por estas variables no fue superior a la FEVI-RMC aislada para predecir ICA (AUC 0,81 [0,74-0,88] vs. 0,81 [0,73-0,88], $p=NS$). En pacientes ancianos, la FEVI-RMC fue el único predictor de ICA en el modelo multivariado (HR 0,94 [0,91-0,97], $p < 0.001$), aunque su poder predictivo fue moderado (AUC 0,68 [0,56-0,80], $p=0.001$). En ambos grupos, los individuos con FEVI-RMCr mostraron un riesgo aumentado de ICA comparado con aquellos con FEVI-RMCc (HR 11,25 [5,67-22,32] en no ancianos y HR 7,55 [3,29-17,34] en ancianos, $p < 0.001$). Sin embargo, el grupo de FEVI-RMCrl sólo se asoció con un riesgo aumentado de ICA en pacientes ancianos (HR 3,66 [1,54-8,68], $p=0.003$). Tras analizar las transiciones entre categorías de FEVI-RMC e ICA mediante el modelo de Markov, en el grupo de ancianos, se observaron menos transiciones a grupos de FEVI-RMC superior (30,2% vs 53%) y más transiciones al estado de ICA (53,9% vs 24,3%). **Conclusiones.** La FEVI-RMC permite predecir de forma fiable el riesgo de ICA en pacientes ≤ 70 años tras un IAMEST y ayuda a identificar a los individuos con mayor riesgo. En pacientes ancianos, el poder predictivo de este parámetro es menor, por lo que se precisan mejores estrategias para predecir el riesgo de ICA en esta población.



61 Impacto de la sospecha de endocarditis infecciosa en el laboratorio de ecocardiografía en un hospital terciario

Carrión Caveró, A; Pérez Boscá, L; Payá Chaume, A; Cubillos Arango, A; Cardona Mulet, S; Valverde Tavira, A; Harvat, M; Gradolí Palmero, J; Melero Ferrer, J; Payá Serrano, R; Servicio de Cardiología del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

Objetivos: Valorar el impacto de la sospecha de endocarditis infecciosa (EI) en un laboratorio de ecocardiografía de un hospital terciario, así como valorar la sensibilidad de los criterios clínicos y microbiológicos de Duke para guiar la necesidad de un estudio de imagen. **Métodos:** Se realizó un estudio prospectivo desde abril 2022 hasta febrero 2023 de todas las peticiones enviadas al laboratorio de imagen para excluir EI. Las solicitudes fueron clasificadas según los criterios mayores (M) (hemocultivos de repetición positivos) y menores (m) (fiebre sin foco, hemocultivo negativo, fenómenos vasculares, portador de prótesis valvular, adictos a drogas por vía parenteral o fenómenos inmunitarios) de Duke, clasificándose así en 4 grupos: El definida (2M, 1M + 3m ó 5m), El posible (1M+ 1m, 1M + 2m ó 3-4m), sospecha intermedia (1M + 0m ó 0M + 2m) y sospecha baja (0M + 0-1m). Se recogieron datos administrativos, antropométricos y clínicos para el análisis de la población. **Resultados:** Un total de 149 peticiones fueron remitidas al Laboratorio de Ecocardiografía con sospecha de EI en un seguimiento de 292 días, 0,75 peticiones por día laborable, con una demora media hasta la realización de la prueba de 1,24 días, reduciéndose a 0,88 días al descartar 16 peticiones realizadas un viernes y 2 casos con aislamiento SARS-COV2+. La población se caracterizó por una edad media de 67 años y ser predominantemente varones (69,8%). Los servicios que más peticiones generaron fueron Medicina Interna-Infecciosas con un 43% y UCI con un 15,4%. Se estableció el diagnóstico de EI definitiva en 10 casos con una ratio de 14,9 ETT/paciente positivo. 1 caso correspondió a la categoría de EI definida (1 petición), 6 casos al grupo de EI posible (36 peticiones) y 3 casos a sospecha intermedia (58 peticiones), mientras que no se identificó ningún caso positivo en la categoría de sospecha baja (54 peticiones, 36,2% del total). La ETT resultó concluyente y dudosa para EI en 7 y 2 casos respectivamente, mientras que solamente un estudio con prótesis mecánica fue negativo mediante esta técnica, siendo necesaria la realización de un PET-TAC para el diagnóstico final. Se realizaron un total de 33 ecocardiografías transesofágicas (ETE), practicándose en 9 de los 10 casos de EI. 8 ETEs fueron realizadas ante hallazgos no concluyentes en la ETT y 16 pese a una ETT normal (14 pacientes con prótesis o marcapasos). Finalmente, ningún caso resultó falsamente negativo en el seguimiento de este estudio. **Conclusiones:** La sospecha de EI generó 0,75 peticiones diarias de ETT. El motivo de solicitud más frecuente fue la fiebre sin foco. Dentro del grupo de peticiones de baja sospecha (36,2% del total) no se identificó ningún caso de EI. Se realizó ETE en 9 de los 10 casos positivos y en la mayoría de los pacientes con prótesis valvulares y marcapasos. Ningún paciente con ETT negativa resultó ser un falso negativo, a excepción de un 1 caso cuyo diagnóstico se confirmó con PET-TAC.

63 Caracterización clínica y estructural de una cohorte de pacientes con PVM atendidos en un centro terciario

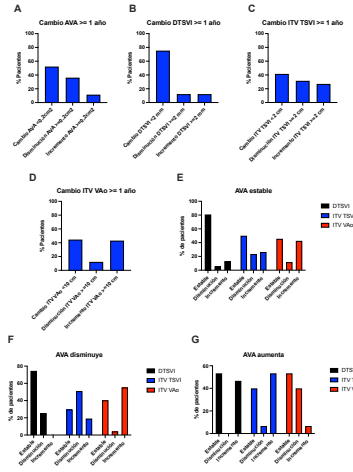
Soriano Borja, R; Arveras Martínez, C; Sanchis Herrero, A; Trejo Velasco, B; Pérez Gosalbo, J; Solsona Caravaca, J; Giménez García, L; De la Cruz Cereceda, S; Segarra Vidal, I; Bellver Navarro, A; Servicio de Cardiología del Hospital General de Castellón

Introducción y objetivos: El prolapso valvular mitral (PVM) se considera habitualmente benigno, sin embargo, un cierto porcentaje de pacientes puede presentar una mayor prevalencia de eventos arrítmicos durante su evolución. El objetivo del estudio fue analizar y comparar, desde el punto de vista estructural, las características de los pacientes con PVM y PVMA. **Material y métodos:** Se lleva a cabo un estudio retrospectivo y observacional en el que incluimos, de forma consecutiva, aquellos pacientes con diagnóstico ecocardiográfico de PVM en nuestro centro entre enero de 2020 y septiembre de 2022. El diagnóstico de PVMA se establece en como PVM asociado a arritmias ventriculares complejas o sostenidas, EV en holter > 5% en 24h o MS. También se incluyeron los pacientes con EV bigeminada con origen compatible con PVM a los que no se les había realizado un Holter-ECG. La realización de estudios complementarios como Holter-ECG y/o resonancia magnética (RM) fue según el criterio del cardiólogo responsable. Realizamos un análisis comparativo de las clínicas y estructurales de ambos grupos de pacientes (PVM vs PVMA). **Resultados:** Se incluyen 33 pacientes, de los cuales 8 cumplían criterios de PVM (24%). El 60,6% eran mujeres. El 54,5% presentó síntomas arrítmicos (palpitaciones, síncope y MS recuperada) y el 21,3% no arrítmicos (dolor torácico y disnea) siendo el más frecuente la presencia de palpitaciones (42,4%). Los síntomas arrítmicos fueron más frecuentes en los pacientes <60 años (p 0.037). La fracción de eyección estaba conservada en todos los pacientes. En cuanto a la presencia del IM, el 18,2% no presentaba, el 30,3% presentaba IM ligera, el 39,4% IM moderada y el 12,1% IM severa. El 27,3% de los pacientes presentó prolapso del velo anterior, el 42,4% del velo y solo el 27,3% de ambos. El 12,1% (4 pacientes) presentaban Curling y DAM. No hubo diferencias significativas en cuanto a edad (p 0,984), sexo (p 0,431), síntoma guía (p 0,545), grado de IM (44% vs 62,6% p 0.438) o velo afectado (57,1% y 40% respectivamente) entre los pacientes con PVM y PVMA. Se realizó RM a 6 pacientes, cinco de los cuales presentaban PVMA. Un paciente presentó fibrosis de sustitución por RTG a nivel de los segmentos inferior e inferolateral y otro caso fibrosis intersticial difusa. **Conclusiones:** No hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a grado de insuficiencia mitral, velo prolapsante o fracción de eyección entre los dos grupos comparados. Se realizó RM con mayor frecuencia a los pacientes con diagnóstico de PVMA.

62 Causas de variación en el área valvular aórtica determinada por ecocardiografía transtorácica.

Jorge Sanz Ros; Silvia Lozano Edo; María Calvo Asensio; María Rodríguez Serrano; Francisco Buendía Fuentes; Enrique Robles Pérez; Valero Soriano Alfonso; Ana Osa Sáez; Luis Martínez Dolz; Jaume Agüero; Servicio de Cardiología, Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia

Objetivos: Analizar las causas de variación en la determinación del área valvular aórtica (AVA) en pacientes con estenosis aórtica mediante ecocardiografía transtorácica. **Métodos:** Se realizó un análisis de los datos clínicos y ecocardiográficos de 130 pacientes con el diagnóstico de estenosis aórtica en seguimiento por el servicio de Cardiología de nuestro hospital. Los pacientes incluidos en el estudio debían tener dos ecocardiografías transtorácicas realizadas en un periodo de al menos 1 año, con el cálculo del AVA por ecuación de continuidad, incluyendo las medidas del diámetro del tracto de salida del ventrículo izquierdo (DTSVI), la integral tiempo velocidad (ITV) del TSVI y la ITV de la válvula aórtica (VAo). Se tomaron los siguientes puntos de corte para definir la variación significativa de los diferentes parámetros estudiados: AVA de 0,2 cm², DTSVI 2 mm, ITV TSVI 2 cm e ITV VAo 10 cm. **Resultados:** Atendiendo a la gradación de la estenosis aórtica (EAO) determinada por AVA, básicamente, el 13% presentaban una EAO ligera, el 42% EAO moderada y el 45% EAO severa. Durante el seguimiento realizado, un 52% de los pacientes no presentaron una variación significativa del AVA, un 36% presentaron una disminución significativa y un 12% presentaron un aumento significativo de este parámetro. Entre los pacientes que no presentaron un cambio significativo en el AVA, un 80% mantuvieron un DTSVI sin cambios significativos, mientras que solamente un 50% y un 46% de pacientes presentaron una ITV del TSVI y la VAo estables, respectivamente. Entre los pacientes que presentaron una disminución significativa en el AVA, un 74% mantuvieron una medida del DTSVI estable, mientras que solamente un 30% de pacientes presentaron una medida de la ITV del TSVI sin cambios, disminuyendo este parámetro en el 51% de los pacientes. La ITV de la VAo aumentó de manera significativa en el 55% de pacientes. Por último, atendiendo a los pacientes en los que el AVA aumentó de manera significativa, el 47% mostró un aumento significativo del DTSVI, en un 53% la ITV del TSVI aumentó y en un 40% se observó una disminución de la ITV de la VAo. **Conclusiones:** A pesar de que el parámetro principal que teóricamente debería modificar el cálculo del AVA por EC durante el seguimiento de pacientes con EAO es la ITV de la VAo, esto no es predominante en la práctica clínica habitual. Durante el seguimiento mediante ecocardiografía, estos pacientes muestran cambios significativos en la medición de parámetros que no deberían variar en pacientes con una función cardíaca estable, como el DTSVI y especialmente la ITV del TSVI. Esto puede modificar de manera importante el cálculo del AVA, llevando a la toma de decisiones inconsistentes en cuanto a la progresión de estenosis aórtica.



A-D: Porcentaje de pacientes con variaciones en las mediciones de AVA por EC, DTSVI, ITV TSVI e ITV VAo en el momento de un año de seguimiento. Los pacientes se dividen en cambio no significativo o disminución o aumento significativo. n=130. E-G: Porcentaje de pacientes con variaciones de las mediciones de DTSVI, ITV TSVI e ITV VAo en el grupo de pacientes con AVA estable (n=68), AVA con disminución significativa (n=17) y AVA con aumento significativo (n=15).

64 Asociación entre el área de vena contracta y patrones de flujo venoso pulmonar en la insuficiencia mitral funcional: relevancia de las mediciones 3D

María Calvo Asensio; Silvia Lozano Edo; Jorge Sanz Ros; María Rodríguez Serrano; Francisco Buendía Fuentes; Ana Osa Sáez; Luis Martínez Dolz; Jaume Agüero Ramón-Llín; Cardiología, Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia

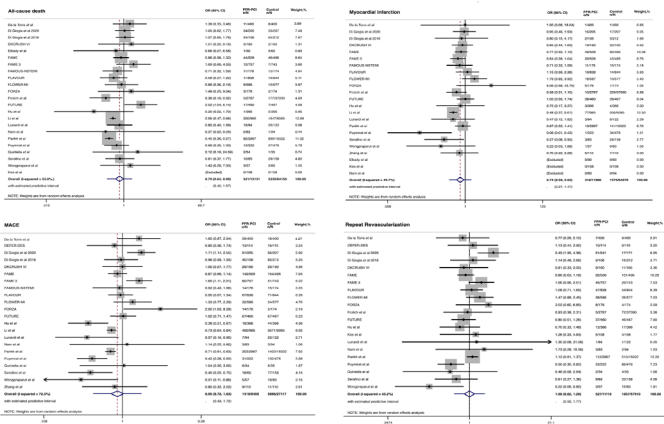
Introducción: La cuantificación de la severidad de la insuficiencia mitral (IM) supone un reto en el laboratorio de ecocardiografía en la práctica clínica habitual. Las morfologías no circulares del orificio regurgitante así como las variaciones dinámicas de la regurgitación durante la sístole, favorecen inconsistencias en la valoración de la severidad de la IM. La cuantificación del área de la vena contracta (AVC) por ecocardiografía transesofágica 3D supera algunas limitaciones de los métodos de cuantificación en 2 dimensiones. Existen diferentes métodos para medir el AVC, mediciones en un solo frame, como el AVC máxima o el área contracta en mesosístole (AVC mesosistólica), o mediciones basadas en múltiples frames, calculando la media de todos ellos (AVC media). No disponemos de datos sobre la asociación de las mediciones cuantitativas en 3D y patrones específicos de severidad de la regurgitación mitral, como los patrones de flujo de venas pulmonares (FVP). **Métodos:** Se realizó un análisis retrospectivo de 30 pacientes con IM funcional, FEVI < 40% y ausencia de otras valvulopatías, a los que se realizó ETE entre 2017 y 2020. Se realizaron mediciones cuantitativas: AVC máxima, AVC mesosistólica y AVC media (medición multiframe calculando el valor medio de todas ellas). Se valoraron los patrones de FVP, identificando 3 patrones: normal (relación S/D>0,5), alterado (relación S/D<0,5) o reverso. Las variables recogidas fueron edad, sexo, antecedente de fibrilación auricular, clase funcional, FEVI en 4 cámaras, diámetro de aurícula izquierda, volumen indexado de aurícula izquierda en 4 cámaras, velocidad máxima de IM, presión sistólica en arteria pulmonar, AVC máxima, mesosistólica y media, y el patrón de flujo de venas pulmonares (FVP). **Resultados:** La muestra fue de 30 pacientes. La clase funcional la dividimos en 2 grupos (NYHA I-II y NYHA III-IV), objetivando diferencias estadísticamente significativas entre la clínica y los patrones de FVP. El 86,7% de los pacientes con relación S/D<0,5 y el 100% con inversión sistólica presentaban clase funcional III-IV, en comparación con el 50% de pacientes con relación S/D>0,5. Respecto al AVC, se encontraron diferencias estadísticamente significativas tanto en la AVC máxima, mesosistólica y media, con los diferentes patrones de alteración del FVP. En el caso del AVC media fue de 0,15[0,09,0,27]cm² para el grupo que presentaba una relación S/D>0,5 y 0,40cm²[0,29,0,54] para el grupo con una relación S/D<0,5 y 0,60cm²[0,48,0,62] para el grupo que presentó inversión del flujo en venas pulmonares; p<0,003. **Conclusiones:** Los diferentes patrones de FVP se relacionaron con la severidad de la insuficiencia mitral, aunque con diferentes valores entre las mediciones AVC máxima, AVC mesosistólica y AVC media, por lo que aunque las 3 mediciones podrían ser adecuadas los puntos de corte para la interpretación deben ser diferentes. Por otro lado, el FVP fue un indicativo de la situación funcional del paciente.

	Grupo relación S/D >0,5	Grupo relación S/D <0,5	Grupo Inversión sistólica	P valor
N	10	15	5	
Edad (media (SD))	67,65 (9,57)	67,48 (9,61)	56,73 (13,67)	0,120
Sexo = m (%)	1 (10,00)	5 (33,33)	2 (40,00)	0,330
FA crónica	2 (20,00)	3 (20,00)	1 (20,00)	1,000
NYHA I-II+III-IV (%)	5 (50,00)	2 (13,33)	0 (0,00)	0,042
FEVI <4c (media [QR])	37,12 [30,69, 38,13]	37,75 [30,17, 43,10]	27,03 [27,00, 32,86]	0,268
Diámetro A1 cm (media [QR])	4,30 [3,88, 4,68]	4,50 [4,32, 4,77]	5,10 [4,90, 5,20]	0,136
Volumen indexado A1 en 4 cámaras (media [QR])	46,49 [39,81, 52,60]	66,27 [50,98, 78,37]	77,09 [63,40, 86,47]	0,101
Velocidad máxima IM (media [QR])	82,00 [62,00, 100,50]	99,15 [80,83, 119,50]	103,00 [86,25, 117,75]	0,260
PSAP (media [QR])	37,50 [31,50, 47,75]	40,00 [36,00, 61,00]	67,00 [58,50, 67,50]	0,201
Variación AVC (media [QR])	0,74 [0,63, 0,87]	0,77 [0,72, 0,82]	0,86 [0,85, 0,89]	0,056
AVC máxima (media [QR])	0,32 [0,20, 0,46]	0,64 [0,49, 0,78]	0,85 [0,57, 0,89]	0,005
AVC mesosistólica (media [QR])	0,14 [0,10, 0,26]	0,29 [0,22, 0,40]	0,46 [0,44, 0,56]	0,008
AVC media (media [QR])	0,15 [0,09, 0,27]	0,40 [0,29, 0,54]	0,60 [0,48, 0,62]	0,003

65 Uso de la reserva fraccional de flujo para guiar la revascularización arterial coronaria: revisión sistemática y metaanálisis de 78.897 pacientes

Martínez Solé, J; Sorolla Romero, JA; Farjat Pasos, JI; Hussain, B; Garg, M; Chiarito, M; Diez Gil, JL; Waksman, R; García García, HM; Sanz Sánchez, J; *Cardiología, Hospital Universitari i Politècnic La Fe de Valencia*

a)Objetivos: La medición de la reserva fraccional de flujo (FFR) es considerado el método invasivo gold-standard para la detección de isquemia inducible en lesiones coronarias intermedias y guiar la necesidad de realizar intervencionismo coronario percutáneo (ICP). Sin embargo, los estudios publicados recientemente que comparan el ICP guiado por FFR frente a estrategias de revascularización no guiadas por fisiología coronaria han arrojado resultados contradictorios en cuanto a su potencial beneficio. El objetivo de este estudio es reunir toda la evidencia disponible hasta la fecha acerca de esta cuestión a fin de dar una respuesta firme basada en la evidencia. **b)Métodos:** Se buscaron en las bases de datos PubMed y Embase ensayos clínicos aleatorizados y estudios observacionales que compararan el ICP guiado por FFR con estrategias de revascularización no guiadas por métodos fisiológicos en pacientes con enfermedad coronaria. Dichas estrategias de revascularización alternativas fueron: revascularización coronaria guiada por angiografía, revascularización coronaria guiada por imagen intracoronaria y revascularización coronaria mediante cirugía de bypass aortocoronario. Los datos se agruparon mediante metaanálisis utilizando un modelo de efectos aleatorios. **c) Resultados:** Se incluyeron 26 estudios con un total de 78.897 pacientes. Los pacientes sometidos a ICP guiado por FFR en comparación con los pacientes sometidos a revascularización coronaria no guiada por métodos fisiológicos presentaron menor riesgo de mortalidad por todas las causas (OR 0,79; IC del 95%: 0,64-0,99; I²=53%) y de infarto de miocardio (OR 0,74; IC del 95%: 0,59-0,93; I²=44,7%). Sin embargo, no se encontraron diferencias entre los grupos en cuanto a MACE (OR 0,86; IC del 95%: 0,72-1,03; I²=72,3%) o necesidad de nueva revascularización coronaria (OR 1; IC del 95%: 0,82-1,20; I²=43,2%). **d)Conclusiones:** Entre los pacientes con enfermedad coronaria, el intervencionismo coronario percutáneo guiado por FFR en comparación con el intervencionismo coronario no guiado por métodos fisiológicos se asoció con un menor riesgo de mortalidad por todas las causas y de infarto de miocardio.



67 Los dispositivos contemporáneos de oclusión del apéndice auricular izquierdo percutáneo tienen los mismos resultados clínicos a largo plazo: un metaanálisis

Sánchez Martínez, JC; Sorolla Romero, JA; Mahesh Alla, V; S. Gill, G; Kanmanthareddy, A; García-García, HM; Sanz Sánchez, J; *Cardiología, H. La fe de Valencia*

a)Objetivo: La creciente implementación de dispositivos LAAO plantea una pregunta importante, "¿son los dispositivos disponibles comparables en resultados?" El objetivo de este estudio es proporcionar una información completa y actualizada acerca de la evaluación cuantitativa de la evidencia sobre la seguridad y eficacia del dispositivo Watchman comparado con Amulet. **b) Método:** La estrategia de búsqueda, selección, extracción de datos y análisis fueron realizado de acuerdo con la Colaboración Cochrane. Se consultó PubMed y bases de datos Cochrane para estudios que comparan el dispositivo Watchman (Boston Scientific, Marlborough, MA) con el dispositivo Amplatzer Amulet (Abbott, Chicago, IL) para LAAO en pacientes con FA no valvular y una puntuación CHADS-VASc elevada. Datos sobre los resultados de estudios seleccionados se extrajeron y analizaron mediante un modelo de efectos aleatorios. La heterogeneidad se evaluó mediante la prueba de I². **c) Resultados:** La población total de estudio fue de 2674 pacientes (1284 Amulet, 1390 Watchman). No hubo diferencias en la probabilidad de padecer un accidente cerebrovascular (OR 0,90, IC del 95% [0,56-1,44]; p=0,66; I²=0%; seguimiento medio 510 días), trombo relacionado con el dispositivo (0,71, [0,46-1,11]; p = 0,14; I² = 0%; seguimiento medio 445 días), derrame significativo (1,38, [0,65-2,96]; p = 0,40; I² = 0%; intrahospitalario a los 45 días de seguimiento), embolización del dispositivo (1,80, [0,51-6,33]; p = 0,36; I² = 0%; en el hospital a 12 meses de seguimiento), sangrado (1,17, [0,43-3,14]; p = 0,76; I² = 77%; en el hospital a 4 años de seguimiento), complicaciones vasculares (1,11, [0,46-2,71]; p = 0,81; I² = 0%; intrahospitalario a los 12 meses de seguimiento), mortalidad temprana (2,69, [0,51-14,08]; p=0,24; I² = 0%; por procedimiento y en el hospital) o mortalidad a largo plazo (0,81, [0,58-1,12]; p = 0,19; I² = 0%; seguimiento medio 429 días). Eventos hemorrágicos mayores y menores fueron independientemente analizados y no hubo diferencia significativa. Sin embargo, había un menor riesgo de fuga peri-dispositivo (PDL; en ecocardiograma transesofágico) asociado con el dispositivo Amulet en comparación con el dispositivo Watchman (0,49, [0,41-0,59]; p < 0,01; seguimiento medio 53 días), sin heterogeneidad significativa entre los estudios incluidos (I² = 0%) (fig. 1). **d)Conclusiones:** Los resultados de nuestra investigación muestran que entre los pacientes con FA no valvular y puntuación CHADS-VASc elevada, LAAO con el dispositivo Amulet se asocia con un menor riesgo de una PDL significativa, mientras que no hay diferencia significativa en otros resultados en comparación con el dispositivo de Watchman. Sin embargo, se necesitan más investigaciones prospectivas para comparar los resultados clínicos con la última generación de dispositivos.

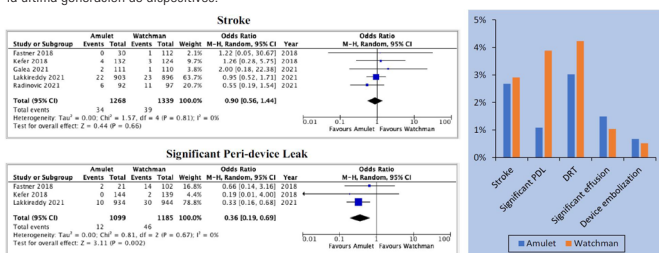


Fig. 1. Diagramas de bosque (izquierda) y gráfico de barras (derecha) que representan los resultados con los dispositivos de oclusión del apéndice auricular izquierdo Amulet y Watchman. IC, intervalo de confianza; M-H, Mantel-Haenszel; PDL, fuga alrededor del dispositivo; DRT, trombo relacionado con el dispositivo.

66 Uso de balón de corte en comparación con otros dispositivos en pacientes con enfermedad de vaso nativo. Metaanálisis de ensayos clínicos randomizados.

Sorolla Romero, JA; Calvo Asensio, M; Sanz Sánchez, J; Martínez Solé, J; Sánchez Martínez, JC; Huéllamo Montoro, S; Sanz Ros, J; Guerrero Cervera, B; Diez Gil, JL; Martínez Dolz, L; *Cardiología, Hospital La Fe, Valencia.*

Introducción: Las lesiones calcificadas siguen representando un reto dentro de la cardiología intervencionista, debido a la dificultad que suponen para obtener una adecuada expansión del stent y el riesgo aumentado de eventos cardiovasculares en el seguimiento. Los balones modificadores de placa son utilizados de forma habitual en las lesiones calcificadas que presentan dificultades para la predilatación antes del implante del stent farmacactivo. No obstante, su peor perfil de navegabilidad limita en ocasiones su uso, y la evidencia del beneficio pronóstico que supone su uso en las lesiones coronarias nativas es limitada.

Métodos: se realizó una búsqueda sistemática en PubMed y Embase para encontrar ensayos clínicos aleatorizados que compararan balones de corte contra otros dispositivos de modificación de la placa en vaso nativo. Los datos se agruparon en un metaanálisis mediante un modelo de efectos aleatorios. El objetivo principal del estudio fue la mortalidad. Los objetivos secundarios fueron el infarto de miocardio, necesidad de revascularización de la lesión diana y perforación durante el procedimiento.

Resultados: tras la búsqueda realizada se incluyeron un total de 6 ensayos clínicos con un total 2212 pacientes. Los pacientes tratados con balón de corte, en comparación con aquellos tratados con otras terapias (aterectomía rotacional, balón de alta presión, balón convencional) no presentaron diferencias significativas en cuanto a la mortalidad (OR = 1,56; IC95% 0,4-6,91). Tampoco existieron diferencias significativas en cuanto a la incidencia de infarto agudo de miocardio (OR = 1,83; IC95% 1,00-3,35). Sí que se observó una reducción significativa en la revascularización de lesiones diana durante el seguimiento (OR = 0,72; IC95% 0,54-0,95), sin generar un mayor riesgo de perforación del vaso (1,68; IC95% 0,37-7,74)

Conclusión: en pacientes con enfermedad de vaso nativo calcificadas, el uso de balones de corte en comparación con otros dispositivos de modificación de placa presenta un riesgo comparable de mortalidad, infarto agudo y perforación del vaso, presentando una menor incidencia de necesidad de revascularización de la lesión diana.

	Año de publicación	Dispositivos	Población	N	Objetivo primario
COPS	2022	Balón de corte Vs NC	Lesiones calcificadas de novo	87	Área mínima del stent por IVUS
ISAR-CALC	2021	Scoring balloon Vs balón de alta presión	Lesiones calcificadas de novo	74	Índice de expansión del stent por OCT
PREPARE-CALC	2018	Aterectomía rotacional Vs Balones de corte (CB y SBA)	Lesiones calcificadas de novo	200	Éxito en el procedimiento y LLL
Tang et al	2014	Balón corte Vs balón convencional	Lesiones calcificadas de novo	92	Área mínima del stent por IVUS
REDUCE III	2007	Balón corte Vs balón semicompliante	Lesiones de novo con implante de BMS	521	Restenosis angiográfica
Mauri et al	2002	Balón corte Vs balones convencionales	Lesiones de novo	1238	Restenosis angiográfica

68 Impacto clínico de la reserva fraccional de flujo con regadenosón como guía para la revascularización de lesiones angiográficamente moderadas.

Benavent García, C; Tejedor Viñuela, P; Romero Valero, A; Rodríguez Santiago, FM; García Suárez, A; Del Río López, M; Lledó Ortiz, C; García Berenguer, R; Morillas Blasco, P; *Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Elche, Elche*

Objetivo La reserva fraccional de flujo (FFR) bajo condiciones de hiperemia ha demostrado ser el "gold standard" para determinar de manera invasiva la significación fisiológica de la enfermedad arterial coronaria, ayudando a seleccionar los pacientes que se van a beneficiar de una intervención coronaria percutánea. La administración intravenosa de regadenosón como agente hiperémico presenta ventajas respecto a la adenosina en la valoración de la FFR por su efecto rápido, estable y duradero y su menor tasa de eventos adversos. El objetivo de este estudio es evaluar el impacto clínico de la revascularización guiada por FFR utilizando regadenosón intravenoso en lesiones angiográficamente moderadas en un seguimiento a largo plazo. **Métodos** Estudio observacional, descriptivo, longitudinal y prospectivo en el que se incluyeron 55 pacientes con lesiones angiográficamente moderadas en la coronariografía las cuales se valoraron funcionalmente mediante FFR con regadenosón intravenoso, realizándose intervencionismo percutáneo en aquellas funcionalmente significativas (FFR<0,8). Posteriormente, se llevó a cabo un seguimiento registrando el número de eventos cardíacos mayores: muerte, infarto no fatal y revascularización de vaso no tratado. **Resultados** La edad media de la población del estudio fue 64 años y siendo 66% hombres. La indicación de coronariografía fue 34% por angina inestable, 28% IAMSEST, 25% angina estable, 10% segundo tiempo en IAMCEST y 5% por disfunción sistólica. La severidad media por angiografía de las lesiones estudiadas fue 65%±6,8%, la FFR con regadenosón media fue 0,74±0,24, obteniendo la FFR con regadenosón positiva en un 38,2% de lesiones. Se realizó intervencionismo percutáneo en el 36,3% de las lesiones evaluadas. Se llevo a cabo seguimiento de los pacientes, con una media de 33±2 meses, objetivando una incidencia de eventos cardíacos mayores de: 0% muerte, 0% infarto no fatal y 0,018% de revascularización de vaso no tratado (una lesión de las 55 valoradas).

Conclusión La revascularización de lesiones angiográficamente moderadas guiadas por FFR utilizando regadenosón como agente hiperémico es un procedimiento seguro que se asocia a un buen pronóstico a largo plazo.

Nº lesiones evaluadas	55
% de estenosis, media (±DE)	65% ± 6,8
FFR, media (± DE)	0,74 ± 0,24
FFR positivo, nº (%)	21 (38,2)
Lesiones tratadas, nº (%)	20 (36,3)

69 Registro de las angioplastias a tronco coronario izquierdo realizadas en los últimos 4 años. Análisis retrospectivo.

Sorolla Romero, JA; Calvo Asensio, M; Huéllamo Montoro, S; Fernández Ortiz, N; Sanz Ros, J; Soriano Alfonso, VV; Vilchez Tschischke, JP; Sanz Sánchez, J; Díez Gil, JL; Martínez-Dolz, L; Servicio de Cardiología del Hospital La Fe, Valencia.

Introducción: El tratamiento percutáneo es una alternativa establecida en la enfermedad de tronco coronario izquierdo (TCI). Sin embargo, existen escasos resultados en vida real.

Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de todas las angioplastias sobre TCI realizadas en el servicio de hemodinámica de nuestro centro desde enero de 2019 hasta febrero de 2023. Las variables basales recogidas fueron: sexo, edad, FRCV (HTA, tabaquismo, diabetes, dislipemia, enfermedad renal crónica), presencia de enfermedad multivaso, presentación como síndrome coronario agudo (SCA) y uso de técnicas de imagen intravascular durante la ICP. Las variables recogidas en el seguimiento fueron: tiempo transcurrido hasta último control (meses), muerte, muerte por causa cardiovascular, síndrome coronario agudo durante el seguimiento, necesidad de revascularización e ictus.

Resultados: Se realizaron un total de 150 ICP. La media de edad de los pacientes fue de 74,9 años, predominantemente varones (76,9%). Un 78,6% presentaban HTA, un 45,3% DM, un 65,3% dislipemia y un 36,8% tenían ERC estadio III o mayor. El 47,7% presentaba historia de tabaquismo. El 59,9% de las ICP se realizaron en contexto de SCA, el 77,9% de los pacientes presentaba enfermedad multivaso y el 60,4% de los procedimientos se realizó con IVUS u OCT. La media de seguimiento fue de 11,4 meses, con una mediana de 11 meses.

La mortalidad durante el seguimiento fue del 22% (32 pacientes, siendo el 78% ICP realizadas durante SCA). La incidencia de SCA durante el seguimiento fue del 7,7%, con una necesidad de nueva revascularización del 5% y un 2,8% de ACV.

El evento compuesto creado por los factores previos (SCA en el seguimiento, necesidad de revascularización o ACV) ocurrió en un 38% de los pacientes revascularizados durante un SCA (35 pacientes), y en un 23% de los pacientes estables (13 pacientes).

Se objetivó una relación estadísticamente significativa entre la muerte en el seguimiento y la ICP sin uso de imagen intravascular ($p<0,003$) así como si la ICP se realizó en el contexto de un SCA ($p<0,03$). Cabe destacar, que el uso de imagen intravascular fue significativamente menor en pacientes con SCA con respecto a pacientes revascularizados de forma programada ($p<0,034$). En el análisis multivariante mediante regresión de Cox, existió una tendencia de menor mortalidad en los pacientes en los que se realizó imagen intracoronaria (HR 0,57; IC 0,27-1,1 $p<0,125$) y mayor mortalidad en los pacientes que debutaron como SCA (HR 2,3; IC 0,98-5,38; $p<0,054$), aunque sin alcanzar la significación.

Conclusiones: Con todas las limitaciones del estudio, podemos concluir que la ICP al TCI es un procedimiento complejo, con una mortalidad significativa a medio plazo, especialmente en los pacientes intervenidos en el contexto de un SCA.

71 Prevalencia de enfermedad coronaria en pacientes con estenosis aórtica severa que van a ser sometidos a implante de prótesis aórtica por vía percutánea

Giménez García, L; Ventura Pérez, B; Trejo Velasco, B; Pernias Escrig, V; Tejada Ponce, D; Melero Lloret, J; Solsona Caravaca, J; Arveras Martínez, C; De la Cruz Cereceda, S; Bellver Navarro, A; Servicio de Cardiología del Hospital General Universitario de Castellón

Objetivo: Analizar la prevalencia y manejo de la enfermedad arterial coronaria (EAC) en pacientes candidatos a prótesis aórtica percutánea (TAVI) y el impacto de la revascularización en los eventos en el seguimiento. **Métodos:** análisis retrospectivo descriptivo de los pacientes sometidos a coronariografía previa a TAVI en un hospital terciario entre 2019 y 2022. Se registraron las características clínicas basales incluyendo la distribución y manejo de la EAC, el tratamiento antitrombótico y aspectos del procedimiento TAVI. Los eventos adversos mayores en el seguimiento incluyeron una nueva revascularización, IAM, ictus y muerte por todas las causas. Los sangrados en el seguimiento se recogieron siguiendo la clasificación BARC. La comparación de variables entre grupos se realizó mediante las pruebas U de Mann Whitney y X2 para variables continuas y categóricas, respectivamente. **Resultados:** Se incluyeron 85 pacientes. El 60% eran mujeres, con una edad media de 83,2 años, Tabla 1. Se observó EAC significativa en segmentos proximales o medios en 32 (37,6%) pacientes, de los cuales el 62,5% presentaba calcificación coronaria severa, siendo la arteria más frecuentemente afectada la descendente anterior en 15 (17,6%) casos. Se realizó ICP con implante de stent farmacocativo en el 55,6% de los pacientes con EAC significativa, empleando balón de corte en 3 (3,5%) pacientes, litotripsia intracoronaria en 6 (7,1%) y aterectomía rotacional en 1 caso. Tras ICP, 14 (66,7%) pacientes recibieron doble antiagregación (DAPT) con aspirina y clopidogrel con una mediana de duración de 5 meses (rango IQ: 1mes) y 7 (33,3%) triple terapia durante 1 mes seguida de doble terapia. La mediana de tiempo desde la coronariografía hasta la TAVI fue de 95 días, rango intercuartil: 117. 34 (40%) pacientes recibieron una prótesis balón expandible y el acceso fue transfemoral en el 85,9% de los casos. Durante una mediana de seguimiento de 454 días (rango IQ: 476) se registraron 19 (22,4%) MACCE, con 9 reingresos por insuficiencia cardíaca, 4 ictus y 10 muertes, sin nuevas revascularizaciones ni IAM y 7 sangrados (6 de ellos fueron BARC ≥ 3). Los pacientes sometidos a ICP mantuvieron con mayor frecuencia DAPT o doble terapia antitrombótica en el momento de la TAVI [16(76,2%) vs 0, $p<0,001$] y en el seguimiento posterior [19(90,5%) vs 15(23,4%), $p<0,001$] frente a aquellos no revascularizados, sin otras diferencias. No hubo diferencias en los MACCE [4(19%) vs 15(23,8%), $p=0,452$], incluyendo mortalidad, mientras que la incidencia de sangrados fue significativamente superior entre los pacientes sometidos a ICP [5 (26,3%) vs 2 (3,2%), $p=0,007$]. **Conclusiones:** La muestra presentó una prevalencia intermedia de EAC significativa, manejada mayoritariamente mediante ICP. La revascularización percutánea no redujo los eventos MACCE en el seguimiento, pero sí se asoció con un incremento significativo en los sangrados.

Características basales	
Edad (años)	83,2±4
Sexo, varón (n, %)	24 (40)
Índice de masa corporal (cm ² /m ²)	24,00±19
Hipertensión arterial (n, %)	24 (87,1)
Diabetes Mellitus (n, %)	33 (38,8)
Dyslipemia (n, %)	49 (57,6)
EAC (n, %)	32 (37,6)
Cardiopatía isquémica previa (n, %)	11 (20)
Angiotensina convertida (n, %)	8 (9,4)
Insuficiencia cardíaca (n, %)	4 (4,7)
Sinomatología de debut (n, %)	
- Angina	21 (24,7)
- Disnea	76 (89,4)
- Síntoma	10 (11,8)
Características analíticas basales	
Hemoglobina (g/dL)	15,4±3,28
Creatinina (mg/dL)	1,2±0,67
Filtrado glomerular (mL/min)	26,3±20,4
LDL-colesterol (mg/dL)	134,08±50
Albumina (g/dL)	3,7±0,4
NT-proBNP (pg/mL)	4551,39±6584,5
Características ecocardiográficas basales	
EF (%)	56,4±13,4
Gradiente medio (mmHg)	46,31±10,7
Área válvula aórtica (cm ²)	1,7±0,1
Características de la coronariografía pre-TAVI	
Enfermedad arterial coronaria significativa (n, %)	32 (37,6)
Localización enfermedad coronaria (n, %)	
- Tronco común ascendente	3 (3,5)
- Descendente anterior proximal	15 (17,6)
- Coronaria proximal	11 (12,9)
- Coronaria derecha proximal	3 (3,5)
Enfermedad de pequeño vaso (n, %)	26 (70,6)
Revascularización coronaria percutánea (n, %)	21 (24,7)
Balón de corte (n, %)	3 (3,5)
Litotripsia coronaria (n, %)	6 (7,1)
Aterectomía rotacional (n, %)	1 (1,2)
Indicación de coronariografía (n, %)	
- Disnea	82 (96,5)
- Síndrome coronario agudo	3 (3,5)
Tratamiento medicado	
Rebetagregantes (n, %)	44 (51,8)
Estatinas (n, %)	61 (71,8)
Diuréticos (n, %)	56 (65,9)
IEC/ARA-II (n, %)	31 (36,5)
Calcio antagonista (n, %)	21 (24,7)

70 Estrategia invasiva, conservadora o guiada por resonancia magnética de estrés para la revascularización de la arteria no culpable en infarto agudo de miocardio

Iraola Viana, D; Marcos Garcés, V; Merenciano González, H; Gavara, J; Monmeneu, JV; López Areu, MP; Pérez, N; Ríos Navarro, C; de Dios, E; Bodí, V; Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España

Objetivos. Se desconoce la estrategia óptima de manejo de la enfermedad coronaria no culpable (ECNC) en pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST). Pretendemos estudiar las implicaciones pronósticas en práctica clínica habitual de tres estrategias diferentes (invasiva, conservadora y guiada por resonancia magnética cardíaca de estrés, RMC-E) para el manejo de la ECNC en el IAMCEST. **Métodos.** Se incluyó a pacientes con IAMCEST reperfundido mediante angioplastia primaria en un registro prospectivo observacional. La ECNC se definió como la presencia de estenosis $\geq 50\%$ en al menos una arteria coronaria no culpable en la coronariografía primaria. Se definieron tres estrategias de manejo: invasivo (Grupo 1) si la ECNC se revascularizó durante el procedimiento índice o durante el primer mes tras éste; guiada por RMC-E (Grupo 2) si se llevó a cabo una RMC-E durante el primer mes tras el IAMCEST; y conservador (Grupo 3) si no se realizó ni RMC-E ni revascularización de la ECNC en el primer mes. Se registraron las características clínicas, ecocardiográficas y angiográficas y se compararon entre los grupos. Se definió un objetivo combinado de eventos adversos cardiovasculares mayores (4P-MACE), incluyendo: muerte cardiovascular (MCV), infarto de miocardio no fatal (IAM-NF), reingreso por insuficiencia cardíaca (IC) e ictus no fatal. Se realizó un análisis con regresión de Cox multivariada. Se consideró estadísticamente significativo un p-valor $<0,05$. **Resultados.** Se incluyó a 227 pacientes: 40 (17,6%) en el Grupo 1, 77 (33,9%) en el Grupo 2 y 110 (48,5%) en el Grupo 3. En la mayoría de pacientes en el Grupo 3 se realizó una RMC-E en >1 mes ($n=63$, 57,3%). Solo el 41,6% ($n=32$) del Grupo 2 y el 31,7% ($n=20$) del Grupo 3 presentaron isquemia residual en la RMC-E. Los pacientes del Grupo 2 presentaron menor puntuación en la escala GRACE (121,3±30,6 vs 129,4±33,8 y 135,9±35,2 puntos, $p=0,02$), mayor resolución del segmento ST (85,4±18% vs 73,5±30,9% y 71,4±27,8%, $p=0,03$), mayor prevalencia de arteria coronaria derecha como arteria culpable (42,9% vs. 30% y 36,9%, $p=0,04$) y menor diámetro ventricular telediastólico (34±6mm vs 40,6±21mm y 36,2±7mm, $p=0,03$). Durante una mediana de seguimiento de 6.15 [1.56-9.79] años, se registraron 77 (33,9%) 4P-MACE. Los únicos predictores independientes de 4P-MACE fueron la escala de riesgo TIMI (HR 1,14 [1,04-1,26] por punto, $p=0,004$) y las estrategias de manejo. Comparado con la estrategia invasiva (Grupo 1), la estrategia basada en RMC-E (Grupo 2, HR 0,37 [0,19-0,71], $p=0,003$) y el manejo conservador (Grupo 3, HR 0,57 [0,33-0,97], $p=0,04$) se asociaron con menor tasa de 4P-MACE en el seguimiento a largo plazo. **Conclusión.** En el manejo de la ECNC en pacientes con IAMCEST, una estrategia conservadora y/o guiada por RMC-E parece segura en práctica clínica habitual y se asocia con una menor tasa de eventos 4P-MACE en el seguimiento a largo plazo en comparación con una estrategia invasiva.

72 Revascularización completa al ingreso versus al alta en pacientes con infarto de miocardio con elevación del ST y enfermedad multivaso. Ensayo REVIVA-ST

Carrión Caverro, A; Fernández Fernández, C; Vidal Urrutia, V; Valero Picher, E; Vilár Herrero, JV; Cubillos Arango, A; Berenguer Jofresa, A; Fácila Rubio, L; Llopis Gisbert, G; Rumiz González, E; Servicio de Cardiología del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

Objetivos y métodos: Se asignaron aleatoriamente los pacientes con síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST) y enfermedad multivaso (EM) que habían sido sometidos con éxito a un intervencionismo coronario percutáneo (ICP) de la lesión culpable a una estrategia de revascularización completa (RC) durante el ingreso hospitalario o RC tardía después del alta. El endpoint primario fue la duración de la estancia hospitalaria; el endpoint secundario fue el compuesto de muerte cardiovascular, infarto de miocardio o revascularización causada por isquemia a los 12 meses.

Resultados: se incluyeron un total de 258 pacientes desde enero de 2018 hasta diciembre de 2022; 131 fueron asignados a CR durante el ingreso hospitalario y 127 fueron asignados a RC después del alta. Se observó una reducción significativa de la estancia hospitalaria en los pacientes sometidos a una estrategia de RC tras el alta, 7 días (5-9) frente a 4 días (3-5); $p<0,001$. A los 12 meses de seguimiento, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en la aparición del endpoint combinado; 7 eventos (5,34%) pacientes con RC intrahospitalaria y 4 (3,15%) en pacientes con estrategia de RC al alta; (razón de riesgo, 0,59 intervalo de confianza del 95%, 0,17 a 2,02; $p=0,4$).

Conclusiones: En pacientes con SCACEST y EM, una estrategia de RC realizada después del alta reduce la duración de la hospitalización sin un mayor riesgo de MACE a los 12 meses de seguimiento.

73 Comparación del tratamiento con doble antiagregación según la práctica clínica habitual vs el recomendado por score PRECISE-DAPT en pacientes con SCASEST.

Arveras Martínez, C; Pernias Escrig, V; Trejo Velasco, B; Tejada Ponce, D; Ventura Pérez, B; Solsona Carvaca, J; Giménez García, L; De la Cruz Cereceda, S; Amiguet Comins, M; Bellver Navarro, A; Unidad de Hemodinámica, Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Castellón, Castellón de la Plana

La duración de la doble antiagregación plaquetaria (DAPT) tras un SCASEST varía según el balance entre riesgo isquémico y hemorrágico. Las guías recomiendan la interrupción de la DAPT a los 3-6 meses tras implante de stent en pacientes con riesgo hemorrágico alto. La escala PRECISE-DAPT predice el riesgo hemorrágico extrahospitalario en pacientes tratados con DAPT, tras intervencionismo coronario percutáneo con implante de stent y es útil para seleccionar a aquellos pacientes que se benefician de una mayor o menor duración de la DAPT. Nuestro objetivo es comparar la duración de la DAPT según la práctica clínica habitual con la recomendada por el score y analizar la repercusión en eventos de sangrado o isquémicos/ Se realizó inclusión de pacientes diagnosticados de SCASEST en nuestro centro, confirmado con coronariografía y sin tratamiento previo con anticoagulantes de enero a marzo 2021. Se realizó un seguimiento anual hasta mayo 2022. Se comparó el tiempo de DAPT real (criterio clínico) que recibieron los pacientes con el que les correspondería según el PRECISE-DAPT (calculado a posteriori). Se evaluó su relación con la presencia de eventos isquémicos y hemorrágicos (BARC \geq 2)/De 64 pacientes con diagnóstico de sospecha de SCASEST se confirmó la presencia de lesiones coronarias en 51(79,7%) y se realizó implante de stent en 45 (70,31%). El 80% fueron hombres. La duración media de la DAPT fue de 10,36 meses (H 10,56 meses y M 8,25 meses; p, 0,16). En pacientes con PRECISE-DAPT<25 la duración real media de DAPT fue de 11 meses. En pacientes con PRECISE-DAPT>25 fue de 8 meses. En los pacientes con PRECISE-DAPT<25 la duración de la DAPT es similar según el criterio clínico y la indicada por el score. Un 13,3% recibió DAPT mayor tiempo del recomendado por el score. De este subgrupo de pacientes, un 33,3% presentó sangrado clínicamente significativo en el seguimiento. En el grupo de pacientes en los que se acorta el tiempo de DAPT recomendado no se evidenció aumento de eventos isquémicos, independientemente de la puntuación del PRECISE-DAPT. En la evolución se produjo sangrado en 5 pacientes(9,5%) y ningún evento isquémico. Sangraron más aquellos pacientes en los que el PRECISE DAPT score recomendaba una duración corta de la DAPT(3-6) meses, frente a 12-24 meses(p0,036). Pero no había diferencias en sangrados según la duración de la DAPT recomendada por el criterio clínico(p 0,408) y según la duración real(p0,430). Existe una mala concordancia entre el tiempo recomendado por criterio clínico y el recomendado por la puntuación del PRECISE DAPT con un valor Kappa<0,2/El PRECISE-DAPT es una herramienta útil para identificar pacientes con riesgo aumentado de sangrado que se beneficiarían de acortar la duración de la DAPT. En pacientes con alto riesgo hemorrágico por score el criterio clínico tiende a prolongar la duración de la DAPT. En nuestra muestra, los pacientes que recibieron mayor duración de DAPT de la recomendada tuvieron más eventos de sangrado.

75 Cambios precoces en el filtrado glomerular y riesgo de mortalidad en insuficiencia cardíaca aguda. El papel de la función renal al ingreso y la descongestión

Laura Fuertes; Gonzalo Núñez; Miguel Lorenzo Hernández; Sandra Villar; Rafael de la Espriella; Marta Cobo; Juan Sanchis; Francisco Javier Chorro; Julio Núñez; Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia

Objetivos: La fisiopatología de los cambios en la función renal en insuficiencia cardíaca aguda (ICA) es compleja y multifactorial. En este estudio evaluamos la influencia de la función renal al ingreso, los cambios relativos en la tasa de filtrado glomerular estimada (TFGe) y el cambio precoz en los péptidos natriuréticos (como subrogado de descongestión) sobre el riesgo de mortalidad en pacientes ingresados con ICA.

Métodos: Evaluamos retrospectivamente a 2070 pacientes ingresados con ICA. La disfunción renal al ingreso se definió como (TFGe) <60 ml/min/1,73m² y la descongestión exitosa como una disminución de NT-proBNP >30% desde el inicio. El riesgo de mortalidad asociado con los cambios en la TFGe a las 48-72 horas (TFGe%) en base a la función renal basal y los cambios en NT-proBNP a las 48-72 horas se evaluó mediante análisis de regresión de Cox.

Resultados: La edad media fue de 74,4 \pm 11,2 años y 930 (44,9%) eran mujeres. La proporción de pacientes con TFGe <60 al ingreso y cambios en NT-proBNP >30 % fue del 50,5% y el 32,8%, respectivamente. En una mediana de seguimiento de 2,2 años (0,5-5,2), se registraron 928 muertes. Los cambios en la función renal no se asociaron con la mortalidad por sí mismos (p=0,208). El análisis ajustado reveló que el riesgo de mortalidad asociado con los cambios en la TFGe fue heterogéneo en base a la función renal basal y los cambios en NT-proBNP (valor de p para la interacción =0,003). Los cambios en la función renal no se asociaron con el criterio de valoración en aquellos con TFGe al ingreso >60. En aquellos con TFGe<60, una disminución del filtrado se asoció con un mayor riesgo de mortalidad, particularmente en aquellos con una reducción de NT-proBNP <30%.

Conclusión: En pacientes con ICA, la asociación entre el TFGe% precoz y el riesgo de mortalidad a largo plazo está influenciada por el estado de la función renal al ingreso y los cambios iniciales en el NT-proBNP. El efecto deletéreo de una disminución de TFGe se encontró solo en aquellos con disfunción renal al ingreso y sin disminución precoz de NT-proBNP.

74 Complicaciones relacionadas con el dispositivo de cierre vascular en intervenciones TAVI

Francisco Javier Quesada Ocete; Darío Sanmiguel Cervera; Alberto Berenguer Jofresa; Eva Rímiz González; Andrés Mauricio Cubillos Arango; Jorge Manuel Solano López; Juan Vicente Vilar Herrero; Guillem Llopis Gisbert; Sergio Luengo Pérez; Rafael Payá Serrano; Cardiología, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El uso de dispositivos de cierre de acceso vascular han permitido reducir en gran medida las complicaciones relacionadas con el acceso. Sin embargo, pueden asociarse a complicaciones y fallos del dispositivo. Se describe la experiencia de un centro con el dispositivo de cierre vascular MANTA en intervenciones de implante de válvula aórtica transcateéter (TAVI). **MÉTODOS:** Se recogieron los datos a partir de la historia clínica digitalizada de 105 pacientes intervenidos de TAVI entre junio 2021 y febrero 2023, en los que se utilizó el dispositivo MANTA para el cierre de acceso femoral. Se analizaron las complicaciones asociadas al dispositivo. **RESULTADOS:** Las variables basales de la muestra se recogen en la tabla 1. Los pacientes presentaban una proporción similar en sexo (47,6% eran hombres) y una edad avanzada (edad media 81,2 años) con una alta tasa de comorbilidades (tabla 1); además un 23,8% presentaban una FEVI previa menor del 50%. Un 43,8% recibían anticoagulación y un 68,6% antiagregación. En la inmensa mayoría (104 pacientes) de TAVI la indicación fue estenosis aórtica. Siempre se utilizó un introductor de 14 Fr para el TAVI y de 18 Fr para el dispositivo MANTA; en el 86,7% de los pacientes el acceso fue por arteria femoral derecha. Respecto a la tasa de complicaciones asociadas al uso de MANTA (tabla 2), solo 4 pacientes (3,8%) presentaron alguna complicación, siendo la más frecuente la trombosis o estenosis de la zona de punción. 2 pacientes presentaron un sangrado complicado con sangrado retroperitoneal y otro presentó un pseudoaneurisma, requiriendo estos 3 pacientes de cirugía (2,9%), falleciendo solo uno de los pacientes con sangrado retroperitoneal. La mortalidad a 30 días no se modificó, siendo por tanto inferior al 1%. Por último, en el 73,3% de los pacientes el alta hospitalaria fue posible en las primeras 24 horas tras el procedimiento. **CONCLUSIONES:** El uso del dispositivo de cierre vascular MANTA en intervenciones TAVI, se asoció a: - una baja tasa de complicaciones - una mortalidad a 30 días inferior al 1%. - Un alta segura en 24 horas desde el procedimiento en casi el 75% de los pacientes.

Tabla 1. Variables basales, ecocardiográficas, e indicación de procedimiento de la muestra.

Tabla 2. Complicaciones y evolución de la muestra.

Tabla 1	
VARIABLES BASALES	N=105 (%)
Edad (años)	81,2
Sexo Hombre	50 (47,6)
HTA	74 (70,5)
DM2	40 (38,1)
DL	57 (54,3)
FA/Flutter	40 (38,1)
Fumador	8 (7,6)
ERC	20 (19,1)
ACV	8 (7,6)
C. Isquémica	29 (27,6)
Anticoagulación	46 (43,8)
Acenocumarol	12 (11,43)
HBPM	1 (1,0)
ACOD	33 (31,4)
Antiagregación	72 (68,6)
Acceso femoral derecho	91 (86,7)
ECOCARDIOGRAFÍA	
FEVI (%)	56,5
FEVI <50%	25 (23,8)
Gradiente medio (mmHg)	43,33
Área valvular (cm ²)	0,57
INDICACIÓN TAVI	
Estenosis aórtica	104 (99,1)
Insuficiencia aórtica	3 (2,9)
valve-in-valve	10 (9,5)

Tabla 2	
COMPLICACIONES	N=105 (%)
Pacientes	4 (3,8)
Fallo dispositivo	4 (3,8)
Estenosis/Trombosis punción	3 (2,9)
Pseudoaneurisma	1 (1,0)
Sangrado acceso	2 (2,0)
Sangrado retroperitoneal	2 (2,0)
Cirugía relacionado con MAI	3 (2,9)
Muerte a 24 horas	1 (1,0)
Muerte a 30 días	1 (1,0)
Complicaciones tardías	0 (0)
Alta en 24 horas	77 (73,3)

76 Meta-análisis transcritoómico para entender los cambios en la composición de la matriz extracelular tras un infarto de miocardio

María Ortega; Cesar Rios-Navarro; Tamara Molina-García; Jose Gavara; Elena de Dios; Nerea Perez-Sole; Victor Marcos-Garcés; Francisco J Chorro; Vicente Bodi; Amparo Ruiz-Sauri; Hospital Clínico Universitario de Valencia

Antecedentes y objetivo: La matriz extracelular (MEC) proporciona soporte al tejido y ayuda a regular diferentes funciones celulares como la proliferación, supervivencia, diferenciación, migración o inflamación. Tras un infarto de miocardio (IM), los cambios producidos tanto a nivel celular como en la MEC necesitan una precisa regulación para formar la cicatriz fibrótica y evitar que haya un remodelado ventricular adverso que repercutirá negativamente en la función cardíaca. La secuenciación masiva aporta gran cantidad de información ómica que puede ser usada en este contexto. Por ello, se ha llevado a cabo un meta-análisis utilizando datos transcritoómicos obtenidos por secuenciación de RNA con el objetivo de identificar genes relacionados con los cambios en la composición de la MEC tras un IM.

Métodos. Un total de ocho estudios están disponibles en Gene Expression Omnibus con datos de 92 animales, los cuales se clasificaron en un grupo control (n=30) y 6 grupos de ratones sometidos a ligadura coronaria permanente con diferentes tiempos de isquemia: 6 horas (n=8), 1 día (n=16), 3 días (n=10), 7 días (n=7), 14 días (n=10) y 21 días (n=11). Se identificó los genes diferencialmente expresados (p-valor < 0,05 y Log2FoldChange \geq 2) y se llevó a cabo un análisis de enriquecimiento funcional basado en los procesos biológicos (BPs) de Gene Ontology. **Resultados:** Cuando comparamos cada grupo de MI con el control, obtuvimos el siguiente número de genes diferencialmente expresados: 6.447 (6 horas), 14.246 (1 día), 14.354 (3 días), 13.869 (7 días), 9.449 (14 días) y 12.129 (21 días). Tras el análisis de enriquecimiento funcional, los BPs implicados en la respuesta a estímulos extracelulares, la regulación de la organización de la ECM, y el desensamblaje de la ECM fueron detectados de forma temprana. Estos mecanismos de reparación se inician tras 6 horas de isquemia, con un primer periodo de degradación de MEC hasta los 7 días de isquemia, y un segundo periodo de formación de MEC a partir de entonces. Se identificó que un total de 19 metaloproteinasas y cuatro inhibidores de las metaloproteinasas tenían una expresión de mRNA alterada en los grupos de IM. También se encontró modificada la expresión a nivel transcritoómico de 42 genes que codifican a 26 subunidades diferentes de colágenos, implicados probablemente en la formación de la cicatriz fibrótica. **Conclusiones:** Hasta donde sabemos, este es el primer meta-análisis utilizando datos de secuenciación de RNA para evaluar los cambios en el intersticio cardíaco tras un infarto, revelando mecanismos y moléculas previamente desconocidas que participan activamente en la remodelación de la MEC tras el IM.

77 Caracterización de la matrix extracelular en el miocardio infartado con daño microvascular aislado de un modelo experimental: un estudio morfométrico

Tamara Molina-García; César Ríos-Navarro; María Ortega; Elena de Dios; Jose Gavara; Nerea Perez-Solé; Victor Marcos-Garcés; Francisco J Chorro; Vicente Bodí; Amparo Ruiz-Sauri; Hospital Clínico Universitario de Valencia

Objetivos: La matriz extracelular (MEC) confiere un soporte estructural y biomecánico a los cardiomiocitos y sufre importantes cambios tras un infarto agudo de miocardio (IAM). A pesar de una completa reapertura de la arteria epicárdica ocluida, persisten las zonas con hipoperfusión dentro del miocardio infartado. Este fenómeno se conoce como obstrucción microvascular y ejerce efectos negativos en cuanto al remodelado ventricular. En este estudio, se pretende caracterizar histológicamente la composición de la MEC en las zonas infartadas con presencia de OMV. **Métodos:** En este estudio, se utilizó un modelo porcino de IAM reperfundido (n=10). El IAM se indujo mediante la oclusión durante 90 minutos de la arteria descendente anterior seguido de 7 días de reperusión. Previamente a la eutanasia, se infundió una solución de tioflavina-S por vía intracoronaria. Dentro de la zona de infarto, se diferenció una zona con presencia (tioflavina negativa) y otra con ausencia (tioflavina positiva) de OMV. Ambas regiones se tiñeron mediante diferentes técnicas histológicas (tradicionales e inmunohistoquímica) para posteriormente comparar la composición de la MEC mediante técnicas morfométricas. **Resultados:** En cuanto a la celularidad, las regiones con OMV mostraron una mayor presencia de neutrófilos y linfocitos, en cambio no se observó diferencias en la cantidad de macrófagos y miofibroblastos. Las zonas de miocardio infartado con presencia de hipoperfusión tenían una menor densidad de capilares que aquellas completamente reperfundidas. Respecto a la composición de fibras y sustancia fundamental, se halló una menor cantidad de fibras de colágeno tipo I, laminina y fibronectina y una mayor proporción de glicosaminoglicanos en las zonas con presencia de OMV en comparación con el área infartada sin daño microvascular. Por último, no se detectaron diferencias en el número de fibras de colágeno tipo III. **Conclusiones:** La MEC en las zonas con infarto y presencia de OMV está compuesta por una mayor presencia de infiltrado inflamatorio y glicosaminoglicanos y por una cantidad reducida de capilares y fibras en comparación con aquellas regiones complementariamente perfundidas. Estas características diferenciales entre ambas regiones pueden explicar el desarrollo de remodelado ventricular adverso en los pacientes con un área de OMV más extensa.

1E Papel de Enfermería en el Estudio de Microcirculación Coronaria

Calvo Vidal, R; España Cucarella, D; Jorret Ibiza, D; Hervas Martin, L; Federico Zaragoza, P; Talens Montes, V; Adell Gil, P; Hemodinámica, Hospital de La Ribera, Alzira

Objetivo: Estrecha cooperación entre el personal de enfermería y el Hemodinamista en el estudio de microcirculación coronaria. **Método:** Realización de 50 casos durante 2 años. **Resultados:** Después de los resultados hemos visto la importancia que hay en hacer un buen diagnóstico para poder dar un mejor tratamiento. Un 90% de los pacientes han recibido un tratamiento específico para su sintomatología, con la concluyente mejoría. **Conclusiones:** Hemos podido observar que la buena cooperación y participación por parte de los compañeros de enfermería, ha facilitado mucho el trabajo en equipo y como no dando una mayor seguridad al paciente con el tratamiento específico.

2E Fisioterapia en pacientes con insuficiencia cardíaca estable

Aparici Redal, A; Bompart Berroteran, D; Esteve Claramunt, F; Blanco del Burgo, R; Maidana, D; Pérez García, C; Maicas Alcaine, E; Muñoz Alfonso, C; Freitas Durks, V; Bonanad Lozano, C; Insuavator

Objetivo, establecer un plan de rehabilitación cardíaca en fisioterapia en pacientes con insuficiencia cardíaca estable. **Método:** Búsqueda bibliográfica en Scielo y Journal of the American College of Cardiology de artículos de fisioterapia en cardiología. Selección de artículos de revisiones realizadas en el periodo 2020-2023. Criterios de inclusión: publicación menor o igual a 3 años, artículos que utilicen la escala Borg, artículos con pacientes mayores de 65 años, artículos con valor superior a 5 en la escala PEDro, artículos donde se trate a pacientes en fase II. Criterios de exclusión: Cuando no se cumpla ninguno de los criterios de inclusión comentados anteriormente. Criterios a seguir en un plan de ejercicio terapéutico: Duración: 3 meses. Frecuencia: 3-5 veces por semana (supervisado). Intensidad: frecuencia cardíaca máxima al 60%, luego al 80% con escala de Borg 12-14 Duración sesión: 30-45 minutos (Calentamiento: 10-15, F. aeróbica: 10 hasta 20, F. enfriamiento: 10-15 minutos) Completar con ejercicios de resistencia con cargas bajas y de progresión lenta (frecuencia: 1-2 semana, duración: 12-15 minutos, realización de 3-4 ejercicios de 4-10 repeticiones cada uno) Ejercicios con cargas bajas de forma progresiva con un entrenamiento de la musculatura respiratoria. **Los resultados son:** Según Journal of the American College of Cardiology disponible en Pubmed se informa que, a pesar de los beneficios demostrados, la rehabilitación cardíaca mediante fisioterapia a día de hoy sigue estando infrutilizada. Estos incluyen: mejor tolerancia al ejercicio, mejoría de las actividades en la vida diaria y una disminución de la fatiga crónica. El 10% y 30% de la población que ha sufrido un IC participa en programas de rehabilitación en fisioterapia cardíaca. Esto indica una brecha en el acceso a una atención que podría mejorar en la calidad de vida de los pacientes. Se recomienda, realizar una ergoespirometría y el test de 6 minutos marcha para saber la funcionalidad del paciente con insuficiencia cardíaca además de: Realizar ejercicios aeróbicos que producen una captación de oxígeno mayor, modificando los factores de riesgo cardiovascular. Entrenamiento de resistencia mejorando la capacidad de ejercicio submáximo. Entrenamiento interválico de alta intensidad para una mejor tolerancia al ejercicio. Realización de ejercicios de fuerza que reducen un 23% la mortalidad. **Conclusiones:** el 10% y 30% de pacientes con IC participa en programas de rehabilitación cardíaca. Someter a los pacientes una ergoespirometría y el test de 6 minutos marcha para conocer la capacidad funcional del paciente con insuficiencia cardíaca. Realizar ejercicio aeróbico, de resistencia y de fuerza mejoran los factores de riesgo cardiovascular.

3E Análisis descriptivo en pacientes con fibrilación auricular y cardiopatía isquémica que requieren triple terapia antitrombótica. Experiencia monocéntrica.

Francisca Esteve Claramunt; Daznia Bompert Berroteran; Regina Blanco Del Burgo; Daniela Maidana; Eva Maicas Alcaine; Guillermo Barreiros; Andrea Arroyo Alvarez; Gemma Torres Fontes; Juan Ramón De Moya Romero; Clara Bonanad Lozano; Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia

Objetivos Describir las características clínicas y epidemiológicas de una cohorte de pacientes con indicación de triple terapia antitrombótica (anticoagulación por fibrilación auricular y doble terapia antiagregante por Síndrome Coronario Agudo (SCA) o un Síndrome Coronario Crónico (SCC) revascularizado con stent). Como objetivo secundario se plantea analizar el porcentaje de pacientes que están en tratamiento con antagonistas de la vitamina K (AVK) vs Anticoagulantes de acción directa (ACOD), al ingreso y al alta del evento índice. **Métodos** Se realiza un análisis descriptivo de las características clínicas y epidemiológicas en pacientes con Fibrilación Auricular (FA) y Cardiopatía Isquémica (CI) ingresados en un único centro, durante el período correspondiente del 1 de mayo de 2021 al 31 de diciembre de 2022. Se describen la edad, el sexo, las comorbilidades cardiovasculares, así como el tratamiento antitrombótico de estos pacientes al ingreso y al alta. **Resultados** Se incluyeron de forma prospectiva un total de 74 pacientes diagnosticados de FA y CI (SCA/SCC). Hubo un 14,86% de SCA, un 78,38% de SCC y un 6,76% desconocido. Las características basales reflejan un 28,38% de mujeres y 71,62% hombres. Con respecto al tratamiento antitrombótico previo, encontramos que el 48,65% de los pacientes no lleva antiagregante previo al ingreso y el 13,51% no lleva anticoagulación previa. Entre los pacientes que sí llevan prescrita anticoagulación previa, el 54,05% llevan prescrito ACOD, y el 20,27% llevan prescrito AVK, lo que coincide con las recomendaciones IA de las guías de práctica clínica. Analizando la terapia antitrombótica al alta, se observa que el 37,84% llevan al alta solo ACO y el 18,92% de los pacientes llevan al alta pauta triple terapia (doble antiagregación +ACO). Es importante indicar que la terapia antitrombótica al alta está relacionada con presentar CI previa, de modo que la proporción de individuos con CI previa que llevan sólo ACO al alta es superior a la proporción de individuos con CI previa que llevan triple terapia. En cambio, entre los individuos sin CI previa es más elevada la proporción de pacientes con triple terapia al alta que la proporción de sólo ACO al alta. **Conclusiones** De los pacientes ingresados con FA y CI, el 74,32% llevan en el momento del ingreso anticoagulación previa. Al determinar el tipo de anticoagulación se observa que el 54,05% llevan prescrito ACOD y el 20,27% llevan prescrito AVK, esto va en consonancia con lo que recomiendan las guías de práctica clínica con indicación IA en pacientes con FA y CI. La terapia antitrombótica al alta está relacionada con presentar CI previa, de modo que la proporción de individuos con CI previa que llevan sólo ACO al alta es superior a la proporción de individuos con CI previa que llevan Triple terapia. En cambio, entre los individuos sin CI previa es más elevada la proporción de pacientes con Triple terapia al alta que la proporción de sólo ACO al alta.

4E Validación de la aplicación 6wt para la monitorización del estadio funcional de los pacientes cardiológicos

Ribera Soler, M.; Sánchez Rubio, V.; Juan Carrión, B.; Gómez Pastor, M.A.; Domínguez Abad, F.; Mataredona Bárbara, M.; Ramírez Parra, M.; Revert Gandía, R.M.; Chamorro Fernández, C.I.; Sánchez Soriano, R.M.; Cardiología Hospital Mare de Deu dels Liris Alcoi

Introducción La prueba de marcha de 6 minutos (6MWT por sus siglas en inglés) es una prueba submáxima de esfuerzo cardiorespiratorio. Consiste en medir la distancia máxima que puede recorrer una persona sobre una superficie plana en un tiempo de 6 minutos. Se usa para medir la capacidad de ejercicio del paciente, evaluar la respuesta a diferentes tratamientos y establecer el pronóstico en distintas enfermedades cardiorespiratorias. La prueba es útil en el seguimiento del paciente y permite valorar la respuesta al tratamiento médico prescrito. **Objetivos de la investigación** Evaluar la aplicación 6WT comparándola con el test de la marcha realizado por la enfermera implementando el uso de las nuevas tecnologías para la monitorización nuestros pacientes **Metodología** Nuestros pacientes acudían al hospital a la consulta de enfermería para la realización del test de la marcha y anterior o posterior a esta prueba realizaban en las mismas condiciones el test de la marcha con el uso de la aplicación 6WT. **Resultados** El test de la marcha es una herramienta que nos proporciona información útil para la evaluación del deterioro funcional de forma objetiva en pacientes con diferentes dolencias como la insuficiencia cardíaca o hipertensión pulmonar. El objetivo de esta prueba es caminar lo máximo posible durante 6 minutos sin correr. Para la realización del test de la marcha mediante la aplicación 6WT se recomienda realizar las mediciones en un lugar donde no se esperen bloqueos del GPS, además se pueda caminar por un terreno relativamente plano y sin posibilidad de interrumpir la prueba. Se ha realizado un estudio estadístico en el que se han analizado el registro de las muestras tomadas por nuestros pacientes y por la enfermera durante el test de la marcha a lo largo de dos años. A través de un modelo lineal de efectos mixtos se intenta ver si la distancia que se alcanza depende del test de la marcha realizado en medio hospitalario o test de la marcha realizado por el paciente. **Conclusiones** En el análisis estadístico se obtiene un p-valor de 0.0511, teniendo en cuenta que valores de $p > 0.05$ indican que no hay diferencias, podríamos confirmar la validación de la aplicación 6WT para la realización del test de la marcha. El uso de la aplicación 6WT es un recurso con el cual el paciente no debe desplazarse a hospital y nos puede ofrecer información objetiva sobre el estadio funcional y la capacidad de esfuerzo de nuestro paciente cardíaca.

5E Nivel de ocupación y edad de los pacientes ingresados en una unidad de hospitalización de cardiología

Reyes Galera, M.J.; Muñoz Soler, V.; Abad Aguilar, T.; Guerola Porta, C.; Díaz López, Y.; Richart Prats, M.; Lorca Cortés, M.J.; Jordá Calatayud, M.; Revert Gandía, R.M.; Marco Francés, E.; Cardiología Hospital Mare de Déu dels Liris Alcoi

Introducción En las unidades de hospitalización de cardiología de los hospitales comarcales, las unidades de cardiología, comparten espacio con pacientes de otras especialidades y más después de la pandemia que se han tenido que reestructurar espacios y unidades. El aumento de la esperanza de vida y el mayor control de los factores de riesgo ha hecho que los pacientes cardiológicos vivan más. **Objetivo:** Comprobar el aumento de la edad de los pacientes en una unidad de hospitalización de cardiología. **Material y métodos** Tras la pandemia los hospitales han visto incrementada su ocupación, teniendo que asumir las unidades de hospitalización pacientes distintos de las especialidades que habitualmente les son asignadas. Durante los meses de abril a diciembre de 2022 en la unidad de hospitalización de cardiología se lleva a cabo un registro de todos los pacientes ingresados por especialidades, registrándose también la edad y calculando la edad media de los pacientes de cada especialidad. No se analizan los meses de enero a marzo porque durante estos meses, el hospital debido a la pandemia tiene una distribución distinta a la habitual de las camas asignadas. Durante estos meses, la media de pacientes de ingresados en cardiología ha sido de 8,2 pacientes y con una media de edad de 73,2. El mes donde más pacientes de cardiología estuvieron ingresados fue diciembre con una media de 9,3 pacientes y el mes con la media de edad más alta fue abril con una media de edad de 78,3. El mes con menos ocupación ha sido julio con 6,1 pacientes de cardiología y el mes con la media de edad más baja ha sido noviembre con una edad media de 69,9. La especialidad que más pacientes ha tenido ingresados en nuestra unidad ha sido medicina interna con una media de 4,2 pacientes y una media de edad de 75,4. Le siguen medicina digestiva con 1,7 pacientes, neumología con 1,6 y neurología con 1,3 y una edad media de 70,4, 70 y 68,6 respectivamente. Las especialidades de psiquiatría, oncología, reumatología, cirugía, traumatología, urología y otorrino han tenido una media de 1 paciente ingresado en nuestra unidad y una media de edad de 66,2, 68,5, 49,3, 64,7, 60,4, 50 y 83 respectivamente. **Conclusiones y resultados** La media de edad de los pacientes ingresados en cardiología es alta y se acerca bastante a la media de edad de los pacientes ingresados a cargo de medicina interna (sólo hay una diferencia de 2,2 años) con lo que podemos concluir que el perfil del paciente cardiológico ha cambiado y que pacientes más mayores llevan asociadas más comorbilidades y mayor demanda asistencial.

6E Contaminación acústica en una unidad de hospitalización de cardiología

Gómez Pastor, M.A.; Juan Carrión, B.; Díaz López, Y.; Ramírez Parra, M.; Muñoz Soler, V.; Abad Aguilar, T.; Guerola Porta, C.; Ribera Soler, M.; Richart Prats, M.; Revert Gandía, R.M.; Cardiología Hospital Mare de Deu dels Liris Alcoi

Introducción El ruido, se define como un conjunto de sonidos desagradables, no deseados, debido a las molestias que ocasiona. Las repercusiones que tiene la exposición al ruido sobre la salud está aumentando debido a la aparición de alteraciones en nuestro organismo, implicando una disminución en la calidad de vida de las personas y está considerado como un agente contaminante por estos efectos. **Material y métodos** La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda niveles medios de sonido para las salas de hospital por debajo de 40 decibelios (dBA) Durante 15 días en una unidad de hospitalización de cardiología, se ha registrado el nivel de ruido con la aplicación móvil Sound Meter, en varios momentos del día y en dos lugares de la unidad fundamentalmente, el control de enfermería y en el estar de enfermería. Para estandarizar la medición se indicaron los puntos donde dejar el móvil para medir el ruido. Los días de la semana más ruidosos son los viernes con una media de 79 dBA, los momentos del día que más ruido generan es el relevo a las 8:00h de la mañana con una media de 76 dBA independientemente del día de la semana. Otro momento donde los decibelios se disparan es sobre las 11:00h de la mañana donde la medición se realiza en el control de enfermería y se recoge el ruido ambiental de la unidad: timbres, teléfonos, médicos... siendo la media de 89 dBA. Por la tarde se generan menos ruidos con una media de 56 decibelios a las 18:00h y el momento del relevo de enfermería a las 20:00h también genera una media de 73 dBA. En el turno de noche a las 21:00h desde el control de enfermería se recogen 55 dBA, a las 2:00h con la unidad tranquila 40 dBA y con un ingreso en la habitación más alejada del control se generan 47 dBA. Teclar el ordenador genera un ruido de 60 dBA, una bomba de perfusión 53 dBA, la alarma de la telemetría 65 dBA y la máquina que limpia por las mañanas 101 dBA. **Resultados y conclusiones** La contaminación acústica, es un problema cada vez más presente en nuestras sociedades que afecta a la salud pública, problema que si lo extrapolamos a los hospitales, donde encontramos a personas más sensibles por su situación de enfermedad, su control debe ser más exhaustivo. Los sonómetros en las aplicaciones móviles nos sirven de gran ayuda para detectar más ruido del necesario. Sería necesario establecer intervenciones para mejorar las condiciones acústicas de nuestra unidad favoreciendo así la pronta recuperación de nuestros pacientes.

Comunicaciones XL Congreso de la S.V.C.

Índice

de Autores, ponentes y moderadores

- A**
Abad Aguilar, T., 5E, 6E
Abdala Lizarraga, J., 6, 36
Adell Gil, P., 1E
Agüero Ramón-Llin J., 23, 62, 64
Albiach, C., 27
Almenar Bonet, L., 1, 2
Amiguet Comins, M., 3, 12, 16, 20, 73
Aparici Redal, A., 2E
Arizón Benito, A., 19, 25, 31, 34
Arnau Vives, MA., 21, 22, 23
Arroyo Álvarez, A., 3E, 17, 27
Arveras Martínez, C., 16, 20, 28, 46, 47, 63, 71, 73
Ayala More, HD., 39, 40, 41
- B**
Barreres Martín, G., 17, 27, 3E
Barrios Pitarque, C., 30
Bellver Navarro, A., 16, 20, 28, 46, 47, 63, 71, 73
Beltrán Catalán S., 8
Benavent García C., 7, 51, 52, 68
Benito Ferrer, T., 13
Berenguer Jofresa A., 72, 74
Bertolín Boronat, C., 33, 35, 57
Blanco Del Burgo R., 2E, 3E, 15, 18
Blanes Hernández, R., 21
Blanes Julia, FM., 22, 23
Blasco-Peris, C., 14
Bodi V., 9, 19, 25, 31, 33, 34, 35, 38, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 70, 76, 77
Bompert Berroteran, D., 2E, 3E, 15, 17, 18
Bonanad Lozano, C., 2E, 3E, 15, 17, 18, 27
Briatore, A., 46, 47
Buendía Fuentes, F., 4, 21, 48, 62, 64
- C**
Callizo Gallego, R., 5, 8, 24
Calvo Asensio M., 62, 64, 66, 69
Calvo Vidal, R., 1E
Cano Pérez, O., 39, 40, 41, 42, 45
Carbonell Vayá, R., 1
Cardona Mulet, S., 6, 61
Carlos Sánchez J., 45
Carrión Caverro, A., 6, 61, 72
Cazorla Morallón, D., 4
Cerveró Rubio A., 43, 44
Chamorro Fernández, C.I., 4E
Chiarito, M., 65
Chorro, F.J., 19, 25, 31, 34, 54, 55, 56, 57, 75, 76, 77
Civera Gómez, J., 13
Climent Alberola, JI., 19, 25, 31, 34
Climent-Payá, V., 14
Cobo M., 9, 53, 75
Conesa Bona, A., 13
Contreras Tornero MB., 49, 50, 37
Cubillos Arango, A., 61, 72, 74
- D**
Daniela Maidana., 15, 3E
de Dios, E., 35, 54, 55, 56, 58, 70, 76, 77
de la Cruz Cereceda, S., 16, 20, 28, 46, 47, 63, 71, 73
de la Espriella R., 3, 9, 12, 17, 53, 75
De la Hoz Marañon, Lucía., 11
De Moya Romero JR., 3E
del Río López M., 7, 51, 52, 68
Devesa Such, R., 2
Díaz López, Y., 5E, 6E
Diez Gil, JL., 65, 66, 69
Domingo Valero, D., 21, 22, 23
Domínguez Abad, F., 4E
Dominguez Mafe E., 3
Donoso Trenado, V., 1, 2
- E**
Escribano Escribano P., 49, 50
España Cucarella, D., 1E
Esteve Claramunt, F., 2E, 3E, 15, 18
- F**
Fabregat Andrés, O., 30
Fácil Rubio, L., 6, 72
Farjat Pasos, JI., 65
Federico Zaragoza, P., 1E
Feliu Rey E., 52
Fernández Fernández, C., 72
Fernández Ortiz, N., 21, 22, 23, 69
Ferrando Beltrán, M., 36
Ferrero de Loma Osorio, A., 38
Ferriol Martínez, C., 6
Freitas Durks, V., 2E
Fuertes Kenneally, L., 12, 14, 75
- G**
Gabaldón Pérez, A., 38, 60
Galiana Talavera, E., 5, 24, 37, 49, 50
García Araque, Montserrat., 11
García Berenguer, R., 68
García Honrubia, A., 51
García Martín, G., 5, 8, 24, 32, 37
García Pérez, C., 15, 18
García Suárez Alba., 51, 52, 68
García Zuazola A., 29
García-Barrios, A., 14
García-García, HM., 65
García-Honrubia T., 7
García-Suárez Alba., 7
Garg, M., 65
Gavara, J., 33, 35, 38, 54, 55, 56, 58, 59, 60, 70, 76, 77
Geraldo Martínez, J., 5, 24, 37
Gil Llopis, C., 32, 37, 49, 50
Gill, G., 67
Gimenez García, L., 16
Giménez García, L., 20, 28, 46, 47, 63, 71, 73
Gimeno Tío P., 37, 49, 50
Gómez Pastor, M.A., 4E, 6E
Gonzalez Rico, M., 18
González Ritonnale, A., 44
Górriz, JL., 12, 17, 18
Gradolí Palmero, J., 61
Gramage Sanchis P., 5, 8, 24, 37, 49, 50
Guedes P., 7
Guerola Porta, C., 5E, 6E
Guerrero Cervera, B., 1, 2, 66
- H**
Harvat, M., 61
Hebert D. Ayala., 45
Herrera Cañizares, G., 30
Herrero-Brocal, M., 14

- Herreros Pomares A., 43
 Hervás Martín, L., 1E
 Hidalgo Mateos, A., 5, 8, 24, 37, 49, 50
 Huélamo Montoro, S., 21, 22, 23, 66, 69
 Hussain, B., 65
- I**
 Igual Muñoz, B., 6
 Iraola Viana, D., 33, 35, 57, 58, 70
 Izquierdo de Francisco, MT., 39, 40, 41, 42, 45
- J**
 Jacas Osborn, V., 30
 Jaramillo Argenta, C., 13
 Jiménez Bello J., 43, 44
 Jordá Calatayud, M., 5E
 Jorner Ibiza, D., 1E
 Jover Pastor, P., 39, 40, 41, 42, 45, 48
 Juan Carrión, B., 4E, 6E
 Juan Miguel Ruiz Nodar., 52
- K**
 Kanmanthareddy, A., 67
- L**
 León del Pino, MC., 30
 Llau Garcia J., 10, 23, 26, 42
 Lledó Ortíz, C., 7, 51, 52, 68
 Llopis Gisbert, G., 36, 72, 74
 Llopis Lorente, J., 59
 Llorca Cortés, M.J., 5E
 Lloret Rubio, Adriana., 11
 López Lereu, M., 27, 33, 38, 54, 55, 56, 58, 59, 60, 70
 López-Menchero, Carlos., 11
 López-Vilella, R., 1, 2
 Lorenzo Hernández, M., 3, 9, 17, 53, 75
 Lozano Edo S., 48, 62, 64
 Lozano Palencia, Teresa., 11
 Luengo Pérez, S., 6, 36, 44, 74
- M**
 Mahesh Alla, V., 67
 Maicas Alcaine E., 2E, 3E, 15, 27
 Maidana, D., 2E, 18, 27
 Manresa-Rocamora, A., 14
 Marco Francés, E., 5E
 Marcos Garcés, V., 19, 25, 31, 33, 34, 35, 38, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 70, 76, 77
 Martín Manzano, V., 4
- Martínez Banaclocha, Natividad, 11
 Martínez Dolz, L., 2, 21, 22, 23, 39, 40, 41, 45, 62, 64
 Martínez JG., 8, 49, 50
 Martínez León, JB., 21
 Martínez López, Daniel., 11
 Martínez Martínez, Juan Gabriel., 11
 Martínez Mas, ML., 19, 25, 31, 34
 Martínez Moreno, M., 51
 Martínez Sole, J., 2, 4, 39, 40, 42, 45, 48, 65
 Matarredona Bárbara, M., 4E
 Mateo Soler, JM., 11
 Melero Ferrer, J., 6, 61, 71
 Merenciano González, H., 19, 25, 31, 33, 34, 35, 38, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 70
 Mínguez Díaz de Alda, S., 33, 35, 57
 Miñana, G., 3, 9, 12, 53
 Mira, JL., 39, 40
 Molina García, T., 59, 76, 77
 Mollar Fernández, A., 13
 Monmeneu, J., 27, 33, 38, 54, 55, 56, 58, 59, 60, 70
 Montomoli, M., 17, 18
 Mora Llabata, V., 5, 24, 49, 50
 Morales Ruiz E., 29
 Moratal, D., 57
 Morillas Blasco, P., 7, 51, 52, 68
 Moruno Benita, MA., 36
 Muñoz Alfonso, C., 15, 18, 27, 2E
 Muñoz Soler, V., 5E, 6E
- N**
 Navarrete Navarro, J., 39, 40, 45, 48
 Navarro Manchon, J., 39, 40, 41, 42, 45
 Núñez Marín, G., 3, 9, 17, 53, 75
 Núñez Villota, J., 3, 7, 9, 12, 13, 53, 75
- O**
 Ortega M., 76, 77
 Ortíz Pérez, JT., 60
 Osa Sáez A., 48, 62, 64, 22
 Osca Asensi, J., 39, 40, 41, 42, 45
- P**
 Palanca Gil V., 43
 Palau Sampio, P., 3, 9, 12, 19, 25, 31, 34, 53
 Parra Collado M., 8
 Paya Chaume A., 43, 44, 61
 Payá Rubio, A., 19, 25, 31, 34
- Payá Serrano R., 6, 36, 43, 44, 61
 Pérez Boscá, L., 61
 Perez de Lucía Fernández de Ibarra, P., 30
 Pérez García, C., 2E
 Pérez Gozalbo, J., 28, 46, 47, 63
 Pérez Sánchez, A., 13
 Pérez-Pelegrí, M., 57
 Perez-Sole N., 54, 55, 56
 Pérez, N., 19, 25, 31, 33, 34, 35, 38, 58, 59, 60, 70
 Pernias Escrig, V., 71, 73
 Pimenta Ferrisson-Ramos, P., 41
 Pirola, A., 36
- Q**
 Queipo Rodríguez A., 5, 8, 24, 32, 37
 Quesada Dorador A., 43, 44
 Quesada Ocete, FJ., 6, 36, 43, 44, 74
 Quilis Pellicer Aina., 8
- R**
 Rafael Payá Serrano., 74
 Ramírez Parra, M., 4E, 6E
 Revert Gandía, R.M., 4E, 5E, 6E
 Reyes Galera, M.J., 5E
 Ribeiro, F., 14
 Ribera Soler, M., 4E, 6E
 Richart Prats, M., 5E, 6E
 Rico Sapiña, S., 41
 Ríos Navarro, C., 35, 54, 55, 56, 58, 59, 70, 76, 77
 Robles Pérez E., 62
 Rodríguez Palomares, JF., 60
 Rodríguez Santiago, FM., 51, 52, 68
 Rodríguez Serrano, M., 7, 48, 62, 64, 21
 Roldán Torres I., 5, 24, 49, 50,
 Romero Valero, A., 51, 68
 Rubini Costa, R., 44
 Rueda Soriano J., 4, 22, 48
 Ruiz Granell, R., 38
 Ruiz-Sauri A., 76, 77
 Rúmiz González E., 72, 74
- S**
 Sanchez Lazaro I., 1, 2, 26
 Sánchez Martínez JC., 4, 39, 40, 41, 42, 66, 67, 48
 Sánchez Pérez, P., 2
 Sánchez Rubio, V., 4E
 Sánchez Soriano, R.M., 4E
 Sanchís Forés, J., 13
 Sanchis Herrero, A., 28, 63
- Sanchis J., 9, 53, 75
 Sanmiguel Cervera D., 74
 Santas Olmeda E., 3, 9, 53
 Sanz Ros J., 62, 64, 66, 69
 Sanz Sánchez, J., 1, 65, 66, 67
 Sarabia, J., 14
 Segarra Vidal, I., 16, 20, 28, 46, 47, 63
 Segura de la Morena J., 29
 Seller Moya J., 3, 12
 Sempere-Ruiz, N., 14
 Solano López JM., 74
 Soldevila Orient, A., 2
 Solsona Caravaca, J., 16, 20, 28, 46, 47, 63, 71, 73
 Soria Navarro, R., 4
 Soriano Alfonso, V., 21, 22, 23, 69
 Soriano Borja, R., 16, 20, 28, 46, 47, 63
 Soriano Navarro, C., 46, 47
 Sorolla Romero JA., 42, 48, 65, 66, 67, 69
- T**
 Tebar Botí, E., 23
 Tejada Ponce, D., 71, 73
 Tejedor Viñuela, P., 52, 68
 Torres Fontes G., 15, 3E
 Trejo Velasco, B., 16, 20, 28, 63, 71, 73
- V**
 Valero Picher, E., 72
 Valero Soriano Alfonso., 62
 Valle, A., 12
 Vallejo García, V., 30
 Valls Serral A., 5, 8, 24, 32, 37
 Valverde Soria, L., 14
 Valverde Tavira, A., 61
 Ventura Haro, S., 16, 20
 Ventura Pérez, B., 71, 73
 Vera Ivars P., 30
 Vicente Ibarra N., 7, 52
 Vidal Urrutia, V., 36, 72
 Vidal Vanaclocha F., 43
 Vilar Herrero JV., 72, 74
 Vílchez Tschischke, JP., 69
 Villa-Sánchez, CA., 57
 Villar Conejos, S., 17
 Villar S., 53, 75
- Y**
 Yago Riquelme, Carlos., 11
- Z**
 Zaharia, G., 13



Comunicaciones XL Congreso de la S.V.C.

Índice

Por palabras clave

A

ablación de venas pulmonares, 42
adherencia, 10
ambulatorio, 1
Amiloidosis, 16
Amiloidosis TTR, 20
Amulet, 67
ancianos, 60
Antiagregación, 73
anticoagulante, 15
Antígeno carbohidrato 125, 7
Aplicación, 4E
aritmogénico, 28
Arteriosclerosis, 30

B

balón de corte, 66
biomarcadores, 11
bypass aortocoronario, 65

C

cáncer, 11
cardiología, 5E
cardiopatía congénita, 4
cardiopatía isquémica, 18, 69, 3E
Cardiorenal, 9, 18
ciclosilicato de sodio y zirconio,
17
complicaciones, 74
contaminación, 6E

coronarias sin lesiones, 52
corrección anatómica, 48
criterios de Duke, 61

D

dapagliflozina, 3
decibelios, 6E
descongestión, 75
Desfibrilador automático
implantable, 38
diferencia de sexo, 15
Diferencia residual en colesterol
LDL, 25
Dispositivos, 40
Doppler carotídeo, 30
Doppler renal, 9, 53
D-TGA, 48

E

ecocardiografía, 61, 62
ecocardiografía 3D, 64
Edad, 5E
edad avanzada, 36
Ejercicio, 10
ejercicio terapéutico, 2E
Electrofisiología, 39, 40
Electroporación, 41, 42
embarazo, 4
Endocarditis Infecciosa, 21, 22,
23, 61
enfermedad cardiovascular, 18

enfermedad coronaria, 66, 71
enfermedad de tronco coronario
izquierdo, 69
Enfermedad multivaso, 35, 70,
72
Enfermería, 1E
estenosis aórtica, 62
estenosis aórtica severa, 71
estilo de vida, 25
Estimulación, 39, 40
estimulación del área de la
rama izquierda, 45
estimulación rama izquierda, 45
estimulación septal izquierda,
45
estratificación del riesgo, 31

F

ferropenia, 51
FEVI, 5
FEVI mejorada, 24
FEVI reducida, 24
FFR, 68
Fibrilación auricular, 41, 15, 42,
43, 44, 3E, 67
Fibrosis endomiocárdica por
strongyloides, 26
Fisioterapia cardíaca, 2E
FRCV, 37
función endotelial, 14
Función ventricular, 49, 50

H

HDL, 30
Hemoglobina, 3, 12
hipercolesterolemia, 29
hiperpotasemia, 17
hipertensión arterial, 29
hiperuricemia, 17, 29

I

IC, 5, 51
Incompetencia cronotrópica, 34
Índice aterogénico, 30
Infarto agudo de miocardio, 19, 31, 33, 34, 35, 38, 54, 55, 56, 58, 59, 60, 77
infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, 72
infarto de miocardio, 76
inflamación, 43
Ingresos Hospitalarios, 47
inhibidores de los puntos de control, 11
inhibidores del sistema renina-angiotensina-aldosterona, 17
Insuficiencia cardíaca, 1, 2, 8, 12, 13, 14, 24, 39
insuficiencia cardíaca aguda, 9, 53, 75
insuficiencia cardíaca crónica, 7
insuficiencia cardíaca estable, 2E
insuficiencia mitral, 64
insuficiencia pulmonar, 4
insuficiencia renal, 8
Insuficiencia Tricúspide, 46, 47
intervencionismo, 68
intervencionismo coronario percutáneo, 65
intervencionismo percutáneo, 69

M

MANTA, 74
marcha, 4E
matriz extracelular, 76, 77
microbiología, 21
Microcirculación coronaria, 1E

MINOCA, 32, 37, 52
miocardio, 27
Miocarditis, 27
mitral, 28
Mortalidad, 20, 22, 47
mortalidad cardiovascular, 21
mortalidad intrahospitalaria, 23

O

obstrucción microvascular, 54, 55, 56, 77
ocupación, 5E
optimización farmacológica, 19

P

perfusión cuantitativa, 55
potasio, 18
PRECISE-DAPT, 73
predictor, 13
Prevalencia, 16
Prolapso, 28
prolapso mitral arritmogénico, 63
Pronóstico, 7, 35, 36, 44, 53
proteína C reactiva, 22
prótesis aórtica por vía percutánea, 71

R

recuperada, 5
regadenosón, 68
rehabilitación, 10
Rehabilitación cardíaca, 14, 19, 25, 31, 34
Reserva fraccional de flujo, 16, 65
Resistencia diurética, 2
resonancia magnética, 32, 52
resonancia magnética cardíaca, 27, 33, 38, 54, 59
Resonancia magnética cardíaca de estrés, 58, 70
revascularización, 58
revascularización completa, 72
revascularización percutánea, 66
Rotación rígida, 49
ruidos, 6E

S

sarcomas, 6
SCASEST, 73
score clínico, 56
score de Agatston, 57
secuenciación de RNA, 76
seguridad, 16
sexo, 23
síndrome cardiorenal, 8
síndrome coronario agudo, 36
Síndrome de Tako-Tsubo, 32
Síndrome X cardíaco, 1E
SLG, 51
Soledad auto-percibida, 13
Strain aurícula izquierda, 48

T

tabaquismo, 29
Tako-Tsubo, 37
tasa de filtrado glomerular, 75
TAVI, 74
Tejido adiposo epicárdico, 59
terapia antitrombótica, 3E
test, 4E
tomografía computarizada, 57
tratamiento, 16, 20
Trombo ventricular izquierdo, 33
tumor, 6
Twist ventricular, 49
Twist ventricular, 50

U

ultrafiltración, 1
Ultrafiltración periférica, 2

V

Valvulopatía izquierda, 46
variabilidad, 62
VO2pico, 3

W

Watchman, 67
Wringing ventricular, 50

Comunicaciones XL Congreso de la S.V.C.

Índice Temático

- 1 Efectividad y seguridad de la ultrafiltración de corta duración para pacientes con insuficiencia cardíaca refractaria a diuréticos. Experiencia inicial.
- 2 ¿Qué aproximación terapéutica adoptar en pacientes congestivos con escasa respuesta diurética? Ultrafiltración periférica vs tratamiento convencional
- 3 Cambios a corto plazo en la hemoglobina, capacidad funcional, calidad de vida y péptidos natriuréticos tras dapagliflozina en IC con FEVI reducida.
- 4 Impacto del embarazo en el curso y pronóstico de la insuficiencia pulmonar severa
- 5 Historia natural a largo plazo de la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección del ventrículo izquierdo mejorada.
- 6 Tumores cardíacos primarios malignos: revisión de una serie de casos
- 7 Antígeno carbohidrato 125 como biomarcador pronóstico en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica estable
- 8 Experiencia inicial de una unidad cardiorenal en un hospital terciario
- 9 Asociación entre el flujo venoso intrarrenal y trayectoria de la creatinina en insuficiencia cardíaca aguda y su interacción con parámetros de descongestión
- 10 Adherencia a la prescripción de ejercicio físico, un reto en cada consulta
- 11 Elevación de biomarcadores cardíacos durante el tratamiento con inhibidores de los puntos de control: ¿debemos siempre interrumpir la terapia?
- 12 La reducción del Filtrado glomerular asocia aumento de Hemoglobina tras Inicio de Dapagliflozina en la Insuficiencia Cardíaca con Fracción de Eyección Reducida
- 13 Prevalencia y predictores de soledad en pacientes con insuficiencia cardíaca
- 14 Efecto de la dosis óptima de ejercicio sobre la función endotelial en pacientes con IC: revisión sistemática y meta-análisis
- 15 ¿Existen diferencias de sexo en el tratamiento de pacientes con FA?
- 16 Análisis de seguridad del tratamiento neurohormonal en relación a variables clínicas en una población diagnosticada de amiloidosis cardíaca por transtirretina.
- 17 Ciclosilicato de sodio y zirconio e inhibidores del sistema renina-angiotensina-aldosterona para el manejo del paciente anciano con síndrome cardio-renal.
- 18 Explorando el Impacto de las alteraciones del potasio sérico y los factores de riesgo cardiovascular en pacientes con enfermedad cardio-renal
- 19 Optimización farmacológica integral durante la Fase 2 de un programa ambulatorio de Rehabilitación Cardíaca
- 20 Análisis de mortalidad en relación a variables clínicas y empleo de terapia fundacional de insuficiencia cardíaca en la amiloidosis cardíaca por transtirretina
- 21 Perfil microbiológico de la endocarditis infecciosa en nuestro medio. Relación con mortalidad intrahospitalaria
- 22 Parámetros analíticos relacionados con mortalidad intrahospitalaria en endocarditis infecciosa
- 23 Influencia del sexo en la mortalidad intrahospitalaria en pacientes con endocarditis infecciosa
- 24 Influencia de las características basales en la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección del ventrículo izquierdo mejorada
- 25 Diferencia residual en colesterol LDL como indicador de adherencia a cambios en el estilo de vida durante un programa ambulatorio de Rehabilitación Cardíaca
- 26 Fibrosis endomiocárdica por strongyloides
- 27 Valor diagnóstico de la resonancia cardíaca en la miocarditis aguda: estudio de una cohorte unicéntrica prospectiva
- 28 Caracterización clínica y eléctrica de una cohorte de pacientes con prolapso valvular mitral atendidos en un centro terciario.
- 29 Acumulación de factores de riesgo adicionales en pacientes hipertensos remitidos a la consulta especializada de un Hospital terciario.
- 30 Nuevo índice aterogénico para la predicción de aterosclerosis carotídea basado en el ratio proteína C reactiva / HDLc
- 31 Resultados en salud de un programa ambulatorio de Rehabilitación Cardíaca según categorías de riesgo
- 32 Manejo diagnóstico, terapéutico y pronóstico de pacientes diagnosticados de minoca: ¿cuál es la realidad?
- 33 Predicción de trombo ventricular izquierdo tras un infarto agudo de miocardio mediante variables clínicas, ecocardiográficas y electrocardiográficas
- 34 Incompetencia cronotrópica y tratamiento cronotrópico negativo durante la Fase 2 de un programa ambulatorio de Rehabilitación Cardíaca

- 35 Características clínicas y pronóstico asociados a la enfermedad multivaso en pacientes tras un infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST
- 36 Pronóstico de pacientes mayores de 80 años que ingresan en la unidad coronaria por síndrome coronario agudo.
- 37 Diferencias en función del sexo en el MINOCA, ¿existen?
- 38 Resonancia magnética cardíaca y ecocardiografía para predecir terapias apropiadas del desfibrilador automático implantable tras un infarto agudo de miocardio
- 39 Riesgo de ingreso por insuficiencia cardíaca y necesidad de upgrade a terapia de resincronización cardíaca en pacientes portadores de marcapasos con SafeR
- 40 PR largo como predictor del aumento de porcentaje de estimulación ventricular en pacientes portadores de marcapasos con SafeR.
- 41 Análisis de las lesiones producidas en la pared posterior auricular mediante electroporación para el aislamiento de venas pulmonares.
- 42 Ablación de Fibrilación auricular mediante electroporación. Análisis preliminar en fase aguda
- 43 Biomarcadores de inflamación en pacientes con fibrilación auricular
- 44 La hiperuricemia se asocia a un peor pronóstico en pacientes con fibrilación auricular
- 45 Comparación de una estrategia de búsqueda sistemática de captura de la rama izquierda frente a estimulación septal izquierda
- 46 Características basales de los pacientes con insuficiencia tricúspide grave
- 47 Ingresos hospitalarios por insuficiencia cardíaca y mortalidad de los pacientes con insuficiencia tricúspide grave
- 48 Strain longitudinal del ventrículo derecho y de la aurícula izquierda en pacientes adultos con D-TGA y corrección anatómica.
- 49 Codificación y representación gráfica del twist ventricular con aplicación práctica.
- 50 El wringing, y no el twist, factor determinante de la función ventricular izquierda.
- 51 Mejoría del strain longitudinal global tras reposición de hierro en pacientes con insuficiencia cardíaca estable
- 52 MINOCA en resonancia magnética cardíaca
- 53 Variaciones del flujo venoso intrarrenal en insuficiencia cardíaca aguda y su valor pronóstico
- 54 Impacto de la OMV persistente tras un IAMEST en la remodelación adversa del ventrículo izquierdo: un estudio de RMC
- 55 La perfusión cuantitativa por resonancia magnética cardiovascular: nueva herramienta para detectar la obstrucción microvascular
- 56 Predictores clínicos de la obstrucción microvascular tras un infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST
- 57 Detección incidental y cuantificación de calcio coronario en tomografía computarizada torácica de alta resolución
- 58 Implicaciones pronósticas y terapéuticas de la isquemia residual mediante resonancia magnética cardíaca de estrés en pacientes tras infarto agudo de miocardio
- 59 Asociación del tejido adiposo epicárdico con el tamaño del infarto y remodelado ventricular tras un IAMEST: estudio con resonancia magnética cardíaca
- 60 Impacto de la FEVI mediante resonancia magnética cardíaca para predecir el reingreso por insuficiencia cardíaca tras un IAMEST en ancianos y no ancianos
- 61 Impacto de la sospecha de endocarditis infecciosa en el laboratorio de ecocardiografía en un hospital terciario
- 62 Causas de variación en el área valvular aórtica determinada por ecocardiografía transtorácica
- 63 Caracterización clínica y estructural de una cohorte de pacientes con PVM atendidos en un centro terciario
- 64 Asociación entre el área de vena contracta y patrones de flujo venoso pulmonar en la insuficiencia mitral funcional: relevancia de las mediciones 3D
- 65 Uso de la reserva fraccional de flujo para guiar la revascularización arterial coronaria: revisión sistemática y metaanálisis de 78.897 pacientes
- 66 Uso de balón de corte en comparación con otros dispositivos en pacientes con enfermedad de vaso nativo. Metaanálisis de ensayos clínicos randomizados.
- 67 Los dispositivos contemporáneos de oclusión del apéndice auricular izquierdo percutáneo tienen los mismos resultados clínicos a largo plazo: un metaanálisis
- 68 Impacto clínico de la reserva fraccional de flujo con regadenosón como guía para la revascularización de lesiones angiográficamente moderadas.
- 69 Registro de las angioplastias a tronco coronario izquierdo realizadas en el Hospital La Fe en los últimos 4 años. Análisis retrospectivo.
- 70 Estrategia invasiva, conservadora o guiada por resonancia magnética de estrés para la revascularización de la arteria no culpable en infarto agudo de miocardio
- 71 Prevalencia de enfermedad coronaria en pacientes con estenosis aórtica severa que van a ser sometidos a implante de prótesis aórtica por vía percutánea:
- 72 Revascularización completa al ingreso versus al alta en pacientes con infarto de miocardio con elevación del ST y enfermedad multivaso. Ensayo REVIVA-ST
- 73 Comparación del tratamiento con doble antiagregación según la práctica clínica habitual vs el recomendado por score PRECISE-DAPT en pacientes con SCASEST.
- 74 Complicaciones relacionadas con el dispositivo de cierre vascular en intervenciones TAVI
- 75 Cambios precoces en el filtrado glomerular y riesgo de mortalidad en insuficiencia cardíaca aguda. El papel de la función renal al ingreso y la descongestión
- 76 Meta-análisis transcriptómico para entender los cambios en la composición de la matriz extracelular tras un infarto de miocardio
- 77 Caracterización de la matrix extracelular en el miocardio infartado con daño microvascular aislado de un modelo experimental: un estudio morfométrico
- 1E Papel de Enfermería en el Estudio de Microcirculación Coronaria
- 2E Fisioterapia en pacientes con insuficiencia cardíaca estable
- 3E Análisis descriptivo en pacientes con fibrilación auricular y cardiopatía isquémica que requieren triple terapia antitrombótica. Experiencia monocéntrica.
- 4E Validación de la aplicación 6wt para la monitorización del estadio funcional de los pacientes cardiológicos
- 5E Nivel de ocupación y edad de los pacientes ingresados en una unidad de hospitalización de cardiología
- 6E Contaminación acústica en una unidad de hospitalización de cardiología

AGRADECIMIENTO

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

LABORATORIOS FARMACEÚTICOS:

Colabora:



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 o 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 las propias salas donde se expone.
3. 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.
4. Reunión declarada de Interés Científico - Sanitario por la Conselleria de Sanidad
5. Actividad acreditada con 10,6 créditos por la Sociedad Española de Cardiología.



XL CONGRESO DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES CV SOCIEDAD VALENCIANA DE CARDIOLOGÍA

