

L A  
T I  
D O

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

# XLI CONGRESO DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES CV SOCIEDAD VALENCIANA DE CARDIOLOGÍA



24 A 26 DE ABRIL DE 2024

HOTEL SOROLLA PALACE - VALENCIA



ACTIVIDAD ACREDITADA  
SOCIEDAD ESPAÑOLA  
DE CARDIOLOGÍA  
Actividad acreditada  
con 11,66 créditos

SOCIEDAD  
ESPAÑOLA DE  
CARDIOLOGÍA

SOCIEDAD  
VALENCIANA DE  
CARDIOLOGÍA

GENERALITAT  
VALENCIANA  
Conselleria de Sanitat  
Universal i Salut Pública

Reconocimiento de Interés  
Científico Sanitario de la  
Conselleria de Sanitat



Publicación Oficial de la Sociedad  
Valenciana de Cardiología

Avenida de la Plata, 20 - 46013 Valencia

Editor:

ENRIQUE SANTAS OLMEDA



Volumen 20, número 1, 2024

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:

latido@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 GONZÁLEZ

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 y RRSS:

ALFONSO VALLE MUÑOZ

VICTOR GIRBES RUIZ

Presidente de INSVACOR:

LORENZO FACILA RUBIO

## RESPONSABLES DE LAS SECCIONES CIENTÍFICAS

### CARDIOLOGÍA CLÍNICA

Presidenta: Elena Castilla Cabanes

Secretaría: Nuria Vicente Ibarra

### CARDIOPATÍA ISQUÉMICA, ECG Y FISIOPATOLOGÍA DEL EJERCICIO

Presidenta: Clara Bonanad Lozano

Secretario: Sergio García Blas

### PREVENTIVA Y OTROS FACTORES DE RIESGO

Presidenta Cristina Cambra Poveda

y Angela Fernández Costa

### IMAGEN CARDIACA

Presidenta: Marina Martínez Moreno

Secretaria: Jéssica Sánchez Quiñones

### HEMODINÁMICA Y CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA

Presidenta: Eva Rumiz González

Secretario: Ernesto Valero Picher

### ESTIMULACIÓN CARDIACA Y ARRITMIAS

Presidente: Santiago Heras Herreros

Secretaria: Claudia Cabades Rumbau

### ENFERMERÍA CARDIOLÓGICA

Presidente: Rafael Calvo Vidal

Secretaria: Rosa María Revert Gandía

# Sumario



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



# Comité de Honor, Organizador y Científico

## COMITÉ DE HONOR:

*D<sup>a</sup> Francisco José Ponce Lorenzo*

Secretario Autonómico de Sanidad.  
Conselleria de Sanitat.

## COMITÉ ORGANIZADOR:

PRESIDENTA: *RAQUEL LÓPEZ VILELLA*

VOCALES: *Enrique Santas*

*Lorenzo Fácila*

*Rafael de la Espriella*

*Eloy Dominguez*

*Julia Seller*

*Ruth Sanchez*

*Victor Girbés*

*Julio Núñez*

*Alfonso Valle*

*Vicente Bertomeu*

*Vicente Arrarte Miriam Sandin*

## COMITÉ CIENTÍFICO

*Elena Castilla Cabanes*

*Nuria Vicente Ibarra*

*Sergio García Blas*

*Clara Bonanad Lozano*

*Marina Martinez Moreno*

*Jessica Sanchez Quiñones*

*Agustín Fernández Cisnal*

*Luis Martínez Ortiz de Urbina*

*Rafael Calvo Vidal*

*Cristina Cambra Poveda*

*Angela Fernández Costa*

*Santiago Heras Herrero*

*Claudia Cabades Rumbeu*

# Presentación

## Raquel López Vilella

### Presidenta del Comité Organizador

Estimados socios, colegas y amigos,

En nombre de la **Junta de la Sociedad Valenciana de Cardiología**, tengo el placer de invitaros a participar en el **XLI Congreso de las Enfermedades Cardiovasculares de la Sociedad Valenciana de Cardiología**, que tendrá lugar del 24 al 26 de abril de 2024 en Valencia.

El Congreso de las Enfermedades Cardiovasculares de la Sociedad Valenciana de Cardiología es mucho más que una reunión académica; es una oportunidad invaluable para aprender, colaborar y compartir conocimientos con colegas a nivel de la Comunidad Valenciana y también nacional. El programa científico ha sido diseñado con mucho cariño para ofrecer una amplia gama de temas relevantes y de vanguardia, presentados por líderes en sus respectivos campos, y para integrar la participación de cardiólogos, médicos de Atención Primaria, de otras especialidades (Nefrología, Endocrinología, etc.), médicos residentes y Enfermería. Desde sesiones plenarias hasta talleres, habrá temas interesantes para todos los asistentes, independientemente de su área de interés o especialización.

Además del aspecto académico, el Congreso también ofrece una oportunidad única para establecer contactos y fortalecer relaciones profesionales. Las discusiones informales durante los descansos y las actividades sociales son igualmente importantes para el desarrollo profesional y personal de cada uno de nosotros. Estamos comprometidos a brindar un espacio donde la innovación, el intercambio de conocimientos y la colaboración entre expertos sean los pilares fundamentales.

Tras el éxito del Congreso de 2023 en Castellón, la Sociedad Valenciana continúa realizando un esfuerzo por continuar evolucionando cada año y por ofrecer el mejor entorno de ciencia, investigación y diversión. Me gustaría agradecer todo este esfuerzo a los ponentes, moderadores, compañeros que participan con gran nivel en la investigación mediante el envío de comunicaciones, a las entidades patrocinadoras y, especialmente, a la Secretaría Técnica, porque sin su soporte constante este Congreso no sería posible.

*“Si quieres ir rápido, ve solo. Si quieres llegar lejos, ve acompañado” (proverbio africano). Llegaremos lejos juntos, ¡nos vemos en Valencia!*

Un fuerte abrazo.

Raquel López Vilella  
Presidenta del Comité Organizador



MIÉRCOLES 24/04	SALA A	SALA B	SALA C	SALA D
16:30 a 17:30	Comunicaciones Orales			
17:45 a 19:00	Cardiología deportiva. Soluciones a problemas habituales en nuestra práctica clínica			
19:00 a 19:30	Fundación Española del Corazón y Sociedad Valenciana de Cardiología			
17:30 a 20:00		Taller para Atención Primaria. Taller de ECG	Taller para Atención Primaria. Taller de riesgo CV	

JUEVES 25/04	SALA A	SALA B	SALA C	SALA D
8:30 a 9:30	Comunicaciones Orales			
9:30 a 10:45	Imagen. El reto de la polivalvulopatía			
10:45 a 11:15	Acto Inaugural			
11:15 a 11:30	Pausa Café			
11:30 a 12:45	Síndrome cardiorrenometabólico			
12:45 a 14:00	Cierre percutáneo de orejuela izquierda			
14:15 a 16:30				
16:30 a 17:30	Tratamiento y prevención de la miocardiopatía inducida por los trastornos del ritmo	Enfermería	Taller hemodinámica. Interpretación de imágenes en práctica clínica diaria: IVUS y OCT	
17:30 a 18:30	Dislipemia e hipertrigliceridemia fuera de objetivos en práctica clínica habitual			
18:30 a 19:00	Pausa café			
19:00 a 20:00	Abordaje y prevención de riesgos de la fibrilación auricular en insuficiencia cardiaca			

VIERNES 26/04	SALA A	SALA B	SALA C	SALA D
9:00 – 10:15	Riesgo residual en práctica clínica	Enfermería		
10:15 – 11:30	Perspectivas actuales en el manejo del shock cardiogénico y cuidados agudos en cardiología			
11:30 a 12:00	Pausa Café			
12:00 a 12:45	Asamblea General	Enfermería		
12:45 a 14:00	Miocardiopatías			
14:00 a 16:30				
16:30 a 17:45	Abordando comorbilidades y desmontando mitos en IC			
17:45 a 19:00	Implementación de la imagen intracoronaria en práctica diaria			
19:00 a 19:30	Reuniones administrativas de las secciones			
18:15 a 19:15	Abordaje integral en prevención secundaria			
21:00	Cena del Congreso – Nou Racó. El Palmar			

# Programa Científico

Actividad acreditada por el Comité de Acreditación de la Sociedad Española de Cardiología con 13 créditos.

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

Miércoles 24 de Abril 2024

16:15	<b>Café Bienvenida.</b>
16:30 - 17:30	<b>Comunicaciones orales en Salas</b>
	<b>SALA A · CARDIOPATÍA ISQUÉMICA, FISIOPATOLOGÍA Y ECG DEL EJERCICIO (1-7)</b>
	Moderadores: <i>Maria Dolores Doménech Tort</i> . Hospital de Sagunto. <i>Sergio Sánchez Álvarez</i> . Hospital de Manises
16:30	<p><b>1. Localización de isquemia residual tras IAMCEST por resonancia magnética cardiaca de estrés y asociación con la arteria no responsable</b> <i>Iraola Viana, D; Marcos Garcés, V; Merenciano González, H; Gavara, J; Monmeneu, JV; López Lereu, MP; Pérez, N; Ríos Navarro, C; Sanchis Forés, J; Bodí, V.</i> Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario de Valencia.</p>
16:35	<p><b>2. Eficacia de diferentes modalidades de entrenamiento físico en un programa de rehabilitación cardiaca postinfarto</b> <i>Marcos-Garcés, V; Merenciano-González, H; Martínez Mas, ML; Climent Alberola, JI; López Bueno, L; Esteban Argente, MC; Valls Reig, M; Payá Rubio, A; Sanchis Forés, J; Bodí, V.</i> Servicio de Cardiología y Servicio de Rehabilitación, Hospital Clínico Universitario de Valencia,</p>
16:40	<p><b>3. Utilidad de la escala de riesgo ValAMI-P en el pronóstico a largo plazo en pacientes tras un infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST.</b> <i>Héctor Merenciano González; Víctor Marcos Garcés; Carlos Bertolín Boronat; Nerea Perez; Jose Gavara; César Ríos Navarro; Elena De Dios; Tamara Molina-García; Juan Sanchis; Vicente Bodí;</i> Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia.</p>
16:45	<p><b>4. Experiencia en vida real con ácido bempedoico en pacientes con cardiopatía isquémica tras el alta hospitalaria.</b> <i>Valverde Tavira, A; Montagud Balaguer, V; Facila Rubio, L; Melero Ferrer, J; Ridocci Soriano, F; Abdala Lizarraga, J; Harvat Shchesniy, M; Gómez-Elegido Tenes, L; Serrano Pastor, I; Payá Serrano, R; Héctor Merenciano González; Víctor Marcos Garcés; Carlos Bertolín Boronat; Nerea Perez; Jose Gavara; César Ríos Navarro; Elena De Dios; Tamara Molina-García; Juan Sanchis; Vicente Bodí.</i> Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia.</p>



- 16:50 **5. Evaluación funcional invasiva de la fisiología coronaria en pacientes con angina sin lesiones coronarias obstructivas. Análisis descriptivo unicéntrico.**  
*Segarra Vidal, I; Melero Lloret, J; Pernias Escrig, V; Tejada Ponce, D; Trejo Velasco, B; Ventura Pérez, B; Giménez García, L; de la Cruz Cereceda, S; Soriano Borja, R; Bellver Navarro, A;*  
Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario de Castellón.
- 16:50 **6. Estratificación del riesgo de desarrollo de trombo ventricular izquierdo tras un episodio de IAMCEST basado en un modelo multivariable antes del alta**  
*Carlos Bertolín-Boronat; Victor Marcos-Garcés; Hector Merenciano-González; Nerea Perez; Jose Gavara; Maria . Lopez-Lereu; Jose V. Monmeneu; Cesar Rios-Navarro; Elena de Dios; Vicente Bodí.*  
Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario de Valencia
- 17:00 **7. ¿Cómo efectuamos el control lipídico en pacientes ambulatorios con síndrome coronario crónico?**  
*García Martín, G; Queipo Rodríguez, A; Rodríguez Gutiérrez, C; Gomon Dobrochynska, T; Hidalgo Mateos, A; Gramage Sanchis, P; Geraldo Martínez, J; Gil Llopis, C; Contreras Tornero, MB; Valls Serral, A.*  
Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia

## SALA B · CARDIOLOGÍA CLÍNICA (8-16)

Moderadores: *Maria José Bosch Campos.* Hospital Francesc de Borja, Gandía.  
*Josep Melero Ferrer.* Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

- 16:30 **8. La fragilidad como factor pronóstico en pacientes ancianos con cardiopatía isquémica crónica estable: un estudio observacional prospectivo**  
*Del Río López, M.; Rodríguez Santiago, F.M.; Benavent García, C.; García Suárez, A.; Lledó Ortiz, C.; Izquierdo Hernández, A.; Castilla Cabanes, E.; Morillas Blasco, P.*  
Servicio de Cardiología del Hospital General Universitario de Elche
- 16:35 **9. Sobrecarga de volumen intersticial y riesgo de eventos clínicos en pacientes ambulatorios con insuficiencia cardíaca.**  
*Montiel Pérez, J; Peiró, P; Lucas, A; Lorenzo, M; Gasull, A; de la Espriella, R; Civera, J; Mollar, A; Santas, E; Núñez, J.*  
Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia.
- 16:40 **10. Volúmenes del ventrículo izquierdo y capacidad funcional.**  
*De la Espriella, R; Palau, P; Miñana, G; Domínguez, E; Bertomeu-González, V; Bodí, V; Sanchis, J; Bayés-Genís, A; Núñez, J.*  
Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia
- 16:45 **11. Características clínicas del paciente hospitalizado anticoagulado por fibrilación auricular no valvular en servicios de cardiología de España: registro carisma**  
*Valverde Tavira, A; Fácila Rubio, L; Cordero Fort, A; Rodríguez Mañero, M; Harvat Shchesniy, M; Carrión Cavero, A; Cardona Mulet, S; Gómez-Elegido Tenes, L; Serrano Pastor, I; Payá Serrano, R.*  
Servicio de Cardiología, Hospital General de Valencia,
- 16:50 **12. Papel de los biomarcadores en el trasplante cardiaco y su importancia como identificadores de mala evolución**  
*Martínez Solé, J; López Vilella, R; Huéllamo Montoro, S; Donoso Trenado, V; Zarragoikoetxea Jauregui, I; Carmona García, P; Pérez Guillén, M; Domínguez Massa, C; Martínez Dolz, L; Almenar Bonet, L.*  
Servicio de Cardiología, Hospital Universitari i Politècnic La Fe
- 16:55 **13. CA125 y NT-proBNP para la predicción de la capacidad aeróbica máxima en pacientes con IC con fracción de eyección preservada y disfunción renal.**  
*Gonzalo Núñez Marín; Patricia Palau; Rafael de la Espriella; Enrique Santas; Gema Miñana; Miguel Lorenzo; Jorge Montiel; Andrea Gasull; Juan Sanchis; Julio Núñez;*  
Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia,

- 17:00 **14. Biomarcadores urinarios de estrés tubular y eficiencia diurética en insuficiencia cardíaca aguda.**  
*Gonzalo Núñez Marín; Rafael de la Espriella; Patricia Palau; Enrique Santas; Gema Miñana; Miguel Lorenzo; Andrea Gasull; Jorge Montiel; Juan Sanchis; Julio Núñez.*  
Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia.
- 17:05 **15. Efecto pronóstico del uso combinado de tiazidas y diuréticos de asa al alta tras una hospitalización por insuficiencia cardíaca aguda.**  
*Gasull Sandoval, A; Montiel Pérez, J; Lorenzo Hernández, M; Núñez Marín, G; Valero, E; Bodí, V; Miro, O; Bayés Genios, A; Sanchis Fores, J; Núñez, J.*  
Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia
- 17:10 **16. Caracterización clínica de los pacientes ingresados por descompensación cardíaca. Análisis de supervivencia.**  
*Borja Guerrero Cervera; Julia Martínez Sole; Raquel López Vilella; Víctor Donoso Trenado; Luis Martínez Dolz; Luis Almenar Bonet.*  
Servicio de Cardiología del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia

## SALA C · CARDIOLOGÍA CLÍNICA (17-25)

Moderadores: *José Manuel Simón Machí.* Hospital Lluís Alcanýs, Xàtiva.  
*Pilar Merlos Diaz.* Hospital Francesc de Borja, Gandia.

- 16:30 **17. Riesgo de endocarditis infecciosa tras implante de válvula pulmonar en pacientes con cardiopatías congénitas.**  
*Borja Guerrero Cervera; Zoser Saura Carretero; Francisco Buendía; Diana Domingo Valero; Miguel Ángel Arnau; Jose Carlos Sánchez Martínez; Luis María Andrés Lalaguna; Jose Luis Díez Gil; Luis Martínez Dolz; Joaquín Rueda Soriano;*  
Servicio de Cardiología del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia
- 16:35 **18. Impacto pronóstico de las alteraciones del potasio sérico en pacientes en tratamiento con diálisis peritoneal.**  
*Bompart Berroteran, D; González Rico, M; Muñoz-Álfonso, C; Barreres-Martín, G; ArroyoÁlvarez, A; Esteva Claramunt, F; Blanco del Burgo, R; Montomoli, M; Gorriz, J; Bonanad, C.*  
Cardiología y Nefrología, INCLIVA, Valencia
- 16:40 **19. Motivos para la no anticoagulación de pacientes con diagnóstico de fibrilación auricular no valvular.**  
*Carrillo Alemán, L; De Lara Delgado, G; Cambra Poveda, C; Villamía Mora, B; Yepez Naranjo, F; Palacio Solis, M; Leon Alloca, R; Solano Hernández, C; Sánchez Fernández, MJ. Centurion Inda, R.*  
Hospital Universitario de Torrevieja.
- 16:45 **20. Seguridad en vida real de vericiguat en pacientes con insuficiencia cardíaca en una unidad especializada de cardiología**  
*Carrillo Alemán, L; De Lara Delgado, G; Solano Hernández, C; Cambra Poveda, C; Villamía Mora, B; Palacio Solis, M; Yepez Naranjo, F; Cano, S; Sánchez Fernandez, MJ; Centurion Inda, R.*  
Hospital Universitario de Torrevieja
- 16:50 **21. Seguridad del uso de vericiguat en pacientes mayores de 75 años con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección deprimida en vida real.**  
*Carrillo Alemán, L; De Lara Delgado, G; Solano Hernandez, C; Cano, S; Cambra Poveda, C; Villamía Mora, B; Sánchez Fernández, MJ; Yepez Naranjo, F; León Alloca, R; Centurion Inda, R.*  
Cardiología, Hospital Universitario de Torrevieja
- 16:55 **22. Endocarditis infecciosa por T. whipplei.**  
*Soriano Alfonso, V; Murillo Varona, G; Robles Pérez, E; Domingo Valero, D; Arnau Vives, MA; Martínez Dolz, L.*  
Cardiología, Hospital Universitari i Politènic La Fe; Valencia



- 17:00 **23. Capacidad física y parámetros ecocardiográficos en pacientes adultos con D-TGA y corrección anatómica.**  
*Borja Guerrero Cervera; Francisco Buendia Fuentes; María Rodríguez Serrano; Ana Osa Sáez; María Calvo Asensio; Valero Vicente Soriano Alfonso; Jose Carlos Sánchez Martínez; Julia Martínez Sole; Luis Martínez Dolz;*  
Servicio de Cardiología del Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia
- 17:05 **24. Determinación puntual de sodio urinario en pacientes ambulatorios con insuficiencia cardiaca.**  
*Lorenzo, M; Valls, N; Nuñez, G; Montiel, J; Gasull, A; de la Espriella, R; Miñana, G; Núñez, E; Sanchis, J;* Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario, Valencia.
- 17:10 **25. Perfil de riesgo y supervivencia de los pacientes con hipertensión arterial pulmonar asociada a cortocircuitos pretricuspidéos.**  
*Calvo Asensio, M; Buendía Fuentes, F; Arnau Vives, MA; Andrés Lalaguna, L; Martínez Dolz, L; Rueda Soriano, J.* Hospital Universitari i Politènic La Fe

## SALA D · ELECTROCARDIOGRAFÍA, ARRITMIAS Y MARCAPASOS (26-33)

Moderadores: *Juan Miguel Sánchez Gómez.* Hospital Clínico Universitario de Valencia.  
*Josep Navarro Manchón.* Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia

- 16:30 **26. Evaluación del intervalo de tiempo entre la detección de fibrilación auricular y su tratamiento en pacientes portadores de Holter insertable.**  
*Lucía De la Hoz Marañón; Vicente Ignacio Arrarte Esteban; Isabel María Lillo Ródenas; Juan Gabriel Martínez Martínez; José Manuel Mateo Soler; Inés Lledó Mateo.*  
Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario Dr. Balmis de Alicante
- 16:35 **27. Predictores de incompetencia cronotrópica en un programa de rehabilitación cardiaca postinfarto.**  
*Marcos-Garcés, V; Merenciano-González, H; Martínez Mas, ML; Climent Alberola, JI; López Bueno, L; Esteban Argente, MC; Valls Reig, M; Payá Rubio, A; Sanchis Forés, J; Bodí, V;*  
Servicio de Cardiología y Servicio de Rehabilitación, Hospital Clínico Universitario de Valencia.
- 16:40 **28. Análisis de eficacia aguda y seguridad de ablación con zero escopia en vías accesorias derecha mediante sistema de navegación electroanatómica.**  
*Salvador Escandell Oria; Silvia De La Cruz Cereceda; Víctor Pérez Roselló; Francisco Ribes Tur; Ana Roca Junco; Enric Marco Beltrán; Antonio Martinez Fuertes; David López Cerdá; Alejandro Bellver Navarro; Clara Gunturiz Beltrán;*  
Cardiología-Electrofisiología, Hospital General Universitario Castellón.
- 16:45 **29. Factibilidad de la ablación con zero escopia de vías accesorias derechas mediante sistema de navegación electroanatómica**  
*Álvaro Martorell Cano; Laura Giménez García; Francisco Ribes Tur; Víctor Pérez Roselló; Noelia Aymimir Pérez; David López Cerdá; Antonio Martinez Fuertes; Alejandro Bellver Navarro; Clara Gunturiz Beltrán;*  
Cardiología-Electrofisiología, Hospital General Universitario Castellón.
- 16:50 **30. Seguimiento a largo plazo de pacientes con cardiopatía congénica y etsimulación del sistema de conducción**  
*Calvo Asensio, M; Navarrete Navarro, J; Guerrero Cervera, B; Jover Pastor, P; Navarro Manchón, J; Izquierdo De Francisco, M; Osca Asensi, J; Rueda Soriano, J; Martínez Dolz, L; Cano Pérez, O;*  
Hospital Universitari i Politènic La Fe
- 16:55 **31. Seguridad del estudio electrofisiológico en la estratificación de riesgo de BAV en pacientes con BCRIHH de novo post-TAVI**  
*Diego Iraola Viana; Juan Miguel Sánchez Gómez; Laura de las Heras Pellicer; Sergio García Blás; Ana Gabaldón Pérez; Ángel Martínez Brotons; Lourdes Bondanza Saavedra; Eloy Domínguez Mafé; Juan Sanchís Forés; Ángel Ferrero De Loma-Osorio;*  
Servicio de Cardiología del Hospital Clínico Universitario de Valencia

17:00	<p><b>32. Impacto del control de ritmo en los episodios de fibrilación auricular atendidos en urgencias.</b>  <i>Quesada Ocete, J; Villanueva Martínez de la Pera, D; Quesada Ocete, B; Rubini Puig, R; Jiménez Bello, J; Carrión Cavero, A; Cardona Mulet, S; Palanca Gil, V; Payá Serrano, R; Quesada Dorador, A;</i>                  Cardiología, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia</p>
17:05	<p><b>33. Terapia de resincronización optimizada de la rama izquierda vs estimulación del área de rama izquierda: estrechamiento del QRS y repercusión electrocardiográfica.</b>  <i>Arveras Martínez, C; Ribes Tur, F; Trejo Velasco, B; Gunturiz Beltrán, C; Pérez Roselló, V; Giménez García, L; De la Cruz Cereceda, S; Soriano Borja, R; Segarra Vidal, I; Bellver Navarro, A.</i>                  Hospital General Universitario de Castelló.</p>
17:00 - 19:30	<p><b>Talleres para Atención Primaria - SALAS B y C.</b></p>
	<p><i>Patrocinados por: Organon.</i></p> <p><b>Taller de electrocardiograma.</b>                  Encargado del taller: <b>Eloy Domínguez.</b> Hospital Clínico Universitario de Valencia.</p> <p><b>Taller de riesgo cardiovascular.</b>                  Encargado del taller: <b>Enrique Santas.</b> Hospital Clínico Universitario de Valencia.  <b>M<sup>a</sup> Isabel Gabaldón.</b> Centro Salud Salvador Pau.  <b>Angela Manzano.</b> Centro Salud San Vicente de Alicante.</p>
17:45 - 19:00	<p><b>Mesa: Cardiología deportiva. Soluciones a problemas habituales en nuestra práctica clínica - SALA A.</b></p>
	<p><i>Moderador: Fernando de la Guía</i> Policlínica Glorieta Dénia. Hospital HCB Benidorm, Alicante.</p> <p><i>Ponencias:</i></p> <p><b>Miocarditis en el deportista, ¿es la cardiorresonancia tan necesaria en la aptitud deportiva?</b>  <b>Alicia M.<sup>a</sup>Maceira.</b> ASCIRES Grupo Biomédico, Valencia.</p> <p><b>Taller de casos prácticos en cardiología deportiva. Solucionando dificultades diarias.</b>  <b>Dra. Silvia Ventura Haro.</b> Hospital Universitario General de Castellón y  <b>M<sup>a</sup> Dolores Masiá.</b> Hospital Universitario de San Juan, Alicante, y                  Cardiología Deportiva HLA Clínica Vistahermosa, Alicante.</p>
19:00 - 19:30	<p><b>Fundación Española del Corazón - SALA A.</b></p>
	<p><b>Andrés Íñiguez.</b> Presidente de la Fundación Española del Corazón.                  Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.</p> <p><i>Moderadores:</i> <b>Julio Nuñez.</b> Presidente de la SVC y  <b>Vicente Arrarte Esteban.</b> Presidente electo de la SVC.</p>
20:00	<p><b>Entrenamiento funcional.</b></p>



## Jueves 25 de Abril 2024

**08:30 - 09:30****Comunicaciones orales en Salas****SALA A · CARDIOLOGIA CLÍNICA (34-42)**

Moderadores: *Juan José Jiménez Aguilera*. Hospital Universitario de La Plana  
*Nuria Vicente Ibarra*. Hospital General Universitario de Elche

- 08:30 **34. Análisis de las complicaciones en pacientes con ECMO como puente a trasplante desde el inicio de la técnica (2007-2023).**  
*Borja Guerrero Cervera; Raquel López Vilella; Víctor Donoso Trenado; Salvador Torregrosa; Luis Martínez Dolz; Juan Martínez León; Luis Almenar Bonet.*  
Servicio de Cardiología del Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia
- 08:35 **35. Comparación de respuesta clínica de biomarcadores por sexo de vericigat en pacientes con FEVI reducida y descompensación reciente en vida real.**  
*De Lara Delgado G; Carrillo Alemán, L; Solano Hernandez, C; Cambra Poveda, C; Villamía Mora, B; Palacio Solis, M; Yepez Naranjo, F; León Alloca, R; Fernández Sánchez, MJ; Centurion Inda, R.*  
Cardiología, Hospital Universitario de Torrevieja.
- 08:40 **36. Valor pronóstico del PET-TAC en la endocarditis infecciosa**  
*Rad García, G; Robles Pérez, E; Gil Molina, M; Soriano Alfonso, V; Fernández Ortiz, N; Huélamo Montoro, S; Llau García, J; Domingo Valero, D; Arnau Vives, MA; Martínez Dolz, L.*  
Cardiología, Hospital Politécnico la Fé, Valencia
- 08:45 **37. Valoración evolutiva de fracción de eyección del ventrículo izquierdo en pacientes bajo tratamiento con vericigat**  
*De Lara Delgado, G; Carrillo Alemán, L; Solano Hernández, C; Cano Alvarez, S; Cambra Poveda, C; Villamía Mora, B; Yepez Naranjo, F; León Alloca, R; Palacio Solis, M; Centurion Inda, R;*  
Cardiología, Hospital Universitario de Torrevieja
- 08:50 **38. Perspectivas actuales de la ultrafiltración en el síndrome cardiorrenal: un análisis de eficacia y seguridad.**  
*Borja Guerrero Cervera; Raquel López Vilella; Víctor Donoso Trenado; Ignacio Sánchez Lázaro; Amparo Soldevila Orient; María Peris Fernández; Pilar Sánchez Pérez; Luis Martínez Dolz; Luis Almenar Bonet.*  
Servicio de Cardiología del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia
- 08:55 **39. Diferencias por sexo en la trayectoria longitudinal de la fracción de eyección ventricular izquierda tras una hospitalización por insuficiencia cardíaca aguda.**  
*Gasull Sandoval A; Santas Olmeda E; Núñez E; De la Espriella Juan R; Palau Sampio P; Villar Conejos S; Lorenzo Hernandez M; Núñez Marin G; Sanchis Forés J; Núñez Villota J.*  
Hospital Clínico Universitario de Valencia
- 09:00 **40. Experiencia de una unidad multidisciplinar de endocarditis infecciosa en un hospital terciario.**  
*Carrion Cavero, A; Melero Ferrer, J; Cardona Mulet, S; Payá Chaume, A; Ferrando Beltrán, M; Pirola, Alessandro; Cubillos Arango, A; Pérez Bosca, JL; Ridocci Soriano, F; Payá Serrano, R.*  
Servicio de Cardiología del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia
- 09:05 **41. Análisis del uso de levosimendán en una unidad de cuidados intensivos cardiológicos.**  
*Carrion Cavero, A; Melero Ferrer, J; Cardona Mulet, S; Payá Chaume, A; Ferrando Beltrán, M; Pirola, Alessandro; Cubillos Arango, A; Pérez Bosca, JL; Ridocci Soriano, F; Payá Serrano, R.*  
Servicio de Cardiología del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia
- 09:10 **42. Proteína C-reactiva de alta sensibilidad y pronóstico en pacientes con insuficiencia cardíaca aguda**  
*Santas, E; Villar, S; Palau, P; Llàcer, P; De la Espriella, R; Miñana, G; Lorenzo, M; Nuñez-Marin, G; Sanchis, J; Nuñez, J.* *Cardiología,*  
Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia

**SALA C · ECOCARDIOGRAFIA Y OTRAS TÉCNICAS DE IMAGEN.  
EPIDEMIOLOGIA E HIPERTENSION ARTERIAL.  
EXPERIMENTAL (43-52)**

Moderadores: *Anastasio Quesada Carmona*. Hospital de Sagunto.

*Margarita Gudín Uriel* Hospital Universitario de La Ribera, Alzira

- 08:30 **43. Gradación de la severidad de la insuficiencia mitral basado en el análisis de la intensidad de la señal de Doppler continuo**  
*Calvo Asensio, M; Guerrero Cervera, B; Lozano Edo, S; Rodríguez Serrano, M; Buendía Fuentes, F; Osa Sáez, A; Martínez Dolz, L; Agüero Ramón-Llin, J;*  
Hospital Universitari i Politècnic La Fe
- 08:35 **44. Mejoría de parámetros sistólicos ecocardiográficos tras la reposición de hierro en pacientes con insuficiencia cardiaca con fracción de eyección deprimida.**  
*Benavent García, C; García Suárez, A; Romero Valero, A; Del Río López, M; Lledó Ortiz, C; Izquierdo Hernández, A; Vicente Ibarra, N; Martínez Moreno, M; Santos Martínez, S; Morillas Blasco, P.*  
Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Elche, Elche
- 08:40 **45. Correlación entre el ratio de ITVs y el área valvular para determinar la severidad de la estenosis aórtica.**  
*Enrique Robles Pérez; Marta Gil Molina; Guillermo Rad García; Guillem Murillo Varona; José Carlos Sánchez Martínez; Jaime Agüero Ramón-Llin; Ana Osa Sáez; Diana Domingo Valero; Miguel Ángel Arnau Vives; Luis Vicente Martínez Dolz.*  
Cardiología, Hospital Politècnic la Fé, Valencia
- 08:45 **46. Dificultad en la cuantificación de la severidad de la estenosis aórtica.**  
*Gil Molina, M; Rad García, G; Robles Pérez, E; Murillo Varona, G; Fonfría Esparcia, C; Agüero Ramón-Llin, J; Osa Sáez, A; Domingo Valero, D; Arnau Vives, MA; Martínez Dolz, L.*  
Cardiología, Hospital Politècnic la Fé, Valencia
- 08:50 **47. Asociación entre la reducción precoz de colesterol LDL durante la hospitalización por infarto agudo de miocardio y la terapia hipolipemiente al alta.**  
*Héctor Merenciano González; Víctor Marcos Garcés; María Luz Martínez Mas; Josefa Inés Climent Alberola; Nerea Perez; María Valls Reig; Ana Arizón Benito; Alfonso Payá Rubio; Juan Sanchis; Vicente Bodi.*  
Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia
- 08:55 **48. Utilidad pronóstica de la cuantificación del calcio coronario detectado incidentalmente en tomografía computerizada torácica. Registro ICARUS**  
*Aulet Manuel, S; Mínguez Diaz de Alda, S; Marcos Garcés, V; Merenciano González, H; Villa Sánchez, C; Pérez Pelegrí, M; Bertolín Boronat, C; Sanchís, J; Moratal, D; Bodí, V;*  
**Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia**
- 09:00 **49. Incidencia y predictores de diabetes tipo 2 en pacientes con hipertensión arterial**  
*Gonzalo Segovia Portolés, R; Montalar Mendoza Z; Santos Olmeda, E; Pascual Izuel, JM; Rodilla Sala, E.*  
Servicio de Medicina Interna. Hospital de Sagunto
- 09:05 **50. Proteína C-reactiva y riesgo de diabetes de nueva aparición y eventos cardiovascular en pacientes con hipertensión arterial.**  
*Segovia Portolés, R; Montalar Mendoza, Z; Santos Olmeda, E; Pascual Izuel, JM; Rodilla Sala, E.*  
Servicio de Medicina Interna. Hospital de Sagunto
- 09:10 **51. Participación de nuevo colágenos fibrilares y no fibrilares en la cicatriz fibrótica tras un infarto agudo de miocardio.**  
*Tamara Molina-García; María Ortega; César Ríos-Navarro; María Mar Fabrega-García; Jose Gavara; Elena de Dios; Nerea Perez-Solé; Victor Marcos-Garcés; Vicente Bodí; Amparo Ruiz-Saurí;*  
Instituto de Investigación INCLIVA

09:15

**52. Meta-análisis de datos de RNAseq para un mejor entendimiento del papel de las células endoteliales tras un infarto agudo de miocardio.**

*César Ríos-Navarro; María Ortega; Tamara Molina-García; Marta Arnal-Forné; Elena de Dios; Nerea Perez-Solé; Victor Marcos-Garcés; Jose Gavara; Amparo Ruiz-Saurí; Vicente Bodí;*  
Instituto de Investigación INCLIVA

**SALA D · HEMODINÁMICA (53-61)**

Moderadores: *Vicente Pernias Escrig.* Hospital General Universitario de Castellón  
*Jorge Sanz Sánchez.* Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

08:30

**53. Doble antiagregación prolongada en un programa de rehabilitación cardiaca en fase 3 extendida tras un infarto agudo de miocardio.**

*Aulet Manuel, S; Marcos Garcés, V; Merenciano González, H; Martínez Mas, M; Climent Alberola, J; Valls Reig, M; Arizón Benito, A; Payá Rubio, A; Sanchís Forés, J; Bodí, V.*  
Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia

08:35

**54. Utilización selectiva de sistema de protección de carótidas en pacientes TAVI con alto riesgo de ictus.**

*Yago Riquelme, C; Herrero Brocal, M; Martínez López, D; Fuertes Kenneally, L; García Barrios, AM; López-Menchero Ortiz de Salazar, C; Lloret Rubio, A; De la Hoz Marañón, L; Mateo Soler, JM; Ruiz Nodar, JM.*  
Cardiología del Hospital General Universitario Doctor Balmis de Alicante.

08:40

**55. Un año tras la instauración del código INFARTO en un área de referencia: prevalencia de las “falsas activaciones”.**

*Del Río López, M.; Benavent García, C.; García Suárez, A.; Lledó Ortiz, C.; Gómez Martínez, MJ.; Leiva Gordillo, M.; García Belenguer, R.; Tejedor Viñuela, P.; Santos Martínez, S.; Morillas Blasco, P.*  
Cardiología del Hospital General Universitario de Elche

08:45

**56. Impacto de un test invasivo de función coronaria sobre el riesgo de eventos recurrentes en pacientes con angina y enfermedad arterial coronaria no obstructiva.**

*Carrion Cavero, A; Vidal Urrutia, V; Llopis Gisbert, G; Fernández Fernández, C; Cubillos Arango, A; Solano López, J; Berenguer Jofresa, A; Rùmiz González, E; Payá Serrano, R.*  
Servicio de Cardiología del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

08:50

**57. Alta mejoría sintomática del paciente frágil tras implante de TAVI**

*Martínez López, D; Herrero-Brocal, M; Yago Riquelme, C; Fuertes Kenneally, L; García Barrios, A; López-Menchero Ortiz de Salazar, C; Lloret Rubio, A; Mateo Soler, JM; De la Hoz Marañón, L; Ruíz Nodar, JM.*  
Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario Dr. Balmis de Alicante

08:55

**58. Impacto del sobrepeso y la obesidad en las complicaciones y la morbimortalidad tras implante de TAVI.**

*Martínez López, D; Herrero-Brocal, M; Yago Riquelme, C; Fuertes Kenneally, L; García Barrios, A; López-Menchero Ortiz de Salazar, C; Lloret Rubio, A; Mateo Soler, JM; De la Hoz Marañón, L; Ruíz Nodar, JM;*  
Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario Dr. Balmis de Alicante

09:00

**59. Impacto negativo del bajo peso corporal en las complicaciones tras el implante de TAVI.**

*Martínez López, D; Herrero-Brocal, M; Yago Riquelme, C; Fuertes Kenneally, L; García Barrios, A; López-Menchero Ortiz de Salazar, C; Lloret Rubio, A; Mateo Soler, JM; De la Hoz Marañón, L; Ruíz Nodar, JM.*  
Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario Dr. Balmis de Alicante

09:05

**60. Dinámica y pronóstico de la angina persistente en el síndrome coronario crónico con evidencia de isquemia clínica, angiográfica y mediante RMC de estrés.**

*Merenciano González, H; Pérez, N; De Dios, E; Monmeneu, JV; López Lereu, MP; Gavara J; Ríos Navarro, C; Marcos Garcés, V; Sanchis, J; Bodí, V.*  
Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia

09:10	<p><b>61. Análisis y evolución del tratamiento percutáneo de la enfermedad significativa del tronco coronario izquierdo en un centro sin cirugía cardíaca.</b>  <i>Laura Giménez García; Joana Melero Lloret; Vicente Pernias Escrig; Bruno Ventura Pérez; Blanca Trejo Velasco; David Tejada Ponce; Ignasi Segarra Vidal; Silvia De la Cruz Cereceda; Carmen Arveras Martínez; Alejandro Bellver Navarro.</i>                  Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario de Castellón. Castellón de la Plana</p>
9:30 - 10:45	<p><b>Mesa: Imagen. El reto de la polivalvulopatía - SALA A.</b></p>
	<p><i>Moderadoras:</i> <b>Marina Martínez.</b> Hospital General Universitario de Elche</p> <p><b>Jessica Sánchez.</b> Hospital General Universitario. Dr. Balmis de Alicante.</p> <p><i>Ponencias:</i></p> <p><b>Estenosis aórtica e insuficiencia mitral: retos en su evaluación y cómo debo tratar en los diferentes escenarios.</b>  <b>Jorge Solís.</b> Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.</p> <p><b>Doble lesión aórtica: Dificultades en su cuantificación y cuándo intervenir.</b>  <b>Miguel Ángel Arnau.</b> Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia.</p> <p><b>En la era de los dispositivos percutáneos en el lado izquierdo, ¿cuándo nuestros ojos deben enfocarse en la IT?</b>  <b>Laura Sanchis.</b> Hospital Clínic de Barcelona.</p> <p><i>Patrocinada por:</i> <b>Sección Imagen SVC.</b></p>
10:45 - 11:15	<p><b>Acto Inaugural en SALA A.</b></p>
11:15 - 11:30	<p><b>Pausa café.</b></p>
11:30 - 12:45	<p><b>Mesa: Síndrome cardiorrenometabólico. Preguntas/respuestas enfocadas al cardiólogo clínico no experto en patología cardiorrenal - SALA A.</b></p>
	<p><i>Patrocinada por:</i> <b>Bayer, Astrazeneca, Boehringer Ingelheim/Lilly y Novartis.</b></p> <p><i>Moderadores:</i> <b>Rafael de la Espriella.</b> Hospital Clínico Universitario de Valencia y</p> <p><b>Alfonso Valle.</b> Hospital de Denia.</p> <p><i>Ponencias:</i></p> <p><b>Nefrología:</b>  <b>María Jesús Puchades.</b> Hospital Clínico Universitario de Valencia.</p> <p><b>Endocrinología:</b>  <b>Carlos Morillas.</b> Hospital Universitario Dr. Peset de Valencia.</p> <p><b>Cardiología:</b>  <b>Marta Cobo.</b> Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda.</p>



12:45 - 14:00	<b>Mesa: Cierre percutáneo de orejuela izquierda - SALA A.</b>
	<i>Moderadores:</i> Juan Sanchis. Hospital Clínico Universitario de Valencia Amparo Valls. Hospital Universitario Dr Peset de Valencia
	<i>Patrocinado por:</i> <b>Abbott, Boston.</b>
	<b>Qué paciente es candidato y cuál es el momento óptimo.</b> Dr. Juan Miguel Ruiz Nodar. Hospital General Universitario Dr. Balmis de Alicante.
	<b>Planificación del procedimiento y elección del dispositivo.</b> Dr. Pablo Salinas. Hospital Clínico San Carlos de Madrid.
	<b>Manejo terapéutico y seguimiento tras el cierre percutáneo.</b> Dr. Ernesto Valero. Hospital Clínico Universitario de Valencia.
14:00 - 16:30	<b>Comida.</b>
16:30 - 18:00	<b>Taller Hemodinámica - SALA C. Dirigido a cardiólogos y enfermeros:</b>
	<b>Aspectos básicos de la interpretación de imágenes en la práctica clínica diaria: IVUS y OCT.</b> <i>Médicos:</i> Dr. Jorge Sanz, Dra. Eva Rumiz y Dr. Ernesto Valero. <i>Enfermería:</i> Pablo Almela, Joan Alonso y Teresa Torró.
16:30 - 17:30	<b>Tratamiento y prevención de la miocardiopatía inducida por los trastornos del ritmo - SALA A.</b>
	<i>Patrocinada por:</i> <b>Prosmedica.</b>
	<i>Moderadores:</i> Dra. Alicia Ibáñez. Hospital General Universitario Dr. Balmis de Alicante Dr. Ángel Martínez. Hospital Clínico Universitario de Valencia.
	<i>Ponencias:</i> <b>Nuevas estrategias en el abordaje de la FA persistente.</b> Dr. Joaquín Osca. Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia. <b>Extrasistolia ventricular: ¿cómo seleccionar al paciente para ablación?</b> Dr. Jesús Castillo. Hospital General Universitario de Elche. <b>Estimulación cardiaca: ¿cuál es la mejor estrategia de estimulación para evitar/tratar la miocardiopatía inducida por estimulación?</b> Clara Gunturiz. Hospital General Universitario de Castellón
17:30 - 18:30	<b>Dislipemia e hipertrigliceridemia fuera de objetivos en práctica clínica habitual - SALA A.</b>
	<i>Patrocinado por:</i> <b>Daiichi, Novartis.</b>
	<i>Moderador:</i> Dr. Victor Girbes. Hospital General Universitario de Valencia. Dr. Vicente Arrarte. Hospital General Universitario Dr. Balmis de Alicante.

*Ponencias:*

**Presentación de algoritmo de la Comunidad Valenciana.**

Miriam Sandín. Hospital General Universitario. Dr. Balmis de Alicante.

**Aplicación en casos clínicos presentados en situación clínicas habituales.**

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

**Discusión de expertos:**

Alberto Cordero. Hospital IMED Elche,

Juan Cosín. Hospital Arnau de Vilanova de Valencia y

Miriam Sandín. Hospital General Universitario Dr. Balmis de Alicante.

18:30 - 19:00

**Pausa-café.**

19:00 - 20:00

**Abordaje y prevención de riesgos de la Fibrilación Auricular en la Insuficiencia Cardíaca - SALA A.**

*Patrocinado por:* **Medtronic.**

*Moderadores:* **Dr. Ángel Ferrero.** Hospital Clínico Universitario de Valencia y  
**Dr. Jose Moreno.** Hospital Universitario San Juan de Alicante.

**Manejo de la FA en pacientes con insuficiencia cardiaca y función deprimida ¿control de ritmo o de frecuencia?**

**Dra. Blanca Quesada.** Consorcio Hospital General Universitario de València.

**Manejo de la FA en insuficiencia cardiaca con función preservada. ¿Ablación del nodo y cable en la rama izquierda?**

**Óscar Cano.** Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia.

**Anticoagulación en episodios cortos asintomáticos de FA detectados por marcapasos ¿Es importante la carga arrítmica?**

**Dra. Amaya García.** Hospital General de Alicante Dr. Balmis de Alicante.

**Viernes 26 de Abril 2024**

9:00 - 10:15

**Riesgo no optimizado / riesgo residual en práctica clínica. A propósito de algunos casos para el debate - SALA A.**

*Patrocinado por:* **Amarin.**

*Moderador:* **Enrique Santas.** Hospital Clínico Universitario de Valencia .

*Ponencias:*

**Discusión de expertos:**

**Trombótico** – **Elena Castilla.** Hospital General Universitario de Elche.

**Inflamatorio** – **Clara Bonanad.** Hospital Clínico Universitario de Valencia.

**Lipídico** – **Lorenzo Fácila.** Hospital General Universitario de Valencia.



10:15 - 11:30	<b>Mesa: Perspectivas actuales en el manejo del shock cardiogénico y cuidados agudos en Cardiología - SALA A.</b>
	<i>Moderador:</i> <b>Luis Almenar.</b> Hospital Universitario La Fe de Valencia. <i>Patrocinado por:</i> <b>Abiomed.</b> <i>Ponencias:</i> <b>Código Shock Cardiogénico y aplicación en la Comunidad Valenciana. De la evaluación rápida a las intervenciones avanzadas.</b> <b>Ricardo Gimeno.</b> Hospital Universitario La Fe de Valencia. <b>Avances en intervencionismo cardiológico: desentrañando el rol de los dispositivos de asistencia ventricular.</b> <b>Roberto Martín.</b> Hospital 12 Octubre de Madrid. <b>Presente y futuro de los Cuidados Críticos Cardiológicos en España y en la Comunidad: Estrategias multidisciplinares para mejorar resultados clínicos.</b> <b>Verónica Vidal.</b> Hospital General Universitario de Valencia.
11:30 - 12:00	<b>Pausa - Café.</b>
12:00 - 12:45	<b>Asamblea con elecciones - SALA A.</b>
12:45 - 14:00	<b>Mesa: Miocardiopatías - SALA A.</b>
	<i>Patrocinada por:</i> <b>Health in Code, Pfizer, Alnylam.</b> <i>Moderador:</i> <b>Ruth Sanchez.</b> Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy. <i>Ponencias:</i> <b>¿Qué le aporta la genética al cardiólogo clínico?</b> <b>Dra. Esher Zorio.</b> Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia. <b>Novedades terapéuticas en miocardiopatía hipertrófica.</b> <b>Dr. Juan Ramón Gimeno.</b> Hospital Virgen de la Arrixaca, Murcia. <b>Actualización en amiloidosis.</b> <b>Dr. Pablo García.</b> Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda.
14:00 - 16:30	<b>Comida.</b>
16:30 - 17:45	<b>Mesa: Abordando comorbilidades y desmontando mitos en insuficiencia cardíaca - SALA A.</b>
	<i>Patrocinada por:</i> <b>GSK.</b> <i>Moderadores:</i> <b>Julio Núñez.</b> Hospital Clínico Universitario de Valencia <b>Juan José Soler.</b> Hospital Arnau de Vilanova de Valencia <i>Ponencias:</i> <b>¿Cómo trato a mi paciente EPOC con enfermedad CV?</b> <b>Cruz González.</b> Hospital Clínico Universitario de Valencia. <b>La obesidad como objetivo terapéutico.</b> <b>Vicente Arrarte.</b> Hospital General Universitario Dr. Balmis de Alicante. <b>Restricción hidrosalina en IC. ¿Qué dice la evidencia?</b> <b>Julia Seller.</b> Hospital de Denia

17:45 - 19:00	<b>Mesa: Implementación de la imagen intracoronaria en nuestra práctica diaria - SALA A.</b>
	<p><i>Moderadores:</i> <b>Eva Rumiz.</b> Hospital General Universitario de Valencia</p> <p><b>Josep Melero.</b> Hospital General Universitario de Valencia.</p> <p><i>Patrocinadores:</i> <b>Abbott, Boston</b></p> <p><b>Puntos clave en el Intervencionismo coronario complejo</b></p> <p><b>Dr. Jorge Sanz.</b> Hospital Universitario y Politécnico la Fe de Valencia.</p> <p><b>Evaluación de estenosis no culpables.</b></p> <p><b>Dr. Josep Gómez.</b> Hospital Universitario Bellvitge de L'Hospitalet de Llobregat.</p> <p><b>Papel diagnóstico en el MINOCA.</b></p> <p><b>Dr. Ramón López Palop.</b> Hospital Universitario Virgen de Arrixaca de Murcia.</p>
19:00 - 19:30	<b>Reuniones de las Secciones - SALAS A y C.</b>

## ENFERMERIA - SALA B.

Jueves 25 de Abril 2024

17:00 - 17:45	<b>Actualización de guías clínicas.</b>
	<p><b>RCP.</b> Rafa Calvo.</p> <p><b>Síndrome Coronario Agudo.</b> Marta Martínez.</p> <p><b>Insuficiencia Cardíaca.</b> Miriam Ribera.</p>
17:45 - 18:15	<b>Café</b>
18:15 - 19:00	<b>Shock cardiogénico. Kahoot- Rosa M<sup>a</sup> Revert.</b>



Viernes 26 de Abril 2024

8:30 - 10:00

## Mesa Redonda. Enfermería en Cardiología “Atención Directa al Paciente”

### Electrofisiología, consulta de monitorización remota.

Andreia Simoes. Hospital General de Castellón.

### Insuficiencia Cardíaca.

Inmaculada Husillos. Hospital Politécnico La Fe de Valencia.

### Hemodinámica, consulta TAVI

Arantxa Regal. Hospital Politécnico La Fe de Valencia.

Marta Martínez. Hospital Politécnico La Fe de Valencia.

### Rehabilitación Cardíaca.

Pepa Soriano. Hospital General de Alicante.

### Sala de Hospitalización.

M<sup>a</sup> José Reyes. Hospital Verge dels Liris. Alcoi.

10:00 - 10:30

## Café

10:30 - 12:00

## Comunicaciones libres SALA B.

- 1E. Asociación entre la recuperación de la frecuencia cardíaca tras una prueba de esfuerzo y la intolerancia al ejercicio en los pacientes con COVID persistente**  
*Sastre Arbona C, Calvo Losada B, López Bueno L, Domínguez Mafé E, Albiach Montañana C, Núñez Villota J, Palau Sampio P*  
Hospital Clínico Universitario de Valencia- Servicio de Cardiología- Valencia
- 2E. Técnica BAT**  
*Calvo Vidal, R, España Cucarella, D, Jornet Ibiza, D, Casañ Olmos, V, Federico Zaragoza, P*  
Hemodinámica. Hospital de La Ribera. Alzira
- 3E. Terapia compresiva de miembros inferiores en pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada y predominio de congestión sistémica tisular**  
*Civera Gómez, J, Conesa Bona, A, Castro Carmona, P, Mollar Fernández, A, Núñez Villota, J, De la Espriella Juan, R, Cebrián García, F, Martínez Botella, C, Bejarano Sandoval, E, Pérez Sánchez, A*  
Unidad de insuficiencia cardíaca, hospital clínico universitario de Valencia
- 4E. Gestionar con humanidad, eficacia y eficiencia al paciente cardiológico**  
*Villalba Lizandra, N, Regal Hernández, A, Jiménez Cruz, V, Martínez Penalba, M, Shami Yuste, N, Melis Tormos, E*  
Servicio de Hemodinámica Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia
- 5E. Trombosis venosa en paciente portadora de marcapasos. Plan de cuidados.**  
*Solaz Ródenas C., Roselló Hervás M.*  
Unidad de Cuidados intensivos Cardiológicos y Electrofisiología. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.
- 6E. Papel de enfermería en la detección temprana de fibrilación auricular con monitorización remota para mejora de la demora en la anticoagulación preventiva.**  
*Belmonte Justamante, J, Lillo Rodenas I, Reig Gomez H, Gimenez Tebar JL, Garcia Fernandez A., Arrarte Esteban V, de la Hoz Marañon L., Martínez Martínez JG., Lledo Mateo I.*  
Cardiología. Hospital General Universitario Dr. Balmis de Alicante

- 7E. Estandarización de la comunicación durante el traspaso de pacientes en una unidad de hospitalización de cardiología**  
*Guerola Porta C., Reyes Galera MJ, Abad Aguilar T., Ramirez Parra M., Muñoz Soler V., Diaz Lopez Y., Richart Prats M., Llorca Cortes MJ., Jordá Calatayud M., Revert Gandia RM*  
Cardiología Hospital Mare de Déu dels Liris Alcoi
- 8E. Reporte de casos de pacientes con congestión refractaria tratados con administración de furosemida parenteral administrada por vía oral.**  
*Ribera Soler M., Sánchez Rubio V., Revert Gandía RM, Jordá Moll E., Juan Carrión B, Gómez Pastor MA, Matarredona Barbará M, Reyes Galera MJ, Sánchez Soriano RM, Chamorro Fernández CI*  
Unidad de Cardiología Hospital Mare de Déu dels Liris Alcoi
- 9E. Papel de enfermería en la realización de la ergoespirometría**  
*Sánchez Rubio V., Gómez Pastor MA, Juan Carrión B., Matarredona Barbará M, Ribera Soler M, Reyes Galera MJ, Ramírez Parra M, Revert Gandía RM., Chamorro Fernández CI, Marco Francés E*  
Unidad de Cardiología Hospital Mare de Déu dels Liris Alcoi
- 10E. Caso Clínico. Miocardiopatía periparto: Visión integral enfermera.**  
*Vecina Oliver A., Herreras Ruiz C.,*  
Unidad Coronaria-UCIC. Hospital General Universitario de Valencia
- 11E. Diseño de una herramienta para la evaluación de las prácticas clínicas de enfermería en una unidad de cardiología**  
*Díaz López Y., Muñoz Soler V., Reyes Galera MJ., Ramírez Parra M., Abad Aguilar T, Guerola Porta C., Jordá Calatayud M., Llorca Cortes MJ, Revert Gandia RM, Marco Francés E*  
Cardiología, Hospital Mare de Déu dels Liris Alcoi

12:00 - 13:00

**Reunión Junta de enfermería.**



# Programa social

---

JUEVES 25-04-24	10:45-11:15 h	ACTO INAUGURAL EN SALA A
-----------------	---------------	--------------------------

---

VIERNES 26-04-24	20:00 h	CENA DE CLAUSURA REST. NOU RACÓ EL PALMAR
------------------	---------	--

---

## Reuniones administrativas de las secciones científicas y grupos de trabajo

---

CARDIOPATIA ISQUEMICA, ECG Y FISIOPATOLOGIA DEL EJERCICIO	VIERNES 26	19:00 a 19:30 h	SALA "A y C"
---	------------	-----------------	--------------

---

HEMODINAMICA	VIERNES 26	19:00 a 19:30 h	SALA "A y C"
--------------	------------	-----------------	--------------

---

CARDIOLOGÍA CLÍNICA	VIERNES 26	19:00 a 19:30 h	SALA "A y C"
---------------------	------------	-----------------	--------------

---

ESTIMULACION CARDIACA Y ARRITMIAS	VIERNES 26	19:00 a 19:30 h	SALA "A y C"
-----------------------------------	------------	-----------------	--------------

---

ECOCARDIOGRAFIA Y OTRAS TECNICAS DE IMAGEN	VIERNES 26	19:00 a 19:30 h	SALA "A y C"
--	------------	-----------------	--------------

---

CARDIOLOGIA PREVENTIVA, HTA Y OTROS FACTORES DE RIESGO	VIERNES 26	19:00 a 19:30 h	SALA "A y C"
--	------------	-----------------	--------------

---

ENFERMERIA	VIERNES 26	12:00 a 12:30 h	SALA "A y C"
------------	------------	-----------------	--------------

# CONVOCATORIA PARA LA ASAMBLEA GENERAL ORDINARIA AÑO 2024

Con arreglo a los artículos 14, 15 y 16 de nuestros estatutos, la Junta Directiva convoca a todos sus socios para celebrar la **Asamblea General de la Sociedad**, en sesión ordinaria, el día 26 de abril próximo, Viernes, en la **sala “A” del HOTEL Sorolla Palace de Valencia**, sede del XLI CONGRESO DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES CV DE LA SOCIEDAD VALENCIANA DE CARDIOLOGIA, 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. **XLI CONGRESO**- Informe de la Presidenta 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. **SITUACIÓN PAG. WEB DE LA SOCIEDAD**. Informe del responsable.
8. **INSVACOR**- Informe de su representante.
9. **INFORME DEL PRESIDENTE**- Resumen de la actuación de la Junta Directiva en el último año.
10. **PREMIOS**- Lectura de los premios a las comunicaciones presentadas, becas de Investigación y casos clínicos.
11. **RUEGOS Y PREGUNTAS**

## PREMIOS A COMUNICACIONES XLI 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 tenida 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.

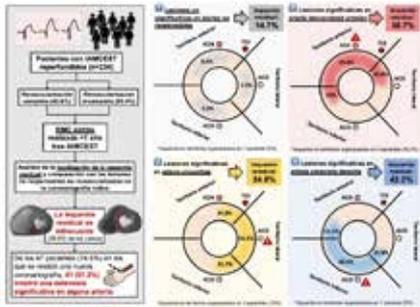
Los trabajos premiados deberán ser entregados para su publicación en LATIDO, antes del 31 de Diciembre del año de la Reunión, perdiendo los derechos económicos después de esta fecha.

## 1 Localización de isquemia residual tras IAMCEST por resonancia magnética cardíaca de estrés y asociación con la arteria no responsable

Iraola Viana, D; Marcos Garcés, V; Merenciano González, H; Gavara, J; Monmeneu, JV; López Lereu, MP; Pérez, N; Ríos Navarro, C; Sanchis Forés, J; Bodi, V; Departamento de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España.

**ANTECEDENTES.** Un porcentaje significativo de pacientes con IAMCEST presenta enfermedad multivascular. En caso de revascularización incompleta, la resonancia magnética de estrés (RMC) podría ser de utilidad para detectar y localizar la isquemia. **OBJETIVO.** Se pretende evaluar la utilidad de la RMC de estrés para detectar y localizar isquemia residual en pacientes con IAMCEST tras el alta hospitalaria, y correlacionar los hallazgos con las lesiones angiográficas de las arterias no responsables. **MÉTODOS.** Se incluyó a pacientes reperfundidos y estables estudiados con RMC de estrés durante el primer año tras el IAMCEST. Se registraron las lesiones revasculares y no responsables de la coronariografía primaria. La estenosis se definió como significativa cuando visualmente era mayor o igual al 50%. La isquemia residual estudiada por RMC de estrés por perfusión de primer paso tras vasodilatador fue categorizada en presente o ausente en los territorios anterior, lateral e inferior. Las lesiones no responsables no revascularizadas se correlacionaron con los territorios con isquemia residual en la RMC de estrés y lesiones en la coronariografía posterior. Un p-valor de <0,05 se consideró estadísticamente significativo. **RESULTADOS.** Se incluyó a 234 pacientes estudiados con RMC de estrés durante el primer año tras el IAMCEST (edad media 58.95±11.85 años, 78.2% hombres, 48.7% infarto anterior). Se detectó isquemia residual en 63 (26.9%) pacientes. En los 95 pacientes (40.6%) en los que se realizó revascularización completa, la isquemia residual fue infrecuente (n=14, 14.7%). El 59.4% (n=139) mostró lesiones no responsables no revascularizadas, encontrando isquemia residual en 49 pacientes (35.3%). Las lesiones no responsables en la arteria descendente anterior (n=62) se asociaron con isquemia en el 38.7% de los casos (n=24), más frecuentemente en territorio anterior (n=17, 70.8%). Encontramos hallazgos similares para las lesiones de la arteria circunfleja (n=66), que mostró isquemia residual en 34.8% (n=23) de los casos y más frecuentemente en territorio lateral (n=13, 56.5%); y lesiones en la arteria coronaria derecha (n=45), que mostró isquemia residual en el 42.2% (n=19) de los casos, más frecuentemente en el territorio inferior (n=13, 68.4%). En la mayoría de pacientes en los que se realizó un cateterismo en segundo tiempo tras la detección de isquemia residual se encontraron estenosis significativas (41 de 47, 87.2%).

**CONCLUSIONES.** Un tercio de los pacientes con enfermedad multivascular y revascularización incompleta tras IAMCEST muestran isquemia residual detectada por RMC de estrés, cuya localización se correlaciona con la anatomía del evento índice y estenosis significativa en coronariografía posterior. La isquemia residual infrecuente en pacientes con revascularización completa. La RMC de estrés podría ser de utilidad en pacientes con IAMCEST seleccionados de acuerdo a la anatomía coronaria y/o síntomas para guiar la terapia de revascularización.



## 3 Utilidad de la escala de riesgo ValAMI-P en el pronóstico a largo plazo en pacientes tras un infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST.

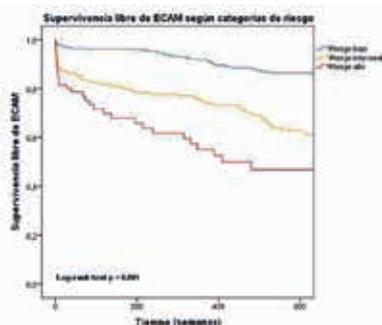
Héctor Merenciano González; Víctor Marcos Garcés; Carlos Bertolín Boronat; Nerea Perez; Jose Gavara; César Ríos Navarro; Elena De Dios; Tamara Molina-García; Juan Sanchis; Vicente Bodi; Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia

**Introducción.** A pesar de las mejoras en las estrategias actuales de tratamiento, la muerte cardiovascular o reingreso por insuficiencia cardíaca continúan siendo frecuentes tras un infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST). Se han identificado factores clínicos, electrocardiográficos y ecocardiográficos que pueden actuar como marcadores de riesgo de eventos cardiovasculares adversos. Se pretende elaborar una escala de riesgo con variables clínicas, electrocardiográficas y de imagen ampliamente disponibles que permitan identificar a los pacientes de mayor riesgo.

**Método.** Se incluyeron prospectivamente 712 pacientes revascularizados tras un primer IAMCEST. Se recogieron variables clínicas, del electrocardiograma y ecocardiograma previos al alta hospitalaria. Se clasificó la fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) según los rangos habituales. Se definió como objetivo primario un combinado de eventos cardíacos adversos mayores (ECAM), definido como muerte cardiovascular y/o rehospitalización por insuficiencia cardíaca. Se realizó un análisis univariado y multivariado para establecer la asociación entre las variables y el ECAM. Se elaboró una escala de riesgo (ValAMI-P) que incluyó aquellas variables con asociación independiente en el análisis multivariado, dividiendo a los pacientes en tres categorías de acuerdo a la puntuación obtenida.

**Resultados.** La edad media fue de 60±12 años, el 78,5% eran varones y el tabaquismo fue el factor de riesgo cardiovascular más prevalente (54,4%). Durante una mediana de seguimiento de 8,1 años se registraron 154 ECAM (21,6%). En el análisis multivariado, la edad (HR 1,03 [1,01-1,05], p=0,001), antecedente de hipertensión arterial (HTA; HR 1,49 [1,04-2,12], p=0,029), la puntuación de riesgo GRACE (HR 1,01 [1,01-1,02], p<0,001), la FEVI ligeramente reducida (41-49%; HR 1,92 [1,18-3,11], p=0,008), la FEVI reducida (≤40%; HR 5,2 [3,53-7,65], p<0,001) y el número de derivaciones con onda Q y elevación del segmento ST en el ECG al alta (er-ST; HR 1,13 [1,03-1,25], p=0,013) se asociaron de manera independiente con el objetivo primario. Tras la clasificación del paciente según la categoría de riesgo obtenida en la escala ValAMI-P, aquellos con puntuación intermedia (8-13 puntos) y alta (≥14 puntos) presentaron un mayor riesgo de ECAM comparados con los de puntuación baja (≤7 puntos) (13%, 31% y 50%, respectivamente; p<0,001 para todas las comparaciones).

**Conclusiones.** Una escala de riesgo (ValAMI-P) compuesta por variables clínicas, electrocardiográficas y ecocardiográficas ampliamente disponibles al alta permite identificar a los pacientes de mayor riesgo de eventos cardíacos adversos tras un IAMCEST.



## 2 Eficacia de diferentes modalidades de entrenamiento físico en un Programa de Rehabilitación Cardíaca postinfarto

Marcos Garcés, V; Merenciano-González, H; Martínez Mas, ML; Climent Alberola, J; López Bueno, L; Esteban Argente, MC; Valls Reig, M; Payá Rubio, A; Sanchis Forés, J; Bodi, V; Servicio de Cardiología y Servicio de Rehabilitación, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia

**Objetivos.** La rehabilitación cardíaca se recomienda después de un infarto agudo de miocardio (IAM) para mejorar el pronóstico, la calidad de vida y el control de los factores de riesgo cardiovascular. El objetivo de nuestro trabajo es estudiar los resultados en salud de tres intervenciones incrementales de entrenamiento físico durante un Programa de Rehabilitación Cardíaca (PRC) postIAM.

**Métodos.** Implementamos un PRC postIAM en Fase 2 en 2022 en nuestro centro. Tras una prueba de esfuerzo inicial, se proporcionó un programa individualizado de entrenamiento ambulatorio aeróbico y de fuerza de tres meses de duración (Grupo 1, n=58). Un grupo de pacientes recibió una sesión añadida de enseñanza supervisada de entrenamiento aeróbico y de fuerza por parte de fisioterapeutas (Grupo 2, n=19), y otro grupo recibió de 8 a 20 sesiones de entrenamiento supervisado en el hospital (Grupo 3, n=13). Se repitió la prueba de esfuerzo al final de la Fase 2 y se midió el consumo de oxígeno máximo (VO2 pico). Analizamos la calidad de vida (SF-36), depresión (PHQ2), ansiedad (GAD2), adherencia a la dieta mediterránea (PREDIMED) y tratamiento farmacológico (Morisky-Green), así como la actividad física semanal (IPAQ). Se compararon los resultados de salud al inicio y después de la Fase 2 del PRC.

**Resultados.** La cohorte incluyó a 90 pacientes que completaron la Fase 2 del PRC (edad media 61.2±10.8 años, 84,4% hombres y 47,8% fumadores). Observamos reducciones en la presión arterial sistólica (-10.3±13.8mmHg), colesterol LDL (-60.7±35.4mg/dL), peso (-2.8±6.6kg, -3±7.8%) e IMC (-1±2.2) (p<0.05). La mayoría de los pacientes dejaron de fumar (88,4%) y alcanzaron un LDL<55mg/dL (81,1%). Los pacientes mejoraron su calidad de vida (SF-36 +10.4±19.4 puntos, p<0.001) y los síntomas de ansiedad y depresión (PHQ2 -0.5±1.6 puntos y GAD2 -0.6±1.6 puntos, p<0.01), y aumentaron su VO2 pico (+5.12±5.44ml/kg/min, +23,5%, p<0.001) y su capacidad funcional predicha (+13.4±23,8%, p<0.001), así como su actividad física semanal (+2520.3±2935.4 METS/semana, +132%, p<0.001). La mayoría de los pacientes fueron adherentes a la dieta mediterránea (91,1%) y al tratamiento farmacológico (95,6%). Se consiguieron resultados de salud similares independientemente de su grupo de entrenamiento físico, excepto los pacientes en el Grupo 3, quienes experimentaron una mejoría más pronunciada en el VO2 pico (+8.1±6.4ml/kg/min, +37,8%; p<0.05) y una tendencia hacia un mayor aumento en la capacidad funcional predicha (+21,7%, p<0.25) y una mayor pérdida de peso (-5.5±9.4kg, -5,9%; p<0.2).

**Conclusiones.** En pacientes postIAM, el entrenamiento supervisado hospitalario en Fase 2 de un PRC proporciona una mayor mejoría en parámetros de aptitud física y una pérdida de peso más pronunciada. Sin embargo, un programa basado en entrenamiento ambulatorio brinda beneficios similares en el resto de resultados en salud, como el control de los factores de riesgo cardiovascular y la mejora de la calidad de vida.

## 4 Experiencia en vida real con ácido bempedoico en pacientes con cardiopatía isquémica tras el alta hospitalaria

Valverde Tavira, A; Montagud Balaguer, V; Facila Rubio, L; Melero Ferrer, J; Ridocci Soriano, F; Abdala Lizarraga, J; Harvat Shchesniy, M; Gómez-Elegido Tenes, L; Serrano Pastor, I; Payá Serrano, R; Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Valencia, Valencia

**Introducción y objetivos:** los estudios CLEAR y CLEAR Outcomes aportan la evidencia científica para el uso del ácido bempedoico. El objetivo del estudio es analizar la eficacia y seguridad de iniciar ácido bempedoico junto a otras terapias hipolipemiantes de alta intensidad al alta hospitalaria tras un ingreso en una cohorte de pacientes con cardiopatía isquémica.

**Material y métodos:** estudio observacional, prospectivo, en una cohorte de 14 pacientes con cardiopatía isquémica dados de alta del servicio de Cardiología entre octubre de 2022 y diciembre de 2023. Se estudiaron las características basales de los pacientes, el motivo de ingreso, así como el perfil lipídico (principalmente el colesterol LDL) y la terapia hipolipemiente que recibían al ingreso. Al alta se modificó su tratamiento hipolipemiente incluyendo ácido bempedoico (sólo o en combinación con ezetimibe) y se reevaluó el perfil lipídico en la primera analítica de control posterior, junto con los posibles efectos adversos.

**Resultados:** se incluyeron 14 pacientes con una edad media de 64,8±8,8 años. El 100% eran hombres. La principal causa de ingreso fue el síndrome coronario agudo con 13 casos (92,85%) habiendo 1 sólo caso de insuficiencia cardíaca con antecedentes de cardiopatía isquémica crónica (7,15%). En cuanto a las cifras de colesterol LDL al ingreso el 7,15% (1) tenía LDL < 55 mg/dL, el 35,75% (5) tenían LDL > 55 mg/dL pero < 70 mg/dL, el 28,6% (4) tenían LDL > 70 mg/dL pero < 100 mg/dL, el 21,45% (3) tenían LDL > 100 mg/dL pero menor de 190 mg/dL, y el 7,15% (1) tenía LDL > 190 mg/dL. Finalmente, sólo pudieron ser evaluados con analítica de control 5 pacientes. En este grupo, la media de LDL al ingreso fue de 117,8 mg/dL, la cuál tras iniciar tratamiento hipolipemiente que incluía ácido bempedoico se redujo hasta 71,4 mg/dL, lo que supone una reducción del 39,38% (46,4 mg/dL). Evaluando la magnitud de la reducción en función el tratamiento previo que tomaban, el 60% (3) estaba en tratamiento con estatina a dosis media o alta más ezetimibe, pasando en este subgrupo de una media de 77,33 mg/dL de LDL a una media de 58 mg/dL tras añadir ácido bempedoico, lo cuál supone una reducción del 25% (19,33 mg/dL), mientras que el 40% (2) no recibía tratamiento hipolipemiente previo al ingreso, pasando de una media de LDL de 178,5 mg/dL a una media de 91,5 mg/dL tras añadir tratamiento hipolipemiente con estatina de alta potencia, ezetimibe y ácido bempedoico en un caso, y ezetimibe y ácido bempedoico en el otro, con una reducción de LDL del 48,74% (87 mg/dL). No se registraron reacciones adversas en el estudio.

**Conclusiones:** a pesar de tratarse de una muestra pequeña debido a la corta vida de comercialización del ácido bempedoico, en nuestro estudio se demuestra que en combinación con otras terapias hipolipemiantes ya disponibles es un fármaco eficaz y seguro para reducir las cifras de LDL, siendo la magnitud de la reducción mayor cuanto mayor es el nivel inicial de LDL.

## 5 Evaluación funcional invasiva de la fisiología coronaria en pacientes con angina sin lesiones coronarias obstructivas. Análisis descriptivo unicéntrico.

Segarra Vidal, I; Melero Lloret, J; Pernias Escrig, V; Tejada Ponce, D; Trejo Velasco, B; Ventura Pérez, B; Giménez García, L; de la Cruz Cereceda, S; Soriano Borja, R; Bellver Navarro, A; Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario de Castellón. Castellón.

**Objetivo.** Describir la prevalencia de los diferentes endotipos de disfunción vascular coronaria y de variables clínicas que se relacionan con la misma en pacientes estudiados por angina sin lesiones coronarias obstructivas (ANOCA). **Métodos.** Estudio retrospectivo de enero de 2022 a diciembre de 2023 incluyéndose pacientes con diagnóstico de angina sometidos a coronariografía sin lesiones angiográficas obstructivas mayores del 50% con test funcional invasivo. La influencia de las diferentes variables clínicas en los diferentes endotipos de ANOCA se analizó a través del test Chi Cuadrado para el análisis bivariante. **Resultados.** La población total fue de 82 pacientes (65% mujeres), con una edad media de 68 años. La prevalencia de HTA era 73%, el 56% presentaba dislipemia y el 23% DM tipo II, con un IMC medio de 28,9 ± 5,5. La FEVI media fue de 62,3 ± 6,1%. 23 pacientes (28%) tenían una prueba de detección de isquemia positiva previa. Del total de la población, en 26 sujetos (31,7%) el resultado del test funcional invasivo fue negativo, descartando el origen cardíaco de la clínica. Un total de 30 pacientes (36,5%) cumplían criterios diagnósticos de angina microvascular, con evidencia de un resultado alterado en la evaluación funcional coronaria. Dentro de este grupo, un 43% de los pacientes presentaban disminución de la reserva de flujo coronario (CFR medio 1,6 ± 0,2), un 46% aumento de los índices de resistencia microvasculares (IMR medio 39,3 ± 13,4) y un 33% se diagnosticó de espasmo microvascular tras la administración de acetilcolina. Varios pacientes presentaban más de una alteración de la fisiología coronaria, con un total de 6 pacientes (23%) con disminución de CFR y aumento de IMR. Un 28% de los pacientes (23) presentaron vasoespasmos epicárdicos como única alteración con diagnóstico final de angina vasoespástica. En el análisis bivariante, se observa una tendencia no significativa entre la presencia de HTA y DM-II y el diagnóstico de espasmo microvascular, así como entre el tabaquismo y la presencia de espasmo epicárdico. **Conclusión.** En nuestra población de pacientes con ANOCA sometidos a evaluación funcional coronaria invasiva, el 68,3% de los sujetos (56) presentaron resultados patológicos sugestivos de disfunción coronaria tanto microvascular (36,5%) como epicárdica (28%). Los pacientes con ANOCA y resultados alterados son principalmente mujeres con alta carga de FRCV y FEVI preservada. No encontramos diferencias en las variables clínicas estudiadas entre los distintos endotipos, aunque existe una tendencia no

(n, %) Media ± Desv. est.	ANGINA MICROVASCULAR (AMV)					TOTAL AMV	ESPASMO EPICÁRDICO	NORMAL	TOTAL
	CFR ≤ 2	IMR ≥ 25	Espasmo microvascular	DM-II	HTA				
Total (n, %)	13 (16)	14 (17)	10 (12)	30 (37)	23 (28)	26 (32)	26 (32)	82 (100)	
Edad (años)	69 ± 12	63 ± 12	71 ± 7	68 ± 10,8	69,3 ± 11,2	66,6 ± 9,1	68,4 ± 10		
Sexo femenino (n, %)	8 (57)	8 (57)	8 (80)	20 (66,6)	16 (69,5)	16 (61,5)	53 (65)		
HTA (n, %)	10 (77)	12 (86)	5 (50)	22 (73)	17 (73)	20 (77)	69 (73)		
DM-II (n, %)	7 (54)	10 (71)	7 (70)	19 (63)	11 (48)	15 (58)	46 (56)		
IMC (n, %)	4 (31)	5 (36)	3 (30)	10 (33)	3 (13)	5 (19)	19 (23)		
Tabaquismo	0 (0)	2 (14)	0 (0)	2 (6)	1 (4)	1 (3)	4 (5)		
EF medio	3 (23)	2 (14)	0 (0)	3 (10)	2 (9)	15 (57)	20 (24)		
Fibrado glomerular (ml/min/m <sup>2</sup> )	75,5 ± 16,24	80,2 ± 13,2	81,1 ± 13,2	79 ± 15,1	85,3 ± 17	76,5 ± 26,7	80,2 ± 18,3		
IMR	13,4 ± 1,24	13,4 ± 1	13,1 ± 1	13,3 ± 1,1	13,2 ± 1,3	13,2 ± 2,9	13,3 ± 1,2		
IMC	30,4 ± 7,4	29 ± 5	29,3 ± 7,2	29,7 ± 6,5	29,2 ± 5	27,6 ± 7,2	28,6 ± 5,5		
INOCA	3 (23)	3 (21)	0 (0)	4 (13)	9 (39)	8 (30)	23 (28)		
FRF	0,92 ± 0,05	0,93 ± 0,02	0,93 ± 0,02	0,93 ± 0,03	0,93 ± 0,03	0,94 ± 0,18	0,93 ± 0,02		
CFR	1,6 ± 0,2	2,6 ± 1,6	4 ± 4,2	2,9 ± 2,74	3,9 ± 3	4,9 ± 3,2	3,8 ± 3		
IMR	34,1 ± 19,9	39,3 ± 13,4	14 ± 6,3	27,8 ± 17	15,6 ± 10	14,4 ± 6	19,7 ± 13,5		
FEVI	62,3 ± 5,7	63,8 ± 4,5	61,5 ± 8,6	62,6 ± 6,4	63,34 ± 4	61 ± 14	62,3 ± 6,1		

Los valores se representan como número y porcentaje, así como media y desviación estándar

## 6 Estratificación del riesgo de desarrollo de trombo ventricular izquierdo tras un episodio de IAMCEST basado un modelo multivariable antes del alta

Carlos Bertolin-Boronat; Víctor Marcos-Garcés; Hector Merenciano-González; Nerea Perez; Jose Gavara; Maria Lopez-Lereu; Jose V. Monmeneu; Cesar Rios-Navarro; Elena de Dios; Vicente Bodí; Hospital clínico universitario de Valencia

**OBJETIVO:** Estratificar el riesgo de desarrollar Trombo ventricular izquierdo (TVI) en base a variables recogidas antes del alta de pacientes con Infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) para determinar aquellos pacientes que deberían someterse a resonancia magnética cardiaca (RMC) para la detección de TVI.

**MÉTODOS:** La cohorte final incluyó 590 pacientes con IAMCEST reperfundido que se sometieron a una RMC precoz (1 semana) y/o tardía (6 meses) por indicación clínica. Durante el ingreso por IAMCEST se recogieron características clínicas basales, así como variables electrocardiográficas y ecocardiográficas. Se realizaron análisis univariados y multivariados para comprobar la asociación de dichas variables con el TVI por RMC en los primeros 6 meses después del IAMCEST.

**RESULTADOS:** De la cohorte final de 590 pacientes con IAMCEST se detectó TVI en 43 pacientes (7.3%) mediante RMC en los primeros 6 meses. En el análisis multivariado, cinco variables se asociaron de manera independiente con la detección de TVI mediante RMC en los primeros 6 meses después del IAMCEST: antecedente de síndrome coronario crónico (HR 4.74 [1.82-12.35], p=0.001), IAMCEST anterior (HR 10.93 [2.47-48.31], p=0.002), FEVI en la ecocardiografía previa al alta (HR 0.96 [0.93-0.99] por %, p=0.008), sumatorio máximo de elevación del segmento ST (HR 1.04 [1.01-1.07] por mm, p=0.04) y derivaciones con ondas q con elevación de ST residual (Q-STE) en el ECG previo al alta (HR 1.31 [1.08-1.6], p=0.008). Los mejores puntos de corte para la dicotomización de variables continuas fueron ≥1 derivaciones para Q-STE, >10 mm para la suma máxima de elevación del segmento ST y <50% para la FEVI. Creamos varias categorías de riesgo predictoras de TVI basadas en los dos factores de riesgo mayores (IAMCEST anterior y Q-STE en ≥1 derivaciones) y tres menores (antecedentes previos de cardiopatía isquémica, sumatorio máximo de elevación del segmento ST >10 mm y FEVI <50% en la ecocardiografía previa al alta). Los pacientes con ambos factores de riesgo mayores y 1-3 factores de riesgo menores presentaron la población con mayor riesgo de TVI, ya que casi una quinta parte de los pacientes presentaron TVI (19.6%) en los primeros 6 meses después del IAMCEST. Además, casi todos los casos de TVI (n=38, 88.4%) ocurrieron en este subconjunto de pacientes de alto riesgo.

**CONCLUSIÓN:** El TVI dentro de los 6 meses posteriores a un IAMCEST puede predecirse utilizando datos clínicos, ECG y ecocardiográficos previos al alta. En nuestro modelo, dentro de la categoría de riesgo que comprende 2 factores principales (IAMCEST anterior y ≥1 Q-STE) y 1-3 factores menores (suma-STE >10 mm, FEVI <50% e historia de síndrome coronario crónico), el 19.6% desarrolló TVI dentro de los 6 meses posteriores al IAMCEST. Este hallazgo podría ayudar a seleccionar a pacientes que deberían someterse a una RMC para la detección de TVI tras un IAMCEST.

## 7 ¿Cómo efectuamos el control lipídico en pacientes ambulatorios con síndrome coronario crónico?

García Martín, G; Queipo Rodríguez, A; Rodríguez Gutiérrez, C; Gomón Dobrochynska, T; Hidalgo Mateos, A; Gramage Sanchis, P; Geraldo Martínez, J; Gil Llopis, C; Contreras Tornero, MB; Valls Serral, A; Cardiología, Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia

**Introducción y objetivos:** Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de mortalidad en España y entre ellas la más relevante es la enfermedad coronaria. El control de los factores de riesgo cardiovascular, especialmente el lipídico, resulta fundamental en prevención secundaria en estos pacientes. Nuestro objetivo es evaluar el control lipídico actual según las guías de práctica clínica de pacientes con síndrome coronario crónico (SCC) de nuestro departamento.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo, incluyendo todos los pacientes (p) atendidos en consulta de Cardiología con diagnóstico de SCC durante el mes de octubre de 2023. Los datos se han obtenido a través de la historia clínica electrónica.

**Resultados:** Se analizan 206 p con SCC atendidos en consulta de Cardiología, de los cuales 29 no disponían analítica de lípidos en los últimos seis meses, seleccionando finalmente 176 p (26% mujeres) con edad media de 71,7 años (DE 11). Un 75% eran hipertensos, un 36% diabéticos, un 15% fumadores activos y un 36% exfumadores. La tabla 1 muestra los porcentajes de control de lípidos. Solo un 34,1% de pacientes presentaban el cLDL <55 mg/dl según recomendaciones de las guías clínicas.

Analizando los pacientes con un evento en los dos años previos (n=56), el objetivo de cLDL <55 mg/dl se alcanzó en el 42,6%.

Analizando el subgrupo de p menores de 80 años (n=136) en los que el objetivo de cLDL < 55 se consiguió en el 32% de los casos.

En el momento de la consulta, un 78% de los p estaba tomando estatinas de alta intensidad (atorvastatina ≥ 40 mg o rosuvastatina ≥ 20mg), un 57% ezetimibe y un 3,9% recibían fibratos. Ningún paciente recibía iPCSK9 o ácido bempedoico y solo un paciente tomaba icosapento de etilo. En los pacientes que no alcanzaban objetivo de cLDL >55 mg/dl, solo se intensificó el tratamiento en una consulta en un 33% de los casos.

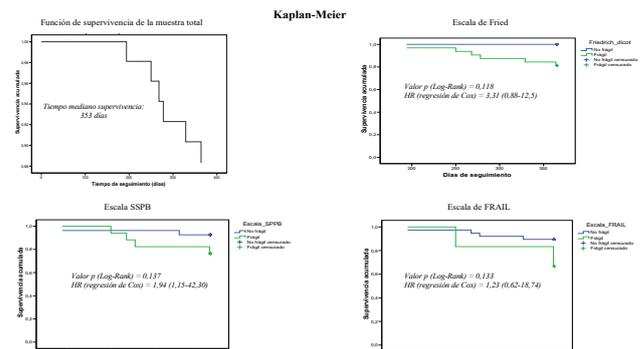
**Conclusiones:** El control lipídico solo se alcanza en un 34,1% de los pacientes con SCC. A pesar de ello, solo se intensifica tratamiento en un 33% de ellos. Es necesario mejorar la práctica clínica e incorporar nuevas estrategias terapéuticas para mejorar el pronóstico de estos pacientes.

	% Total (n=176)	% Evento <2 años (n=56)	Edad <80 años (n=136)
cLDL <55 mg/dL	34,1%	42,6%	34,6%
cLDL <70 mg/dL	64,5%	59,3%	62,2%
No HDLc <85 mg/dL	43,6%	41,8%	39,4%
TG <150 mg/dL	78,2%	76,8%	76,1%
TG/cHDL <2	65,9%	60%	68,2%

## 8 La fragilidad como factor pronóstico en pacientes ancianos con cardiopatía isquémica crónica estable: un estudio observacional prospectivo.

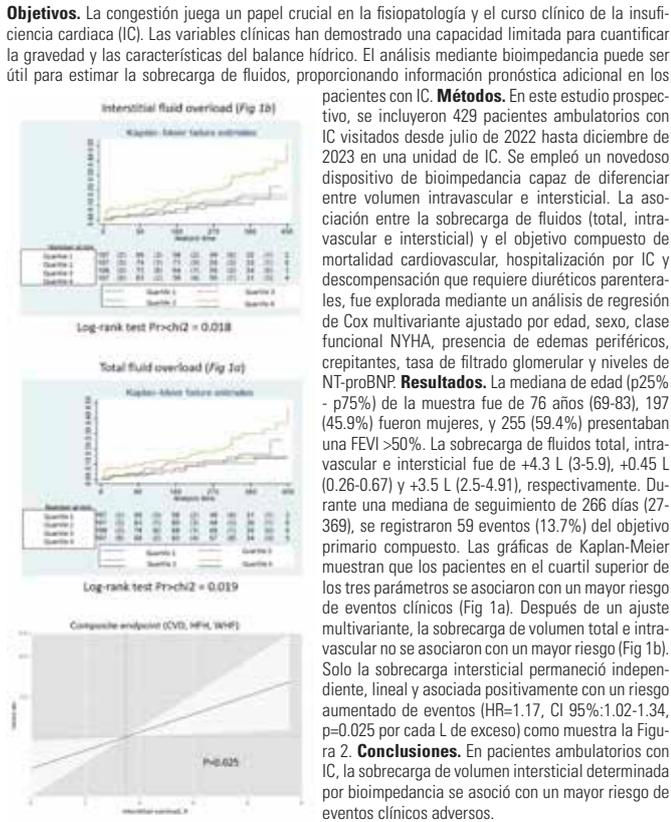
Del Río López, M.; Rodríguez Santiago, F.M.; Benavent García, C.; García Suárez, A.; Lledó Ortiz, C.; Izquierdo Hernández, A.; Castilla Cabanes, E.; Morillas Blasco, P.; Cardiología del Hospital General Universitario de Elche

**Objetivos:** La cardiopatía isquémica crónica (CIC) estable presenta una elevada prevalencia en la población anciana, donde la fragilidad es una condición muy frecuente. El objetivo de este estudio fue evaluar el valor pronóstico de la fragilidad en el desarrollo de eventos cardiovasculares adversos mayores (ECAM) en pacientes ancianos con CIC estable. **Métodos:** Se diseñó un estudio observacional longitudinal prospectivo de cohortes. Se incluyeron a pacientes con edad ≥ 65 años y diagnóstico de CIC estable, en seguimiento en consultas del centro del estudio. El desenlace principal fue el desarrollo de ECAM a los 12 meses. Se realizaron análisis descriptivos y bivariantes, mediante test T de Student y chi-cuadrado o test exacto de Fisher, según correspondiera. Finalmente, para evaluar el efecto de la fragilidad en el desarrollo de ECAM, ajustado por potenciales factores de confusión, se diseñaron modelos multivariantes de regresión logística, así como análisis de supervivencia con curvas de Kaplan-Meier y test log rank. **Resultados:** El estudio incluyó a un total de 44 pacientes, de los cuales 38 (86,4%) fueron hombres. La edad media fue de 74,3 años (desviación estándar: 6,0). Las variables basales asociadas al desarrollo de ECAM fueron el tabaquismo (p=0,028), la enfermedad renal crónica (p=0,042), la historia previa de ictus (p=0,045) y el diagnóstico previo de fibrilación auricular (p=0,050). La fragilidad se asoció con el desarrollo de ECAM, tanto para la escala de Fried como para las escalas SPPB y FRAIL (p<0,05). El análisis multivariante mostró una asociación de la escala de Fried y la escala SPPB con el desarrollo de ECAM tras el ajuste por potenciales confusores. Finalmente, el análisis de supervivencia mostró asociación de la escala de Fried (HR: 3,31; IC95%: 1,08-12,50) y SPPB (HR: 1,94; IC95%: 1,15-22,30) con el tiempo en desarrollar ECAM en los modelos multivariantes de regresión de Cox. **Conclusiones:** Este estudio piloto sugiere que la fragilidad, medida a través de las escalas de Fried y SPPB, junto con el tabaquismo, la enfermedad renal crónica, el ictus o la fibrilación auricular, son potenciales factores pronósticos asociados con el desarrollo de ECAM en pacientes ancianos con CIC estable. Futuros estudios con mayor tamaño muestral deberán corroborar estos resultados.



## 9 Sobrecarga de volumen intersticial y riesgo de eventos clínicos en pacientes ambulatorios con insuficiencia cardiaca

Montiel Pérez, J; Peiró, P; Lucas, A; Lorenzo, M; Gasull, A; de la Espriella, R; Civera, J; Mollar, A; Santos, E; Núñez, J; *Cardiología, Hospital Clínico Universitario, Valencia*



## 11 Características clínicas del paciente hospitalizado anticoagulado por fibrilación auricular no valvular, en servicios de cardiología en España: registro carisma

Valverde Tavira, A; Fácila Rubio, L; Cordero Fort, A; Rodríguez Mañero, M; Harvat Shchesniy, M; Carrión Cervero, A; Cardona Mulet, S; Gómez-Elegido Tenes, L; Serrano Pastor, I; Payá Serrano, R; *Cardiología, Hospital General de Valencia, Valencia*

**Introducción y objetivos:** En la prevención de eventos tromboembólicos de la fibrilación auricular no valvular (FANV), los antagonistas de la vitamina K (AVK) actualmente están siendo relegados a un segundo plano en beneficio de los anticoagulantes de acción directa (ACOD). El objetivo principal del estudio es la descripción y comparación de las características clínicas y biomodográficas del paciente anticoagulado con ACOD versus AVK dados de alta con FANV de los Servicios de Cardiología. **Métodos:** estudio observacional, multicéntrico, retrospectivo, en una cohorte de 1049 pacientes con FANV dados de alta antes del 1 de julio de 2021 en la planta de cardiología del hospital, que estuvieran recibiendo tratamiento con ACOD o AVK indicado para FANV en el momento del ingreso hospitalario o bien que hayan iniciado dichos tratamientos, para esta misma indicación, durante el ingreso o al alta. Se recogieron datos sociodemográficos (edad, sexo, estatus laboral, antecedentes familiares de primer grado) y datos clínicos (tipo de FA, motivo principal del ingreso, constantes vitales, datos antropométricos, comorbilidades, fragilidad, parámetros analíticos y tratamientos farmacológicos al alta). **Resultados:** Se incluyeron en el análisis 1041 pacientes con una edad de  $77,2 \pm 10,3$  años, con un 57,6% de hombres y el 84,8% estaba jubilado o pensionista. El motivo de ingreso más frecuente fue la insuficiencia cardíaca (43,8%), seguido de las arritmias (25%). La comorbilidad más frecuente fue la HTA (83,3%), seguido de la hipercolesterolemia (59,6%), la insuficiencia cardíaca (56,6%) y el antecedente de ICP (50,5%). En el grupo de pacientes con AVK al alta la proporción de FA tipo permanente fue mayor que en el grupo de pacientes con ACOD al alta (52,2% vs 36,6%,  $p=0.005$ ), en cambio, para las FA tipo paroxística y persistente, los porcentajes más altos se encontraron en el grupo ACOD al alta (paroxística: 39,4% vs 30,0%; persistente: 24,0% vs 17,8%). De las comorbilidades evaluadas sólo se encontraron diferencias significativas en la presencia de enfermedad renal crónica (35,6% en el grupo AVK vs 25,6% en el grupo ACOD). No se encontraron diferencias significativas en la presencia de cardiopatía isquémica (28,5% en total), aunque la presencia de síndrome coronario crónico fue significativamente superior en el grupo de AVK (83,5%) frente ACOD (70,3%), mientras que el síndrome coronario agudo tuvo mayor frecuencia en el grupo de ACOD (50,5%) frente AVK (32,2%). No hubo diferencias en la presencia de fragilidad en ambos grupos. EL 97% de los pacientes llevaban medicación concomitante y como media 3 fármacos. **Conclusiones:** En este estudio nacional multicéntrico los pacientes con FANV dados de alta de Cardiología con AVK presentan más fibrilación auricular permanente y enfermedad renal crónica. Sin embargo, la fibrilación auricular paroxística y persistente es más común en pacientes dados de alta con ACOD. La mayoría de los pacientes están tomando medicación adicional.

## 10 Volúmenes del ventrículo izquierdo y capacidad funcional

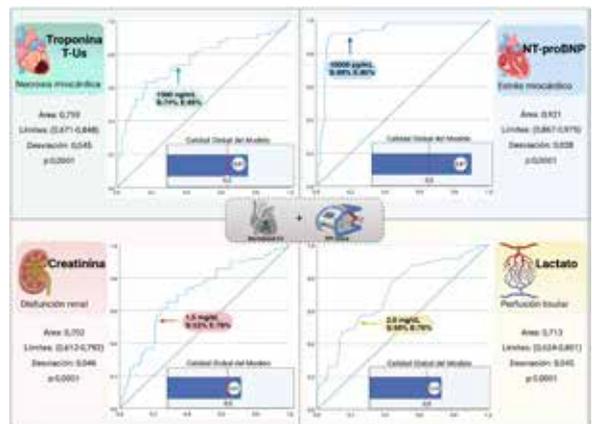
Montiel, J; de la Espriella, R; Palau, P; Miñana, G; Domínguez, E; Bertomeu-González, V; Bodí, V; Sanchis, J; Bayés-Genís, A; Núñez, J; *Cardiología, Hospital Clínico Universitario, Valencia*

**Objetivos.** Evidencia emergente muestra que unos volúmenes ventriculares izquierdos más pequeños identifican a una población sana con menor capacidad funcional. No existe evidencia para determinar si el tamaño del ventrículo izquierdo predice la capacidad funcional en pacientes con insuficiencia cardiaca con fracción de eyección preservada (ICFep). El objetivo de este estudio fue explorar la asociación entre el volumen telediastólico del ventrículo izquierdo indexado (iLVEDV) y la capacidad funcional máxima, evaluada mediante el consumo máximo de oxígeno (peak VO2), en pacientes ambulatorios estables con ICFep. **Métodos.** Se analizaron prospectivamente los datos de 133 pacientes ambulatorios estables consecutivos que se sometieron a una prueba de esfuerzo cardiopulmonar y una ecocardiografía el mismo día. La asociación entre iLVEDV y el consumo máximo de O2 se evaluó mediante una regresión lineal multivariante. **Resultados.** La edad media fue de  $73,2 \pm 10,5$  años y 75 pacientes (56,4%) eran mujeres. La mediana de iLVEDV, iLVESV y FEVI fue de  $46$  ml/m2 (30-56),  $15$  ml/m2 (11-19) y 66% (60-74%), respectivamente. La mediana del peak VO2 y el porcentaje del peak VO2 predicho fueron de  $11$  mL/kg/min (9-13) y 64,1% (53-74,4), respectivamente. El análisis de regresión lineal ajustada mostró que un iLVEDV más pequeño se asoció con un menor peak VO2 ( $p=0.001$ ). La asociación entre la FEVI y el peak VO2 no fue estadísticamente significativa. **Conclusiones.** En pacientes ambulatorios estables con ICFep, menores volúmenes indexados telediastólicos del VI se asociaron con una peor capacidad funcional máxima. Estos hallazgos sugieren la necesidad de estudios adicionales para comprender los mecanismos fisiopatológicos subyacentes y explorar estrategias de tratamiento dirigidas para este subgrupo de pacientes.

## 12 Papel de los biomarcadores en el trasplante cardíaco y su importancia como identificadores de mala evolución

Martínez Solé, J; López Vilella, R; Huéllamo Montoro, S; Donoso Trenado, V; Zarragoikoetxea Jauregui, I; Carmona García, P; Pérez Guillén, M; Domínguez Massa, C; Martínez Dolz, L; Almenar Bonet, L; *Servicio de Cardiología, Hospital Universitari i Politècnic La Fe*

**Introducción y objetivos:** El trasplante cardíaco (TC) supone un estrés importante para el organismo que conlleva una elevación de biomarcadores analíticos durante un tiempo variable. El objetivo del estudio fue determinar si la evolución de biomarcadores tras el TC discrimina a pacientes con mal pronóstico. **Métodos:** Estudio prospectivo longitudinal de no intervención sobre 149 TC consecutivos desde julio de 2017 hasta julio de 2023. Los biomarcadores se determinaron pretrasplante, posttrasplante a las 6, 24, 48, 72, 96 horas y al alta de la Unidad de Reanimación. Los biomarcadores seleccionados fueron troponina T ultrasensible (TnT-us), fracción terminal del péptido cerebral natriurético B (NT-ProBNP), creatinina y ácido láctico. El evento final fue un combinado de éxitus y fallo primario del injerto (FPI) grave. **Resultados:** La TnT-us descendió de manera progresiva a partir del TC. El ácido láctico presentó un pico máximo a las 6 horas y la creatinina y NT-ProBNP a las 24-48 horas. Los cuatro biomarcadores mostraron, en las distintas fases, diferencias significativas entre los pacientes con éxitus y/o FPI grave. El estudio de curvas ROC a las 24 horas mostró áreas bajo la curva significativas ( $p<0.0001$ ). La curva con mayor poder discriminante fue la del NT-ProBNP. Así, un valor de  $10000$  pg/mL tuvo una sensibilidad del 90% y especificidad del 80%. **Conclusiones:** Los pacientes sometidos a TC presentan una elevación de biomarcadores que determina su evolución clínica. Una elevación significativa se asocia a éxitus y/o FPI grave. De los biomarcadores analizados, el NT-ProBNP es el que clasifica mejor a los pacientes trasplantados.

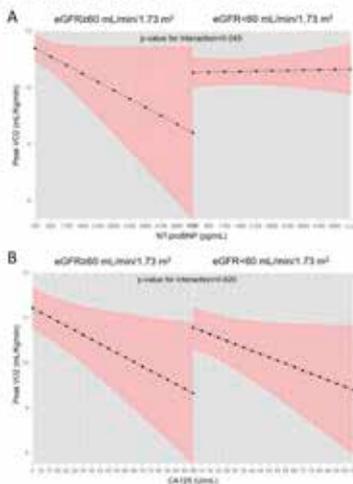


### 13 CA125 y NT-proBNP para la predicción de la capacidad aeróbica máxima en pacientes con IC con fracción de eyección preservada y disfunción renal

Gonzalo Núñez Marín; Patricia Palau; Rafael de la Espriella; Enrique Santas; Gema Miñana; Miguel Lorenzo; Jorge Montiel; Andrea Gasull; Juan Sanchis; Julio Núñez; Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia

**Introducción:** La insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada (ICFEP) coexiste frecuentemente con la enfermedad renal crónica (ERC). En ambas, la intolerancia al ejercicio es un determinante central de la calidad de vida y morbilidad de los pacientes. En este estudio, nos propusimos evaluar la asociación entre NT-proBNP y CA125 con la capacidad aeróbica máxima (consumo pico de oxígeno o VO2pico) en pacientes ambulatorios con ICFEP y analizar si estas asociaciones están modificadas en base a la función renal. **Métodos:** Se incluyeron de forma prospectiva en un hospital terciario 133 pacientes con ICFEP estable a los que se les realizó una prueba de esfuerzo cardiopulmonar (PECP). Los pacientes fueron estratificados en base al filtrado glomerular estimado (FGe) en <60mL/min/1.73m2 o ≥60mL/min/1.73m2. **Resultados:** La edad media fue de 73.2±10.5 años, 56,4% eran mujeres. La mediana [p25-p75] de VO2pico fue de 11.0 mL/Kg/min [9.0-13.0]. 67 (50.4%) pacientes presentaban un FGe <60mL/min/1.73m2. Estos pacientes mostraron niveles más elevados de NT-proBNP y un peor VO2pico sin diferencias en los niveles de CA125. De forma global, el NT-proBNP y CA125 se correlacionaron de forma inversa con el VO2pico (r=-0.43, p<0.001 y r=-0.22, p=0.010, respectivamente). Tras un ajuste multivariable, se encontró una diferente asociación entre NT-proBNP y consumo pico de oxígeno en base a la categoría de función renal (p-valor para la interacción=0.045). En pacientes con FGe ≥60mL/min/1.73m2, niveles más elevados de NT-proBNP identificaron a pacientes con peor capacidad aeróbica máxima. Sin embargo, en pacientes con FGe <60mL/min/1.73m2, el NT-proBNP no se asoció de forma significativa con el VO2pico (-coeficiente=-0.02, CI 95%:-0.19 to 0.23, p=0.834). Niveles más elevados de CA125 se correlacionaron de forma lineal y significativa con peor capacidad aeróbica máxima sin heterogeneidad en base a la categoría de función renal (p-valor para la interacción=0.620). **Conclusiones:** En pacientes con ICFEP estable, el NT-proBNP no se relaciona con la capacidad aeróbica máxima en presencia de ERC. El CA125 podría ser un biomarcador útil para estimar el consumo pico de oxígeno en ICFEP independientemente de la presencia de ERC.

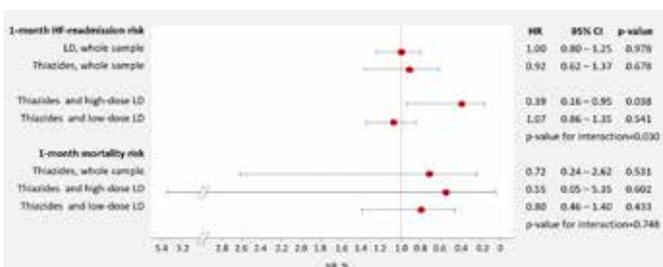
Figura 1. Asociación entre niveles de NT-proBNP y consumo pico de oxígeno en base a la categoría de filtrado glomerular (A). Asociación entre niveles de CA125 y consumo pico de oxígeno en base a la categoría de filtrado glomerular (B).



### 15 Efecto pronóstico del uso combinado de tiazidas y diuréticos de asa al alta tras una hospitalización por insuficiencia cardíaca aguda

Gasull Sandoval, A; Montiel Pérez, JJ; Lorenzo Hernández, M; Núñez Marín, G; Valero, E; Bodí, V; Miro, O; Bayés Genios, A; Sanchis Fores, J; Núñez, J; Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia

**Objetivos.** Existe información limitada sobre el impacto clínico del uso concomitante de tiazidas y diuréticos de asa en pacientes al alta después de una hospitalización por insuficiencia cardíaca aguda (ICA). Este estudio tuvo como objetivo evaluar el impacto de la prescripción de tiazidas al alta después de una hospitalización por ICA sobre el riesgo a corto plazo de reingreso por ICA. **Métodos.** Se incluyeron 3.384 pacientes consecutivos dados de alta vivos desde enero de 2008 hasta septiembre de 2021 con un ingreso índice por ICA en un único centro hospitalario. La asociación entre las tiazidas al alta según la intensidad del tratamiento con diuréticos de asa y el reingreso por ICA a los 30 días (criterio de valoración principal) se exploró mediante análisis de regresión de Cox. También se examinó una cohorte de validación de 622 pacientes. **Resultados.** La edad media de los pacientes fue 73,8 ± 11,2 años, 1.672 (47,5%) eran mujeres y 1.733 (51,2%) pacientes presentaban una fracción de eyección del ventrículo izquierdo > 50%. La mediana (RIQ) de NT-proBNP fue 3409 (1829-6963) pg/mL. Al alta, 754 (22,3%) pacientes recibieron dosis altas de furosemida (>80 mg/día) y 187 (5,5%) tiazidas. A los 30 días se registraron 76 (2,2%) fallecimientos y 449 (13,3%) reingresos por ICA. Las tiazidas al alta no se asociaron con el riesgo de reingreso por ICA a los 30 días (HR=0,92, IC 95%: 0,62 a 1,37, p=0,678). Sin embargo, esta asociación estuvo influenciada diferencialmente por la intensidad de las dosis de furosemida (valor de p para la interacción = 0,030). Las tiazidas al alta se asociaron con un menor riesgo de reingreso por ICA cuando la dosis de furosemida al alta era >80 mg/día (HR=0,39, IC 95%: 0,16 – 0,95, p=0,038). Sin embargo, las tiazidas al alta se asociaron de manera neutral con el criterio de valoración en aquellos que recibieron dosis bajas de furosemida (≤80 mg/día) (HR=1,07, IC 95%: 0,86 – 1,35, p=0,541). **Conclusiones.** En los pacientes dados de alta tras un episodio de ICA, la prescripción de tiazidas se asoció con un menor riesgo de reingreso por ICA a los 30 días cuando se prescribieron junto con dosis altas de diuréticos de asa.

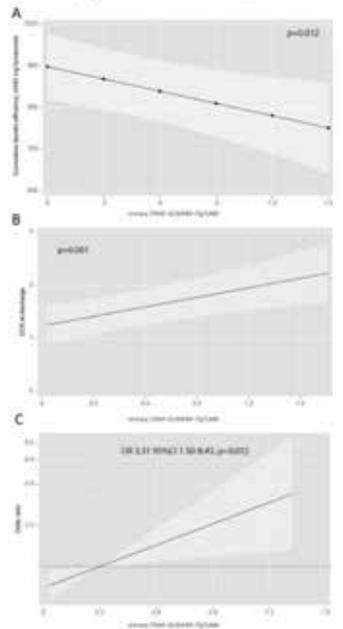


### 14 Biomarcadores urinarios de estrés tubular y eficiencia diurética en insuficiencia cardíaca aguda

Gonzalo Núñez Marín; Rafael de la Espriella; Patricia Palau; Enrique Santas; Gema Miñana; Miguel Lorenzo; Andrea Gasull; Jorge Montiel; Juan Sanchis; Julio Núñez; Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia

**Introducción:** El inhibidor tisular de metaloproteinasas-2 (TIMP-2) y la proteína 7 de unión al factor de crecimiento similar a la insulina (IGFBP-7) son dos biomarcadores de detención del ciclo celular reconocidos como marcadores de estrés tubular renal. Su media conjunta mediante el sistema NephroCheck® AKIRisk® Score se ha utilizado para predecir de forma temprana daño renal agudo en pacientes críticos y post-operados. Dado que la reabsorción tubular de sodio es el mayor determinante del consumo de oxígeno renal y que los túbulos renales son sensibles a la hipoxia, postulamos que estos biomarcadores podrían ser útiles en insuficiencia cardíaca aguda (ICA). Concretamente, este estudio evaluó la asociación entre el NephroCheck® AKIRisk® Score, la eficiencia diurética (ED) y el empeoramiento de función renal (EFR) en las primeras 72 horas de ingreso de pacientes hospitalizados por insuficiencia cardíaca aguda (ICA). **Métodos:** Se incluyeron de forma prospectiva 125 pacientes ingresados con ICA en un hospital terciario. El NephroCheck® se obtuvo en las primeras 24 horas. La ED se calculó como volumen de orina por 40 mg de equivalentes de furosemida. Se consideró EFR un aumento de creatinina ≥0.5 mg/dL a las 72 horas. **Resultados:** La mediana de AKIRisk® Score fue de 0.11 (RIQ 0.06-0.34), y 38 (30.4%) pacientes mostraron un AKIRisk® Score >0.3. La mediana de ED a 72 horas fue de 1963 mL (RIQ 1317-3239 mL). A 72 horas 10 (8%) pacientes presentaron un EFR. Tras un ajuste multivariable, se halló una relación inversa y significativa entre el AKIRisk® Score y la ED a 72 horas. A mayor AKIRisk® Score, mayor riesgo de mala ED (por debajo de la mediana) y de EFR a 72 horas (Odds Ratio [OR] 2.04; 95%; CI 1.02-4.07; p=0.043, y OR 3.31, 95% CI 1.30-8.43; p = 0.012, respectivamente) y mayor congestión residual al alta. **Conclusiones:** En pacientes con ICA, un mayor NephroCheck® AKIRisk® Score se asocia con peor ED y mayor riesgo de EFR a 72 horas. Se necesitan más estudios que confirmen el papel de estos biomarcadores de estrés tubular renal en ICA.

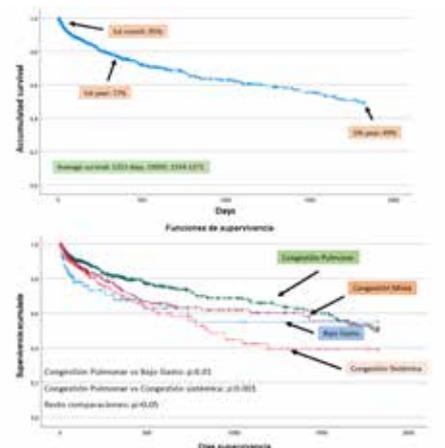
Figura 1. NephroCheck® AKIRisk® score y eficiencia diurética a 72 horas (A). NephroCheck® AKIRisk® score y estado de congestión (C) al alta (B). NephroCheck® AKIRisk® Score y empeoramiento de función renal a 72 horas (C).



### 16 Caracterización clínica de los pacientes ingresado por descompensación cardíaca. análisis de supervivencia.

Borja Guerrero Cervera; Julia Martínez Sole; Raquel López Vilella; Victor Donoso Trenado; Luis Martínez Dolz; Luis Almenar Bonet; Servicio de Cardiología del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia

**Introducción y objetivo.** En la insuficiencia cardíaca (IC) no todos los episodios de descompensación son iguales, dependiendo del gasto cardíaco y del lugar preferente de congestión. El objetivo del estudio fue caracterizar los grupos clínicos de descompensación y realizar un análisis de supervivencia. **Material y método.** Estudio longitudinal retrospectivo de pacientes ingresados de manera consecutiva por IC desde junio de 2018 a junio de 2023. Se descartaron pacientes fallecidos durante el ingreso (número final de pacientes 1668). Se definieron 4 tipos clínicos de IC: bajo gasto (n:83), congestión pulmonar (n:1044), congestión mixta (n:353) y congestión sistémica (n:188). Se analizaron antecedentes, parámetros ecocardiográficos, analíticos, terapéuticos, supervivencia global y por subgrupos. **Resultados.** El grupo de bajo gasto mostró mayor prevalencia de fracción de eyección del ventrículo izquierdo reducida (93%) y diámetros biventriculares aumentados (p<0.01). El grupo de congestión sistémica mostró mayor presencia de regurgitación tricúspideas con dilatación y disfunción grave del ventrículo derecho (p<0.0001), peor función renal y niveles de ácido úrico y CA125 más elevados (p<0.0001). Hubo mayor utilización de diuréticos en los grupos de congestión mixta y, sobre todo, sistémica (p<0.0001). La probabilidad de supervivencia global a los 5 años fue del 49%, con mayor supervivencia en congestión pulmonar y menor en congestión sistémica (p<0.002). También se encontraron diferencias en la supervivencia al mes (p<0.004) y al año (p<0.0001). **Conclusiones.** La mortalidad en IC aguda es elevada. Existen cuatro perfiles fenotípicos de descompensación que son diferentes desde el punto de vista clínico, con características distintas y con desigual pronóstico a corto, medio y largo plazo.



A. Probabilidad de supervivencia de toda la serie. B. Probabilidad de supervivencia por los grupos de estudio.

Mediana de supervivencia:  
 Grupo Bajo Gasto: 1113 días, IC95%: 845-1282  
 Grupo Congestión Pulmonar: 1288 días, IC95%: 1254-1362  
 Grupo Congestión Mixta: 1191 días, IC95%: 1064-1317  
 Grupo Congestión Sistémica: 990 días, IC95%: 832-1148



## 21 Seguridad del uso de Vericiguat en pacientes mayores de 75 años con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección deprimida en vida real

Carrillo Alemán, L; De Lara Delgado, G; Solano Hernandez, C; Cano, S; Cambra Poveda, C; Villamia Mora, B; Sánchez Fernández, MJ; Yezpe Naranjo, F; León Alloca, R; Centurion Inda, R; Cardiología, Hospital Universitario de Torrevieja.

**Introducción:** El vericiguat es un nuevo tratamiento para pacientes con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida (IC-FEVlr), que mejora el pronóstico de estos pacientes. Su uso en práctica clínica habitual es limitado debido a su incorporación en los últimos meses a la terapéutica española. Nuestro objetivo es valorar su eficacia y seguridad en pacientes en vida real independiente de su edad.

**Métodos:** Estudio observacional longitudinal prospectivo de pacientes desde enero de 2023 hasta Febrero de 2024, con IC-FEVlr (FEVI<40%) que presentaban criterios para inicio de vericiguat. Dividimos a los pacientes en dos a grupos de edad, menores a 75 años y mayores o iguales a 75 años.

**Resultados:** Durante el periodo de estudio, se preincubieron 63 tratamientos, 37 menores a 75 años (58,7%) y 26 mayor o igual a 75 años (41,2%). De ellos, 8 pacientes fueron mayores de 80 años. La mayoría fueron hombres en ambos grupos, con solo 9 mujeres en los menores de 75 años, y 5 en los mayores o iguales a 75 años (24,3% y 19,2% respectivamente). En ambos grupos se usó sobre todo en IC crónica, con IC de novo en 3 pacientes en menores de 75 y 4 en mayores de 75 (8,1% vs 15,3%). La FEVI previa fue del 32% en ambos grupos. La tensión arterial sistólica (TAS) promedio antes del inicio del vericiguat fue de 109mmHg vs 112 mmHg. Los valores de hemoglobina promedio fueron de 13,6 g/dL vs 14,7mg/dL. El valor de NT-proBNP previo fue 3055 pg/ml vs 6545 pg/ml. La creatinina previa fue 1,19 mg/dL vs 1,41 mg/dL. La utilización de diuréticos de asa cuando se inició el vericiguat fue en 35,7% de los pacientes los menores de 75 , y en 56,2% en mayores de 75 años. Tras un mes del inicio del tratamiento, se repitió la ecocardiografía y analítica a los pacientes. La FEVI mejoró en el grupo de menores de 75 a 37%, sin embargo, en los mayores de 75 a 41% (con una mejoría promedio de 8% vs 11% respectivamente). La TAS tras el tratamiento fue de 117mmHg vs 116mmHg. El valor de NT-proBNP fue 1659 pg/ml vs 1377 pg/ml y el de creatinina fue 1mg/dl vs 1,29 mg/dL. No hubo diferencias estadísticamente significativas en todas las variables analizadas. Se tuvo que retirar 3 tratamientos en total, 2 de ellos en el grupo de menores de 75 años y 1 en los mayores por intolerancia e hipotensión marcada. Hubo 2 exitos en el grupo de menores de 75 años y 1 en el grupo de mayores de 75 años.

**Conclusiones:** El vericiguat es un tratamiento para la IC-FEVlr, que puede utilizarse en todos los grupos de edad, incluso en ancianos, con misma seguridad y eficacia que en pacientes más jóvenes.

## 23 Capacidad física y parámetros ecocardiográficos en pacientes adultos con D-TGA y corrección anatómica

Borja Guerrero Cervera; Francisco Buendía Fuentes; María Rodríguez Serrano; Ana Osa Sáez; María Calvo Asensio; Valero Vicente Soriano Alfonso; Jose Carlos Sánchez Martínez; Julia Martínez Solé; Luis Martínez Dolz; Servicio de Cardiología del Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia

**Objetivos:** La corrección anatómica ("switch arterial") es la cirugía de elección en pacientes con Dextrotrasposición de las grandes arterias (D-TGA). A pesar de conseguir una corrección anatómica, se ha descrito cierto grado de disfunción ventricular izquierda subclínica en estos pacientes. El objetivo de este trabajo es evaluar la capacidad de esfuerzo valorada mediante prueba de esfuerzo con consumo de oxígeno (ergoespirometría), y su relación con parámetros ecocardiográficos, incluyendo estudio del strain longitudinal ventricular (SLG-VI) y auricular izquierdo. **Material y métodos:** Estudio unicéntrico y retrospectivo. Se analizaron los datos de una cohorte de 64 pacientes con D-TGA tanto simple (sin asociar otra cardiopatía o con CIA) como compleja (D-TGA más otra cardiopatía congénita, excepto CIA) corregidos mediante "switch arterial", estudiados con ecocardiografía y ergoespirometría. Como variables ecocardiográficas se analizaron: parámetros de función sistólica ventricular izquierda incluyendo modelo tridimensional, strain longitudinal global ventricular y auricular izquierdo, parámetros de disfunción diastólica, volúmenes de aurícula izquierda, presencia de valvulopatía y parámetros sobre función ventricular derecha. La capacidad de esfuerzo se valoró mediante: RER, consumo máximo de O2, pulso O2, Pendiente VE/VCO2, FC máxima y TA sistólica máxima (tanto en valores absolutos como en porcentaje del predicho). **Resultados:** Se incluyeron 64 pacientes, con una edad media de 24,9 años y un 70,3% de hombres. El 98,4% de los pacientes se encontraba en clase NYHA I en el momento de la ergoespirometría. Un 75% tenían una D-TGA simple y un 25% una D-TGA compleja: 9 asociaban comunicación interventricular (CIV), 3 CIV + Coartación de aorta (CoAo), 1 CoAo solo, 1 CIV + obstrucción TSVI, 1 estenosis valvular pulmonar congénita y 1 estenosis valvular pulmonar congénita + CIV. En cuanto a los resultados de la ergoespirometría, el RER medio fue de 1.14, alcanzaron 171 lpm de media durante la prueba lo que supone un 87,9% de la frecuencia cardíaca máxima, con una TA sistólica pico de 170mmHg de media y un VO2 max de 29,3 mL/kg/min y un pulso de O2 de 11,23 mL. Lo que representa un 72,7% y un 74,4% respecto a la población de referencia. Su reserva ventilatoria fue de un 45% de media y la VE/VCO2 de 29,4. Ningún parámetro ecocardiográfico se correlacionó con la capacidad de esfuerzo, salvo una asociación entre el Pulso de O2 (estimado en porcentaje del predicho) con el strain longitudinal ventricular izquierdo y TAPSE. **Conclusiones:** Los pacientes adultos con D-TGA con corrección anatómica presentan una capacidad de ejercicio levemente disminuida respecto a la población general. Se objetivó una asociación entre el pulso de oxígeno (porcentaje del predicho) y el strain longitudinal del VI y el TAPSE.

Tabla 1: Correlaciones univariadas

		FEVI Biplano	Strain AI Reservorio	Volumen máximo AI (4C)	FEVI 3D	Strain VI	TAPSE
VO2 máx	Correlación "r"	0,181	-0,179	0,133	-0,067	-0,073	0,117
	p-valor	0,315	0,156	0,341	0,619	0,573	0,383
VO2 máx porcentaje	Correlación "r"	-0,094	-0,169	0,073	-0,29	-0,091	0,123
	p-valor	0,602	0,182	0,605	0,229	0,480	0,357
Pulso O2	Correlación "r"	0,193	-0,026	0,585	0,094	-0,211	0,319
	p-valor	0,282	0,840	0,112	0,487	0,100	0,015
Pulso O2 porcentaje	Correlación "r"	0,154	0,062	0,054	0,046	-0,285	0,309
	p-valor	0,391	0,629	0,315	0,733	0,025	0,018
VE/VCO2	Correlación "r"	0,159	-0,023	0,176	-0,105	-0,022	0,022
	p-valor	0,377	0,858	0,208	0,437	0,867	0,872

## 22 Endocarditis infecciosa por T. whipplei

Soriano Alfonso, V; Murillo Varona, G; Robles Pérez, E; Domingo Valero, D; Arnau Vives, MA; Martínez Dolz, LV; Cardiología, Hospital universitari i polític La Fe; Valencia

**INTRODUCCIÓN:** La Endocarditis infecciosa por T. whipplei es una enfermedad rara, con un manejo y diagnóstico fuera de lo convencional.

**MÉTODOS:** Se presentan dos pacientes, sin enfermedades cardiovasculares relevantes, con un inicio de síntomas diferente; cuadro de insuficiencia cardíaca aguda en el primero; y alteración del campo visual en el segundo. Durante las pruebas complementarias, en la ecocardiografía transtorácica se objetivaron vegetaciones aórticas de gran tamaño, que requirieron de cirugía urgente. Durante la evolución clínica, se detectó T. whipplei en PCR y finalmente se inició tratamiento dirigido.

**DISCUSIÓN:** La EI por T. whipplei es una causa poco común de endocarditis, causada por una bacteria Gram positiva que provoca la Enfermedad de Whipple, definida como artritis, diarrea, malabsorción y pérdida de peso. Además puede afectar a otros órganos, como el corazón, y a dicho nivel el endocardio valvular, con manifestaciones clínicas fuera de lo común, provocando un retraso diagnóstico, el cual requiere de técnicas moleculares al no crecer en cultivos convencionales. Su tratamiento es prolongado, con cotrimoxazol o doxiciclina e hidroxiquina.

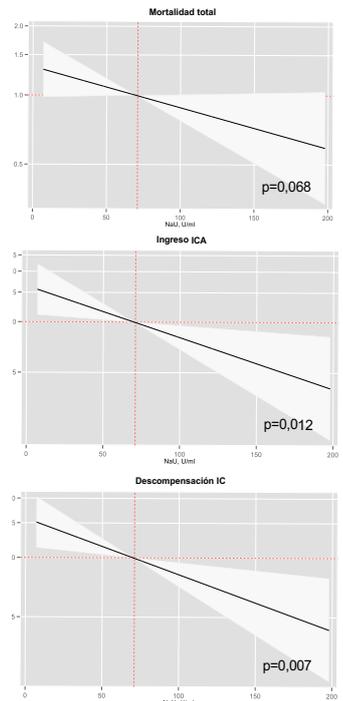
**CONCLUSIÓN:** La EI por T. whipplei es una entidad a tener en cuenta en pacientes con EI con hemocultivos negativos, debido a su diagnóstico y tratamiento específicos.

## 24 Determinación puntual de sodio urinario en pacientes ambulatorios con insuficiencia cardíaca

Lorenzo, M; Valls, N; Nuñez, G; Montiel, J; Gasull, A; de la Espriella, R; Miñana, G; Nuñez, E; Sanchis, J; Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario, Valencia, España.

**Introducción:** La determinación puntual de sodio urinario (UNa+) constituye una alternativa válida para predecir y monitorizar la respuesta diurética en pacientes con insuficiencia cardíaca aguda (ICA). Sin embargo, la evidencia en pacientes ambulatorios es escasa. Nuestro objetivo fue examinar si el UNa+ se asocia con el riesgo de muerte o descompensación de IC en pacientes con IC crónica estable. **Métodos:** Se trata de un estudio observacional y retrospectivo que incluyó a 1145 pacientes con IC estable en seguimiento en una Unidad de IC especializada en un único centro terciario. La evaluación de UNa+ se realizó 1-7 días previo a la visita. El criterio de validación principal fue la asociación a largo plazo entre UNa+ y el riesgo de muerte total, hospitalización por ICA y eventos de descompensación de IC (incluyendo hospitalización por ICA, visita a Urgencias o administración de diurético parenteral en la Unidad de IC).

Los análisis se realizaron mediante modelos de regresión de Cox multivariados. **Resultados:** La edad media ± DE fue de 73 ± 11 años, 670 (58,5%) eran hombres, 902 (78,8%) estaban en clase II estable de la NYHA y 595 (52%) tenían una fracción de eyección del ventrículo izquierdo ≥50%. La mediana (RIC) de UNa+ fue de 72 (51-94) mmol/L. En un seguimiento medio de 2,63 (1,70-3,36) años, registramos 293 (25,6%) muertes, 244 ingresos por ICA y 382 eventos de empeoramiento de IC en 170 (14,85%) y 233 (20,3%) pacientes, respectivamente. Tras el ajuste multivariado, el UNa+ basal se asoció de forma inversa con el riesgo de ingreso por ICA (HR 0,97; CI95% 0,94-0,99; p=0,012) y de descompensación de IC (HR 0,97; CI95% 0,95-0,99; p=0,007), y fue significativo de forma marginal para mortalidad por todas las causas (HR 0,66; CI95% 0,43-1,03; p=0,068). **Conclusión:** En pacientes con insuficiencia cardíaca estable, la determinación puntual de UNa+ es un marcador pronóstico asociado de forma inversa con la hospitalización recurrente por ICA y los eventos totales de descompensación de IC.



## 25 Perfil de riesgo y supervivencia de los pacientes con hipertensión arterial pulmonar asociada a cortocircuitos pretricuspidales

Calvo Asensio, M; Buendía Fuentes, F; Arnau Vives, MA; Andrés Lalaguna, L; Martínez Dolz, L; Rueda Soriano, J; Hospital Universitari i Politècnic La Fe

**Introducción y objetivos:** La hipertensión arterial pulmonar (HAP) asociada a las cardiopatías congénitas (CC) es una vasculopatía consecuencia de un cortocircuito izquierda-derecha. Se estima que afecta entre el 5 y el 10% de los pacientes con CC, siendo una población heterogénea, de la que disponemos de bajos niveles de evidencia para su manejo. Podemos clasificar los pacientes según clasificaciones anatómicas: defecto pretricuspidal o posttricuspidal; o según clasificaciones clínico-hemodinámicas: síndrome de Eisenmenger (SE) (shunt derecha-izquierda o bidireccional), defecto amplio con shunt izquierda-derecha (elevación de presiones y resistencias vasculares pulmonares (RVP) sin inversión del shunt), defectos pequeños coincidentes (por sí mismos no producirían hipertensión pulmonar), y HAP tras reparación del defecto. Aunque se ha observado una peor evolución en los pacientes con shunt pretricuspidal, no se disponen de estudios que analicen el pronóstico de los diferentes subgrupos de pacientes focalizándose exclusivamente en aquellos con cortocircuito pretricuspidal. **Métodos:** Estudio observacional, unicéntrico y retrospectivo. Incluye pacientes con defectos simples pretricuspidales (CIA OS, CIA seno venoso, CIA OP aislada y DVPA parciales). Se han analizado las características

	TOTAL	EISENMENGER	POST REPARACION	NO CORREGIBLE	P
N (%)	65 (100%)	16 (24.6%)	18 (27.7%)	31 (47.7%)	
Edad (años)	53.8 ± 12.4	47.3 ± 11.9	56.4 ± 10	55.4 ± 13.2	0.07
Mujeres	49 (75.4%)	12 (75%)	15 (83.3%)	22 (71%)	0.62
NYHA III/IV	20 (30.8%)	8 (50%)	5 (27.8%)	7 (22.6%)	0.1
TMEM (m <sup>2</sup> )	398 (335-439)	385 (275-423)	390 (335-438)	420 (366-447)	0.2
Índice cardíaco (l/min/m <sup>2</sup> )	65 (325-1074)	1842 (697-1842)	517 (227-995)	417 (297-887)	0.05
Índice cardíaco (l/min/m <sup>2</sup> )	2.6 ± 0.5	2.3 ± 0.6	2.5 ± 0.6	2.7 ± 0.4	0.2
RVP (lwg)	7.25 ± 4	12.2 ± 4.7	6.8 ± 2.7	5.4 ± 6.98	0.001
PAAD (mmHg)	48.3 ± 12.2	60.1 ± 13	45.3 ± 11.6	43.9 ± 7.5	0.002
PAAD (mmHg)	10.5 ± 2	11.1 ± 2.1	10.5 ± 1.8	10.3 ± 2.2	0.47
Monoterapia	30 (46.2%)	2 (12.5%)	6 (33.3%)	22 (71%)	0.02
Doble-terapia	23 (35.4%)	6 (37.5%)	8 (44.4%)	9 (29%)	0.4
Triple-terapia	12 (18.5%)	8 (50%)	4 (22.2%)	0 (0%)	0.04
TAPSE (mm)	18.6 ± 4.6	18.19 ± 4.75	16.41 ± 4.06	20.14 ± 4.39	0.025
TAPSE/PAPA*	0.26 (0.17-0.32)	0.18 (0.14-0.26)	0.26 (0.18-0.33)	0.30 (0.20-0.58)	0.002
Duración post-intervención	8 (12.3%)	4 (25%)	1 (5.6%)	3 (9.7%)	0.1

Tabla 1: características basales y eventos en el seguimiento.  
\*: indica variable que no sigue la normalidad.

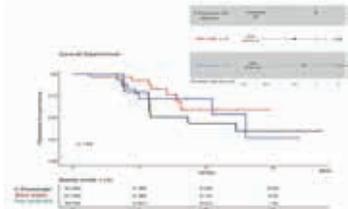


Figura 1: análisis de supervivencia.

clínicas, funcionales, hemodinámicas, así como el pronóstico. A todos los pacientes se les realizó un cateterismo cardiaco derecho que confirmó hipertensión arterial pulmonar, y en función de los resultados, se clasificaron en tres grupos: síndrome de Eisenmenger, HAP con cortocircuito amplio no corregible y HAP tras reparación del defecto. **Resultados:** Los datos basales y los eventos presentados en el seguimiento se recogen en la tabla 1. Durante el seguimiento, 6 años (1-13 años), se produjeron 21 muertes (32,3%) y 4 trasplantes (2,6%). Las causas de muerte fueron en un 48% insuficiencia cardiaca, 19% post-intervención, 9,5% muerte súbita cardiaca y 9,5% sepsis. En el análisis de supervivencia no se objetivaron diferencias significativas entre los 3 grupos (p=0,4) (figura 1). **Conclusiones:** A diferencia de lo reportado en estudios previos, se observó una mortalidad similar entre los diferentes grupos hemodinámicos, aunque con una tendencia a un peor pronóstico en los pacientes con SE. Nuestros datos pueden tener implicaciones importantes en la práctica clínica, al mostrar que los pacientes con SE en el contexto de cortocircuitos pretricuspidales presentan un pronóstico similar al grupo de HAP post-intervención.

## 26 Evaluación del intervalo de tiempo entre la detección de fibrilación auricular y su tratamiento en pacientes portadores de holter insertable

Lucía De la Hoz Marañón; Vicente Ignacio Arrarte Esteban; Isabel María Lillo Ródenas; Juan Gabriel Martínez Martínez; José Manuel Mateo Soler; Inés Lledó Mateo; Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario Dr. Balmis de Alicante.

**Introducción:** La monitorización remota (MR) de los dispositivos cardiovasculares electrónicos implantables (CIED) para el control del ritmo cardiaco (CRM) permite la detección de arritmias, como los episodios auriculares de alta frecuencia (AHRE, por sus siglas en inglés).

**Objetivo:** El objetivo principal de este estudio es determinar el intervalo de tiempo existente entre la detección de un AHRE, que requiere anticoagulación oral (ACO), mediante el sistema de MR de los CIED para el CRM por parte del personal de enfermería y la prescripción del ACO por parte del facultativo correspondiente.

**Metodología:** Estudio observacional, cohortes, retrospectivo, unicéntrico. Se recogió una muestra de manera retrospectiva de pacientes que presentaron datos de alerta de arritmias auriculares en un período de tiempo de seis meses. Se obtuvieron los datos de factores de riesgo asociados a Fibrilación Auricular (FA) y las fechas correspondientes a: AHRE, realización de petición cita virtual por parte del personal de enfermería con el médico correspondiente para valorar el caso y prescripción por parte del médico en cuestión. La evaluación de la distribución normal de los datos se realizó mediante la prueba de Kolmogorov Smirnov y Estadístico de Shapiro-Wilk. Este estudio no conllevó ningún tipo de modificación en la práctica clínica habitual ya que la recogida de las variables de los sujetos participantes se realiza con carácter retrospectivo. Así como este protocolo cumple los requisitos establecidos por las distintas legislaciones pertinentes.

**Resultados y discusión:** Se incluyeron 18 pacientes y el intervalo de tiempo entre la detección del evento y la prescripción del tratamiento de ACO presentó una mediana de 14,50 días con un recorrido intercuartílico 3,50-27,75. El intervalo de tiempo medio entre la aparición del AHRE y la prescripción del tratamiento ACO fue 31,28 días (±37,56), presentando una distribución normal de los datos. La MR es una herramienta clave para el diagnóstico de AHRE. Presenta muchas ventajas, entre ellas la detección precoz de la FA y la simplificación del seguimiento. No obstante, es necesario definir con mayor claridad el umbral de carga de FA a partir del cual se debe iniciar la ACO. Esta laguna de conocimiento ha dado lugar a una variación sustancial en los patrones de práctica clínica habitual.

**Conclusiones:** El intervalo de 14,5 días entre la detección de FA y la prescripción del tratamiento anticoagulante indican una posible detección precoz respecto a la revisión anual de dichos pacientes en consulta presencial. Estos resultados abren la puerta a futuras investigaciones sobre la organización de Unidades de Seguimiento de MR y los tiempos de inicio de la ACO.

## 27 Predictores de incompetencia cronotrópica en un Programa de Rehabilitación Cardíaca postinfarto

Marcos-Garcés, V; Merenciano-González, H; Martínez Mas, ML; Climent Alberola, JI; López Bueno, L; Esteban Argente, MC; Valls Reig, M; Payá Rubio, A; Sanchis Forés, J; Bodí, V; Servicio de Cardiología y Servicio de Rehabilitación, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia

**Objetivos.** La incompetencia cronotrópica (InCr) es relativamente frecuente tras un infarto agudo de miocardio (IAM) y puede afectar negativamente a la capacidad física, especialmente si se añade tratamiento cronotrópico negativo (TCN). El objetivo de nuestro trabajo es predecir la InCr en la prueba de esfuerzo (ExECG) inicial en pacientes con IAM incluidos en un Programa de Rehabilitación Cardíaca (PRC).

**Métodos.** Incluímos prospectivamente a pacientes con IAM con elevación del segmento ST (IAMCEST) o IAM oclusivo (OMI) en nuestro PRC. Después de una estabilización clínica inicial y optimización del tratamiento farmacológico, se realizó una ExECG (convencional o con consumo de gases). Se midió el consumo pico de oxígeno (VO<sub>2</sub> pico) y el índice de reserva cronotrópica [(frecuencia cardiaca máxima - frecuencia cardiaca en reposo) / ((220-edad) - frecuencia cardiaca en reposo)]. Definimos la InCr como un índice de reserva cronotrópica <80% (≤62% en pacientes tratados con TCN). Se registró la terapia farmacológica con TCN en dosis absolutas y en unidades equivalentes de bisoprolol 2.5mg (UEB2.5). Se estudió el efecto de la TCN en la InCr mediante la prueba de ANOVA, y los predictores de la InCr mediante análisis de regresión logística binaria. El modelo se analizó mediante el área bajo la curva (AUC) en las curvas ROC. Se consideró estadísticamente significativo un valor de p<0.05.

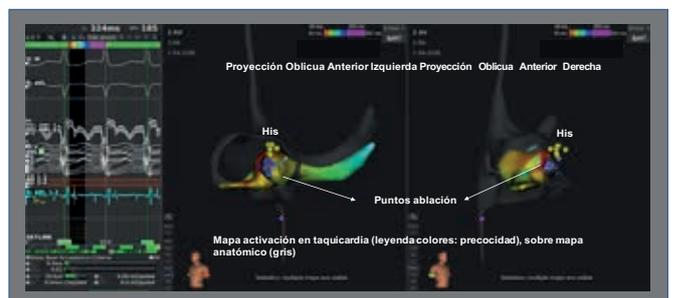
**Resultados.** La cohorte estuvo compuesta por 143 pacientes, en su mayoría hombres de mediana edad (media de 60.3±15.8 años) con IAM anterior o inferior (44.8% y 44.8%, respectivamente). La fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) media fue de 52.4±10.6%, y el 36.4% presentaba FEVI<50%. La mayoría de los pacientes se encontraban en tratamiento con TCN (n=125, 87.4%), y la dosis equivalente mediana fue de 1 [0.5-1] UEB2.5. Se observó IC en más de la mitad de la población en la ExECG inicial (n=75, 52.4%). Dosis más altas de TCN por UEB2.5 se asociaron con índices de reserva cronotrópica promedio más bajos: 72.8±24.4% en pacientes sin TCN; 71.7±18.7% en pacientes con 0.5 UEB2.5; 62.8±18.2% en pacientes con 1 UEB2.5; y 58.7±16.9% en pacientes con ≥2 UEB2.5 (ANOVA p=0.04). En el análisis de regresión logística binaria, solo dos variables fueron predictores independientes de InCr: la diabetes mellitus (HR 3.02 [1.26-7.23], p=0.01) y la FEVI (0.97 [0.94-0.99] por cada aumento en %, p=0.04). Sin embargo, el poder predictivo del modelo fue pobre (AUC 0.62 [0.53-0.71], p=0.01).

**Conclusiones.** La incompetencia cronotrópica después de un IAM se asocia con una menor FEVI, la diabetes mellitus y mayores dosis de TCN. Aunque existe una variabilidad significativa entre individuos en la respuesta cronotrópica en el período postinfarto, estos factores podrían considerarse para realizar una prescripción (o deprescripción) individualizada, especialmente en pacientes que podrían no obtener beneficios pronósticos del TCN.

## 28 Análisis de eficacia aguda y seguridad de ablación con zero escopia en vías accesorias derechas mediante sistema de navegación electroanatómica

Salvador Escandell Oria; Silvia De La Cruz Cereceda; Víctor Pérez Roselló; Francisco Ribes Tur; Ana Roca Junco; Enric Marco Beltrán; Antonio Martínez Fuertes; David López Cerdá; Alejandro Belver Navarro; Clara Gunturiz Beltrán; Cardiología-Electrofisiología, Hospital General Universitario Castellón, Castellón

**Introducción y objetivo:** El tratamiento de elección de las vías accesorias (VAc) es la ablación por catéter. El uso de sistemas de mapeo electroanatómico tridimensional (SMEA) permite reducir el uso de escopia minimizando la exposición a la radiación ionizante. El objetivo del estudio es evaluar la eficacia y seguridad de ablación de VAc derechas mediante SMEA sin utilizar fluoroscopia. **Métodos:** Estudio observacional de cohortes. Entre 1/2016 y 12/2020 se incluyeron de forma consecutiva un total de 41 pacientes con diagnóstico (antes o durante el procedimiento) de VAc derecha e indicación ablación. Se compara grupo estudio (n=20, 48.8%) con ablación únicamente mediante SMEA y grupo control (n=21, 51.2%), sometidos a procedimiento de ablación convencional guiado exclusivamente por fluoroscopia. **Resultados:** Había 23 (56,1%) varones, de 37,5±16,0 años, sin diferencias significativas en características basales, con taquicardia supraventricular documentada en 10 (24,4%), preexcitación en ECG 31(75,6%)/60,90,5% grupo estudio/control, p=0,02) con síndrome Wolf Parkinson White 24 (58,5%). La distribución de localización de las vías era similar entre grupos (p=0,38), las vías presentaban conducción anterógrada/retrógrada o bidireccional (29,3/26,8/43,9%) (p=0,12). No hubo diferencias significativas en eficacia aguda: en grupo estudio ablación fallida 4 (20%) (3 localización posteroseptal ligada al seno coronario, 1 localización anterior con escasa estabilidad) vs grupo control 1 (4,8%) (bloqueo mecánico persistente vía, imposibilidad ablación) (p=0,14). El tiempo de diagnóstico en procedimiento (p=0,05), tiempo de espera (como factor protector) (p=0,04), y localización posteroseptal ligada a seno coronario (p=0,04) fueron factores predictores independientes de ablación fallida en total población (análisis uni y multivariado). En cuanto a complicaciones, el grupo estudio presentó bloqueo de rama derecha 1(5,0%) y bloqueo mecánico vía 3(15,0%), sin impedir intervención; en grupo control se produjeron bloqueo aurículo-ventricular (BAV) 2 (9,9%) (implante marcapasos definitivo en 1), y bloqueo mecánico vía 1(4,8%), que impidió finalizar procedimiento (p=0,40). Únicamente la localización anteroseptal (p=0,15) y tiempo de espera (como factor protector) (p=0,09) persistieron en análisis multivariado como factores de riesgo, sin alcanzar significación estadística. **Conclusiones:** La ablación de VAc derechas mediante SMEA y sin escopia presenta eficacia aguda y seguridad similares, con potencial reducción de BAV (no significativo), evitando la exposición a la radiación y sus riesgos derivados.



### 29 Factibilidad de la ablación con zero escopia de vías accesorias derechas mediante sistema de navegación electroanatómica.

Álvoro Martorell Cano; Laura Giménez García; Francisco Ribes Tur; Víctor Pérez Roselló; Noelia Aymimir Pérez; David López Cerdá; Antonio Martínez Fuertes; Alejandro Bellver Navarro; Clara Gunturiz Beltrán; Cardiología-Electrofisiología, Hospital General Universitario Castellón, Castellón

**Introducción y objetivo:** La ablación de vías accesorias (VAc) se realiza bajo control fluoroscópico, aunque preocupan los efectos nocivos de la radiación ionizante. Los sistemas de mapeo electroanatómico (SMEA) minimizan su exposición. El objetivo del estudio es analizar la factibilidad de la ablación de VAc derechas mediante uso exclusivo de SMEA en comparación con procedimiento estándar con fluoroscopia. **Métodos:** Estudio observacional de cohortes. Se incluyen entre 1/2016 a 12/2020, un total de 41 pacientes consecutivos con diagnóstico (previo o durante procedimiento) de VAc derecha e indicación de ablación. Se comparan tiempos de procedimiento y datos técnicos entre grupo estudio (n=20, 48,8%) con ablación exclusiva mediante SMEA y grupo control (n=21, 51,2%) sometido a ablación convencional guiada por fluoroscopia. **Resultados:** Había 23 (56,1%) varones, de 37,5±16,0 años, sin diferencias significativas en características basales. Presentaban preexcitación en ECG 31(75,6%) (60/90,5% grupo estudio/control, p=0,02). Solo 2 casos del grupo estudio (4,9% del total) fueron procedimiento "redo". La localización de VAc era similar (p=0,38). En grupo estudio/control tenían conducción anterógrada 60/85,7% (p=0,06), y el abordaje fue anterógrado/retrógrado/combinado (53,7/31,7/4,9%) (p=0,11). No hubo diferencias en número y tipo de catéteres diagnósticos utilizado (1/2 deflectables y/o no deflectables) (p=0,41). En ambos grupos se utilizó un catéter de ablación convencional (grupo estudio con sensor magnético), y solo 4/2 casos grupo estudio/control se requirió catéter irrigado adicional. Se compararon tiempos de procedimiento desglosados: grupo estudio presentó mayor tiempo diagnóstico, tiempo radiofrecuencia, más número aplicaciones, y mayor tiempo total, sin diferencias significativas (tabla). Los pacientes con conducción anterógrada VAc (única o bidireccional) (del total población) mostraron menor tiempo diagnóstico [38,2±20,0/60,5±25,6 minutos, p=0,01]; sin diferencias en resto de tiempos analizados. El antecedente de palpitaciones se asoció con mayor tiempo de procedimiento (p<0,0001); y menor: género masculino (p=0,03), localización septal (solo grupo estudio, p=0,03), anterosseptal (p=0,01), y uso isoproterenol (p=0,06). **Conclusiones:** La ablación de VAc derechas mediante SMEA y sin escopia es factible, aunque con prolongación del tiempo de procedimiento relativa no significativa, en relación con mayor tiempo de diagnóstico y radiofrecuencia respecto a la técnica estándar con fluoroscopia.

	Total n= 41	No fluoroscopia (n=20)	Fluoroscopia (n=21)	p
Tiempo mapeo (min)	11,1±9,1	11,1±5,5	11,19±11,54	0,96
Tiempo diagnóstico (min)	44,5±23,6	53,2±26,9	36,2±16,9	0,02
Aplicaciones radiofrecuencia (n°)	22,0±25,3	31,1±30,8	13,0±14,1	0,02
Tiempo radiofrecuencia (seg)	572,9±851,3	831,7±1118,1	314,1±310,2	0,05
Tiempo espera (min)	22,7±11,6	20,2±12,1	25,4±10,7	0,17
Tiempo total procedimiento (sin tiempo espera) (min)	111,5±68,5	127,2±72,1	95,1±62,1	0,15
Tiempo total procedimiento (min)	131,1±66,4	147,4±68,0	115,6±63,6	0,13

### 31 Seguridad del estudio electrofisiológico en la estratificación del riesgo de BAV en pacientes con BCRHH de novo post-TAVI

Diego Iraola Viana; Juan Miguel Sánchez Gómez; Laura de las Heras Pellicer; Sergio García Blás; Ana Gabaldón Pérez; Ángel Martínez Brotons; Lourdes Bondanza Saavedra; Eloy Domínguez Mafé; Juan Sanchís Forés; Ángel Ferrero De Loma-Osorio; Servicio de Cardiología del Hospital Clínico Universitario de Valencia

**ANTECEDENTES.** Un porcentaje significativo de pacientes presenta bloqueo completo de rama izquierda del haz de His (BCRIHH) de novo persistente tras el implante de prótesis TAVI. El estudio electrofisiológico (EEF) podría ser de utilidad para estratificar el riesgo de bloqueo auriculoventricular (BAV) en estos pacientes, ayudando a guiar la necesidad de seguimiento y la indicación de implante de marcapasos definitivo.

**OBJETIVOS.** El objetivo primario del estudio fue describir la incidencia de eventos bradiarítmicos en el seguimiento a 30 días: bloqueo AV en la monitorización mediante Nuubo en pacientes con estudio electrofisiológico negativo y estimulación ventricular ≥ 5% en el grupo de estudio electrofisiológico positivo e implante de marcapasos.

**MÉTODOS.** Estudio observacional prospectivo de pacientes consecutivos no portadores de marcapasos definitivo a los que se les implanta una TAVI por acceso transfemoral entre 2021 y 2023. En caso de presentar BCRHH de novo persistente post-TAVI, se realizó un EEF. El EEF se consideró positivo a partir de una medición del intervalo His-Ventrículo (HV) >70ms de forma basal, o >100ms o más del doble del basal tras infusión de procainamida a dosis de 10mg/kg. En caso de resultar positivo, se implantó marcapasos definitivo. En caso de EEF negativo, se siguió a los pacientes con un sistema de monitorización de ECG prolongada (Nuubo) durante 30 días.

**RESULTADOS.** Se incluyó a 266 pacientes no portadores de marcapasos a los que se implantó una TAVI. El 10,15% de los pacientes (n=27) desarrolló un BCRHH tras el procedimiento. De estos pacientes, el 29,62% resultó positivo en el EEF (n=8), implantando un marcapasos definitivo. Al resto (n=19) se le monitorizó con sistema de monitorización prolongada durante 30 días. Durante el seguimiento de los pacientes con marcapasos, solo un paciente (12,5%) fue dependiente de estimulación. Entre los pacientes con un resultado negativo en el EEF, no se registró ningún evento arrítmico durante monitorización con ECG prolongada de 30 días con Nuubo.

**CONCLUSIONES.** Alrededor una décima parte de los pacientes desarrollaron BCRHH post-TAVI. Los eventos bradiarítmicos resgistrados en ambos grupos fueron escasos. El 12,5% de los pacientes portadores de marcapasos fue dependiente de estimulación, y no se detectó ningún evento bradiarítmico en los pacientes con EEF negativo. El EEF podría ser una herramienta segura para estratificar el riesgo de BAV en los pacientes con BCRHH de novo persistente post-TAVI.

### 30 Seguimiento a largo plazo de pacientes con cardiopatía congénita y estimulación del sistema de conducción

Calvo Asensio, M; Navarrete Navarro, J; Guerrero Cervera, B; Jover Pastor, P; Navarro Manchón, J; Izquierdo De Francisco, M; Osca Asensi, J; Rueda Soriano, J; Martínez Dolz, L; Cano Pérez, O; Hospital Universitari i Politècnic La Fe

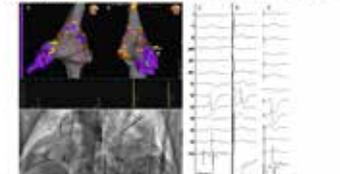
**Introducción y objetivos:** La estimulación del sistema de conducción (ESC) es una forma de estimulación fisiológica a priori interesante para pacientes con cardiopatía congénita (CC) ya que se trata de pacientes jóvenes que precisarán estimulación permanente durante muchos años. Esto hace que el riesgo de desarrollo de miocardiopatía inducida por estimulación sea elevado, como también lo es la probabilidad de experimentar complicaciones relacionadas con el dispositivo y los cables, que es muy superior a la de la población general con indicación de estimulación. Existen pocos datos en la literatura sobre la utilidad de la ESC en pacientes con CC, especialmente en lo que se refiere a datos de seguimiento a largo plazo. El objetivo de este trabajo ha sido evaluar la viabilidad y seguridad a largo plazo de la ESC en pacientes con CC. **Métodos:** Estudio observacional y retrospectivo de pacientes consecutivos con CC que han recibido un dispositivo de estimulación con ESC en nuestro centro. Se analizaron parámetros clínicos, eléctricos y ecocardiográficos a lo largo del seguimiento así como complicaciones y necesidad de reintervención quirúrgica por disfunción del cable de ESC.

**Resultados:** Se incluyeron 54 pacientes con CC (45% mujeres, edad media 39 ± 20 años) un 45% con CC moderada y un 29% con formas complejas. De ellos, en 9 se realizó estimulación hisiana, en 45 estimulación en área de rama izquierda [EARI]. El seguimiento medio fue de 26 ± 17 meses. Los parámetros eléctricos (umbral de estimulación ventricular y detección) permanecieron estables en el seguimiento: umbral ESC 0.82±0.39 V en el implante y 0.72±0.32 V en el último seguimiento, (p=0,08); onda R 9.6±5.9 mV en el implante y 9.7±5.1 mV en el último seguimiento. La fracción de eyección del ventrículo sistémico (FEVS) mejoró aunque sin alcanzar diferencias significativas (FEVS basal 49±14% vs FEVS seguimiento 54±17%, p=0,10). Tres pacientes (5,6%) precisaron revisión quirúrgica del cable de ESC (2 por aumento del umbral de estimulación hisiana, uno por dislocación aguda del cable) mientras que en 2 pacientes adicionales con EARI se perdió la captura del sistema de conducción quedando con estimulación miocárdica convencional en el seguimiento por microdislocación del cable. Un paciente con tetralogía de Fallot fue reintervenido para implantar un nuevo cable en EARI y un cable en el seno coronario tras desarrollar disfunción ventricular durante estimulación septal profunda. La supervivencia libre de necesidad de revisión quirúrgica o microdislocación del cable fue del 89%. **Conclusiones:** En un escenario complejo y desfavorable por la complejidad anatómica y una mayor tasa de complicaciones a largo plazo en comparación con la población general, la ESC ha mostrado ser viable y segura a largo plazo en pacientes con CC.

Tabla. Parámetros clínicos y relativos al implante.

	Pacientes (n=54)
Edad (años) (media) (DE)	39±20
Mujeres (n, %)	22 (44)
Indicación estimulación	
- HIS	09 (19)
- Hisano AV	33 (61)
- IZQ	11 (20)
Tipo cardiopatía (n, %)	
- CIA	4 (7)
- CIV	9 (9)
- F. Fallot	11 (24)
- Canal AV	7 (14)
- a-TGA	4 (7)
- co-TGA	9 (17)
- Otros	12 (22)
QRS basal (ms) (media) (DE)	142±19
QRS extendido (ms) (media) (DE)	171±17
Tipo dispositivo (n, %)	
- Marcapasos transcatéter	36 (70)
- Marcapasos bicameral	18 (34)
Uso de navegación para el implante (n, %)	6 (11)
Detección hisiana (ms) (media) (DE)	92±7
Tiempo de estimulación (min) (media) (DE)	14±12

Figura muestra de AF sin co-TGA, desventaja, pérdida de potencia ventricular mediante rama izquierda AV, necesidad de implante por vía de IZQ, tratamiento por marcapasos transcatéter y dislocación del VED conector. Desarrollo FA permanente y necesidad de estimulación Hisiana, necesidad de revisión quirúrgica por complicación relacionada al sistema de conducción utilizado para electrosíncrono de la rama izquierda. A y B muestran las raras co-TGA y CIV-Escapitación (en amarillo) sin His, en un paciente con rama izquierda. C: ritmo sinusal tras implante de marcapasos. D: captura no selectiva del His. E: captura selectiva del His. F y G muestran los parámetros QRS y QRS extendido respectivamente tras el implante de los cables en el área del His.



### 32 Impacto del control de ritmo en los episodios de fibrilación auricular atendidos en Urgencias

Quesada Ocete, J; Villanueva Martínez de la Pera, D; Quesada Ocete, B; Rubini Puig, R; Jiménez Bello, J; Carrión Cervera, A; Cardona Mulet, S; Palanca Gil, V; Payá Serrano, R; Quesada Dorador, A; Cardiología, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

**Introducción y objetivos:** El uso de la estrategia de control de ritmo (ECR) está poco extendido en la fibrilación auricular (FA) atendida en los Servicios de Urgencias, pese a la creciente evidencia que apoya el beneficio pronóstico de la ECR. Nuestro objetivo fue analizar, retrospectivamente y con datos de la vida real, el impacto a largo plazo de dicha ECR y de frecuencia (ECF) en términos de morbimortalidad. **Métodos:** Del total de pacientes atendidos entre 2016 y 2018 en nuestro servicio de Urgencias por FA (como diagnóstico principal), se excluyeron aquellos con manejo no aclarado en Urgencias y pérdidas en seguimiento, así como pacientes con FA permanente ya establecida. Se seleccionaron finalmente 433 pacientes con al menos 1 año de seguimiento, y se dividieron en los siguientes grupos: el grupo ECF con 297 pacientes tratados con betabloqueantes, antagonistas del calcio o digoxina, y el grupo ECR con 136 pacientes con un intento de cardioversión eléctrica (18; 13,3%) o farmacológica (flecainida o amiodrona, 118; 86,7%). Se analizaron características basales, mortalidad e incidencia de eventos cardiovasculares. **Resultados:** Los pacientes del grupo ECR eran más mayores (75,1±11,3 vs 66±16,4, p<0,001), presentaban más diabetes (31,3 vs 18,4%, p=0,005), enfermedad renal crónica (14,5 vs 5,9%, p=0,01) y cardiopatía isquémica (11,8 vs 4,4%, p=0,015). Al año de seguimiento, el grupo ECR presentaba un mayor porcentaje de pacientes en ritmo sinusal respecto al grupo ECF (44,1 vs 20,2%, p<0,001). En un seguimiento medio de 4,1±0,04 años, el grupo ECF presentó mayor mortalidad (45,1% vs 17,6%, p<0,01), hospitalización de causa cardiovascular (19,2% vs 10,3%, p=0,021) y nueva atención en urgencias por insuficiencia cardiaca (28,3% vs 13,2%, p<0,001). El análisis de Kaplan-Meier mostró un menor tiempo al fallecimiento en el grupo ECF. Finalmente, se realizó un análisis multivariante del end-point primario, que confirmó la ECR como predictor independiente de mayor supervivencia (OR: 2,56, IC95% 1,5-4,2, p<0,001). **Conclusión:** La estrategia de control de ritmo en pacientes atendidos por FA en Urgencias demostró ser un factor independiente de menor mortalidad.

Análisis multivariante de Cox

Variables de la ecuación	B	Sig.	Exp (B)	IC 95% para Exp (B)	
				Inferior	Superior
Diabetes mellitus	0,460	0,010	0,631	0,445	0,895
ERC	0,549	0,016	0,578	0,369	0,904
Control de ritmo	0,941	<0,001	2,563	1,556	4,222
Tropoina positiva	0,639	0,032	0,528	0,294	0,947
Anticoagulación al alta	0,861	<0,001	2,366	1,565	3,575
Edad	0,079	<0,001	1,082	1,059	1,105

ERC: Enfermedad renal crónica; B: coeficiente de regresión; Sig: significación; Exp(B): estimación de la OR; IC95%: intervalo de confianza al 95%.

### 33 Terapia de resincronización optimizada de la rama izquierda vs estimulación del área de rama izquierda: estrechamiento del QRS y repercusión ecocardiográfica

Arveras Martínez, C; Ribes Tur, F; Trejo Velasco, B; Gunturiz Beltrán, C; Pérez Roselló, V; Giménez García, L; De la Cruz Cereceda, S; Soriano Borja, R; Segarra Vidal, I; Bellver Navarro, A; Hospital General Universitario de Castellón, Castellón

A) La CRT optimizada para la rama izquierda (LOT-CRT) es una técnica alternativa a la estimulación biventricular convencional y complementaria a la estimulación del área de la rama izquierda (LBBAP). Nuestro objetivo fue analizar el grado de estrechamiento del QRS de la estimulación con LOT-CRT vs LBBAP, identificar factores predictores de un mayor estrechamiento del QRS con LOT-CRT vs LBBAP y analizar su repercusión ecocardiográfica. B) Estudio prospectivo que incluye 25 pacientes con indicación de CRT-P en un periodo de 2 años. En todos se implantó una sonda ventricular (Medtronic 3830) en septo hasta conseguir criterios de LBBAP, evaluado mediante registros endocavitarios y ECG y una sonda en una vena del seno coronario. Se midió la duración del QRS durante LBBAP y también con el patrón de fusión desde LBBAP y CS (LOT-CRT). Se recogieron las características clínicas, ECG y ecocardiográficas basales, así como parámetros ecocardiográficos y eventos clínicos (reingreso por IC y mortalidad global) en el seguimiento. C) La mediana de edad fue de 76 años (RIQ 10) siendo el 32% mujeres. La etiología más frecuente de la miocardiopatía (MC) fue la idiopática (56%) seguida de la isquémica (20%). La indicación de estimulación fue por IC en NYHA  $\geq 2$ , QRS  $\geq 130$ ms con morfología de BRI y FEVI  $\leq 35\%$  (indicación clásica) en el 56% de los pacientes y por FEVI  $< 50\%$  e indicación de estimulación en el 44%. La mediana de seguimiento fue 8,1 meses (RIQ 11,8). El 68% estaban en NYHA 2 y el 32% en NYHA 3 en el momento del implante. La mediana de la FEVI pre-implante fue del 35% (RIQ 9) y post-implante del 40% (RIQ 13). La mediana del DTDVI pre-implante fue 56mm (RIQ 9,5) y post-implante 52mm (RIQ 13,5). El QRS basal media 180 ms (RIQ 39ms) y se redujo a 148 ms (RIQ 21ms) con LBBAP y a 128 ms (RIQ: 29 ms) con LOT-CRT. La mediana de estrechamiento absoluto del QRS con LOT-CRT vs. LBBAP fue de 18ms (RIQ: 15ms),  $p < 0.001$ , lo que supone una mediana de reducción relativa del 11,45% (RIQ 8,47%),  $p < 0.001$ . Los pacientes con un estrechamiento del QRS con LOT-CRT vs. LBBAP mayor a la mediana (18ms) presentaron con mayor frecuencia MC de origen isquémico (33% vs 7,7%;  $p = 0,042$ ) y la indicación de implante más frecuente fue la indicación clásica (91,6% vs 8,3%;  $p = 0,01$ ), sin diferencias estadísticamente significativas en cuanto a mejoría de FEVI o DTDVI. Asimismo, los pacientes en los que el estrechamiento del QRS con LOT-CRT vs LBBAP fue mayor a la mediana (18ms) presentaron una tendencia hacia una menor frecuencia de ingreso por insuficiencia cardíaca y exitus en el seguimiento (9,1% vs 38,5%;  $p = 0,087$ ). D) La reducción del QRS fue significativamente superior con LOT-CRT vs. LBBAP, favoreciendo una mejor resincronización. Los pacientes con indicación clásica de CRT-P, son los que presentan un mayor estrechamiento del QRS con esta técnica frente a LBBAP.

### 35 Comparación de respuesta clínica y de biomarcadores por sexo de vericiguat en pacientes con FEVI reducida y descompensación reciente en vida real

De Lara Delgado G; Carrillo Alemán, L; Solano Hernandez, C; Cambra Poveda, C; Villamía Mora, B; Palacio Solís, M; Yezpe Naranjo, F; León Alloca, R; Fernández Sánchez, MJ; Centurion Inda, R; Cardiología, Hospital Universitario de Torrevieja.

**Objetivo.** Vericiguat es un estimulador de la guanilato ciclasa soluble indicado en el paciente con insuficiencia cardíaca (IC) con FEVI reducida con descompensación reciente que ha demostrado su eficacia en cuanto a la reducción del endpoint combinado de muerte cardiovascular y hospitalización por IC. Nos planteamos observar en vida real las posibles diferencias de respuesta clínica y de marcadores bioquímicos entre mujeres y varones.

**Material y método.** Se realizó un registro de 44 pacientes con indicación de vericiguat desde diciembre de 2022 hasta septiembre de 2023 para valorar las diferencias por sexo en pacientes con IC con FEVI reducida. Se registraron datos clínicos y de biomarcadores en el momento de la prescripción, al 1er mes, y a los 3 meses.

**Resultados.** De la base total de 44 pacientes, el 77.27% (34) fueron varones, con una edad media de 71 años, 20 de ellos con etiología isquémica (58.8%), 3 fueron IC de novo (8.82%), 13 fueron portadores de DAI (38.23%), 5 portadores de TRC (14.7%). Asimismo, la FEVI media al inicio del registro fue de 31%, con un ProBNP medio inicial de 4368, y filtrado glomerular (FG) medio de 67 ml/min. A los 3 meses, la FEVI fue de 39%, y ProBNP medio final de 2794, y FG medio a los 3 meses de 73 ml/min. En el grupo de varones, 32 de ellos tomaban ARNI; 32, betabloqueante; antagonista de mineralocorticoide, 31; ISGLT2, 34; y finalmente, diurético de asa, 12. En el grupo de mujeres (10, siendo el 22.72%), la edad media fue de 69 años, 5 de etiología isquémica, 3 eran IC de novo, 2 portadoras de DAI y una portadora de TRC. Asimismo, la FEVI media al inicio del registro fue de 29%, con un ProBNP medio inicial de 3625, y filtrado glomerular (FG) medio de 69 ml/min. A los 3 meses, la FEVI fue de 39%, y ProBNP medio final de 1813, y FG medio a los 3 meses de 71 ml/min. En el grupo de mujeres, 8 de ellos tomaban ARNI; 8, betabloqueante; antagonista de mineralocorticoide, 8; ISGLT2, 10; y finalmente, diurético de asa, 6.

**Conclusiones.** Vericiguat mostró respuesta clínica y de marcadores bioquímicos similar entre mujeres y varones con IC con FEVI reducida, sin diferencias estadísticamente significativas.

### 34 Análisis de las complicaciones en pacientes con ECMO como puente a trasplante desde el inicio de la técnica (2007-2023).

Borja Guerrero Cervera; Raquel López Vilella; Víctor Donoso Trenado; Salvador Torregrosa; Luis Martínez Dolz; Juan Martínez León; Luis Almenar Bonet; Servicio de Cardiología del Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia

**Introducción:** El trasplante cardíaco es el método de elección para tratar los estadios más avanzados de la insuficiencia cardíaca, ofreciendo en muchos casos una solución definitiva a la disfunción cardíaca irreversible. Sin embargo, la escasez de órganos unida a la impredecible disponibilidad de los mismos hace cada vez más necesario el uso de terapias avanzadas de asistencia ventricular como la oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) como puente a trasplante cardíaco en pacientes que se inestabilizan durante el periodo de espera, proporcionando soporte circulatorio mecánico durante el crítico periodo de espera de órganos. Sin embargo, la implantación del sistema ECMO no está exenta de complicaciones al tratarse de una técnica invasiva (hemorragias, trombosis, infecciones, hemólisis, complicaciones en los puntos de catulación, etc.) que pueden condicionar la evolución y la situación clínica del paciente al recibir el órgano. El objetivo del estudio es determinar la proporción de las principales complicaciones asociadas al uso de ECMO como puente a trasplante cardíaco en receptores del mismo que han necesitado esta asistencia. **Métodos:** Estudio retrospectivo unicéntrico en el que se analizan las complicaciones de todos los pacientes sometidos a ECMO como puente a trasplante cardíaco desde el inicio de la técnica en nuestro centro (2007) hasta la actualidad (2023). Los datos recogidos incluyeron un total de 110 pacientes, de los cuales 12 fueron excluidos al no ser finalmente trasplantados, y se analizaron 98 pacientes. Las complicaciones analizadas fueron las siguientes: Fallo primario del injerto, tromboembolismo pulmonar, insuficiencia renal aguda, traqueostomía, reintervención por hemorragia, sepsis o infecciones nosocomiales graves, miopatía/neuromiopatía grave y complicaciones vasculares (hemorragia, trombosis, disección, isquemia). Las complicaciones se clasificaron como infrecuentes si estaban presentes en menos del 25% de los pacientes, frecuentes entre el 25-50% y muy frecuentes en más del 50%. **Resultados:** La edad media de los pacientes analizados fue de 52,14 años, siendo el 71,4% varones y el 28,6% mujeres. La frecuencia de complicaciones y comorbilidades en este grupo de pacientes fue elevada (el 93% de los pacientes presentaron alguna complicación). Las menos frecuentes (<25%) fueron el tromboembolismo pulmonar y el fallo primario del injerto y las más prevalentes la miopatía grave y las complicaciones vasculares. La insuficiencia renal aguda, la necesidad de traqueostomía, la reintervención por hemorragia y la sepsis o las infecciones nosocomiales se produjeron en el 25-50% de los pacientes. **Conclusiones:** Los pacientes que han requerido ECMO como puente a trasplante cardíaco representan un grupo de alta complejidad y elevada mortalidad. La presencia de comorbilidades en los pacientes que llegan al trasplante cardíaco es muy frecuente (93%), con mayor prevalencia de miopatías graves y complicaciones vasculares.

Comorbilidades ECMO puente a trasplante cardíaco	
Poco frecuentes (<25%)	Tromboembolismo pulmonar (1%) Fallo primario del injerto (19,4%)
Frecuentes (25-50%)	Fallo renal agudo (42,9%) Traqueostomía (28,6%) Reintervención por sangrado (41,8%) Infección nosocomial/sepsis (28,6%)
Muy frecuentes (>50%)	Miopatía severa (55,1%) Complicaciones vasculares (58,2%)

Tabla 1: Complicaciones en pacientes portadores como puente a trasplante cardíaco.

### 36 Valor pronóstico del PET-TAC en la endocarditis infecciosa

Rad García, G; Robles Pérez, E; Gil Molina, M; Soriano Alfonso, V; Fernández Ortiz, N; Huéllamo Montoro, S; Llau García, J; Domingo Valero, D; Arnao Vives, MA; Martínez Dolz, LV; Cardiología, Hospital Politécnico La Fé, Valencia

**Introducción:** El PET-TAC supone una herramienta diagnóstica con alta sensibilidad para el diagnóstico de endocarditis infecciosa, especialmente en casos dudosos en los que no existe confirmación por imagen o microbiológica. No obstante, se disponen de pocos datos sobre el impacto pronóstico de esta técnica en la mortalidad hospitalaria de los pacientes con endocarditis infecciosa.

**Objetivo:** Evaluar los resultados del PET-TAC como predictor de mortalidad hospitalaria en pacientes con endocarditis infecciosa y valorar en aquellos pacientes con resultado positivo su evolución en función del tratamiento (médico o quirúrgico) realizado.

**Métodos:** Análisis descriptivo retrospectivo de 420 pacientes con diagnóstico definitivo de endocarditis infecciosa (65 $\pm$ 15 años, 69% varones), de los cuales se realizó PET-TAC como parte del estudio diagnóstico en 74 (18%) de ellos. Se compara la mortalidad hospitalaria en función de si se realizó o no el PET y en su caso, según el resultado del mismo. En el subgrupo de pacientes con resultado positivo o dudoso (54 p) se compara la mortalidad en función del tratamiento realizado.

**Resultados:** La mortalidad hospitalaria fue del 29% (99/346) en aquellos pacientes a los que no se realizó PET-TAC y del 19% (14/74) en los que se realizó dicha exploración ( $p = 0.08$ ), resultado condicionado por la mayor estabilidad clínica de estos últimos. De los pacientes a los que se realizó PET-TAC (74 p), la mortalidad hospitalaria fue 0% en los 18 pacientes con resultado negativo, del 25% (12/48) cuando el resultado fue positivo, y del 25% (2/8) cuando fue dudoso ( $p = 0.1$ ), comportándose estos dos últimos grupos (positivo y dudoso) de forma homogénea en cuanto a su asociación con mortalidad. De los 54 pacientes con resultado del PET positivo o dudoso, la mortalidad fue del 18% (5/28) en aquellos sometidos a tratamiento médico y del 27% (7/26) en el grupo de tratamiento quirúrgico ( $p = 0.4$ ).

**Conclusiones:** Los pacientes con endocarditis infecciosa a los que se realiza PET-TAC constituyen un subgrupo seleccionado con menor riesgo de mortalidad, probablemente por ser pacientes, a priori, con mayor estabilidad clínica. El grupo de pacientes con PET-TAC negativo se asocia a un riesgo muy bajo de mortalidad hospitalaria. La mortalidad en el grupo con PET-TAC positivo o dudoso no se asoció al tipo de tratamiento (médico o quirúrgico) realizado.

### 37 Valoración evolutiva de fracción de eyección del ventrículo izquierdo en pacientes bajo tratamiento con vericiguat

De Lara Delgado, G; Carrillo Alemán, L; Solano Hernández, C; Cano Alvarez, S; Cambra Poveda, C; Villamía Mora, B; Yepez Naranjo, F; León Alloca, R; Palacio Solís, M; Centurion Inda, R; *Cardiología, Hospital Universitario de Torrevieja*

**Objetivo.** Vericiguat es un estimulador de la guanilato ciclasa soluble indicado en el paciente con insuficiencia cardíaca (IC) con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) reducida con descompensación reciente que ha demostrado su eficacia en cuanto a la reducción del endpoint combinado de muerte cardiovascular y hospitalización por IC. Nos planteamos observar en vida real si vericiguat es un fármaco con algún papel añadido en el remodelado cardíaco inverso con mejoría de la FEVI en pacientes que ya estuvieran previamente optimizados al menos 6 meses previos con la cuádruple terapia

**Material y método.** Se realizó un registro de 44 pacientes con indicación de vericiguat desde diciembre de 2022 hasta septiembre de 2023. Se realizó ecocardiografía en el momento de la prescripción, y a los 3 meses para evaluar la FEVI, así como valoración clínica y analítica de sangre.

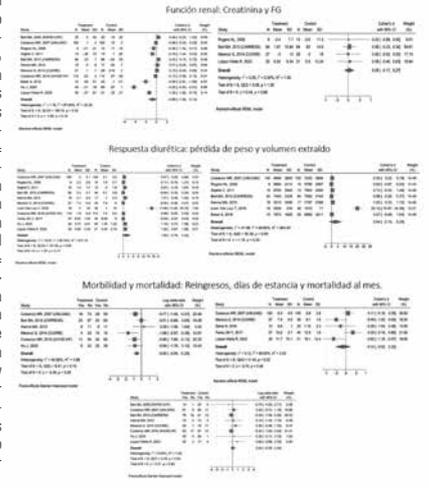
**Resultados.** De la base total de 44 pacientes (32 varones, 77.27%; 10 mujeres, 22.72%), como datos basales, 17 de estos pacientes tenían hipertensión arterial, 12 diabetes mellitus tipo 2, 21 hipercolesterolemia, 6 tenían IC de novo. En cuanto a la etiología de la causa de IC, 25 eran de causa isquémica, y 19 de causa no isquémica. Previo al inicio de vericiguat, 15 pacientes eran portadores de DAI, y 6 eran portadores de TRC. En cuanto al tratamiento, 40 estaban en tratamiento con ARNI; 40 con betabloqueante, 39 con antagonista de mineralocorticoide, 44 con ISGLT2 y 18 con diurético de asa. La FEVI media inicial fue de 31%, con Volumen telediastólico (VTD) inicial medio de 178 mL, TAPSE inicial 20 mm, 2 pacientes con IM severa, 1 paciente con IT severa, 3 con HTP severa. 1 con HTP moderada, y 6 con HTP leve. En el seguimiento a 3 meses, la FEVI media fue del 39%, con una mejoría del 9% frente a la basal; y el VTD medio a los 3 meses se vio reducido a 157 mL.

**Conclusiones.** Vericiguat podría tratarse de un fármaco con efecto de remodelado cardíaco inverso añadido en pacientes ya previamente optimizados con cuádruple terapia

### 38 Perspectivas actuales de la ultrafiltración en el síndrome cardiorenal: Un Análisis de Eficacia y Seguridad.

Borja Guerrero Cervera; Raquel López Vilella; Víctor Donoso Trenado; Ignacio Sánchez Lázaro; Amparo Soldevilla Orient; María Peris Fernández; Pilar Sánchez Pérez; Luis Martínez Dolz; Luis Almenar Bonet; *Servicio de Cardiología del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia*

**Introducción:** El síndrome cardiorenal es una entidad clínica compleja que involucra la interrelación entre la insuficiencia cardíaca (IC) y la disfunción renal. La manifestación clínica habitual ante una descompensación es la congestión cuyo enfoque terapéutico es el tratamiento diurético. Cuando pese a dosis elevadas la respuesta es escasa la ultrafiltración (UF) parece una técnica útil y segura. El objetivo del estudio es analizar, mediante una revisión sistemática la eficacia y seguridad de la UF frente al tratamiento habitual con diuréticos. **Material y métodos:** Se realizó una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos (Pubmed, Embase y Cochrane Central Register of Controlled Trials) para identificar estudios comparando UF versus tratamiento habitual (terapia diurética) en pacientes con IC descompensada desde el año 2000 hasta la actualidad. Tras filtrar todos los estudios, quedaron 13 sobre los que se llevó el análisis. Para las variables cualitativas se utilizaron las frecuencias absolutas, para las variables cuantitativas se utilizaron las medias y desviación estándar. Para cada uno de los eventos el gráfico principal fue el Forest plot. Los posibles sesgos de publicación se estudiaron con el Funnel Plot. Los análisis se realizaron con STATA versión 18.0. **Resultados:** Se analizaron 13 estudios en los que participaron 1100 pacientes con IC e ingreso hospitalario por descompensación y que precisaban tratamiento diurético intensivo para disminuir el estado congestivo. De estos, 489 recibieron tratamiento diurético y 534 terapia de ultrafiltración. Función renal: los pacientes sometidos a terapia de UF asociaron cifras más bajas de creatinina al alta (SME=-0.68; 95% CI -1.50 a 0.13) estadística y sin diferencias en el valor de filtrado glomerular (SME=0.05; 95% CI -0.17 a 0.27). Respuesta diurética: el tratamiento con UF produjo un efecto positivo sobre la pérdida de peso (SME=1.82; 95% CI -0.79 a 4.42) y la cantidad de volumen extraído (SME=3.04; 95% CI -2.13 a 8.20), cercano a la significación estadística. Morbilidad y mortalidad: los pacientes sometidos a UF mostraron cifras más bajas de reingreso hospitalario de forma estadísticamente significativa (LogOR=-0.60; 95% CI -0.94 a -0.26), con una tendencia a necesitar menos días de estancia hospitalaria (LogOR=-0.14; 95% CI -0.52 a 0.23) pero que no alcanzó la significación estadística y sin diferencias respecto al grupo control en mortalidad al mes (LogOR=-0.04; 95% CI -0.34 a 0.44). **Conclusiones:** En pacientes con IC descompensada con síndrome cardiorenal e inadecuada respuesta diurética, la ultrafiltración, frente a la intensificación diurética, es una opción eficaz y segura al reducir los reingresos y poseer una clara tendencia a incrementar la diuresis y la pérdida de peso sin afectar a la mortalidad. Hacen falta estudios prospectivos aleatorizados con un número suficiente de pacientes para corroborar estos resultados.



### 39 Diferencias por sexo en la trayectoria longitudinal de la fracción de eyección ventricular izquierda tras una hospitalización por insuficiencia cardíaca aguda

Gasull Sandoval A; Santas Olmeda E; Núñez E; De la Espriella Juan R; Palau Sampio P; Villar Conejos S; Lorenzo Hernandez M; Núñez Marin G; Sanchis Forés J; Núñez Villota J; *Hospital Clínico Universitario de Valencia*

La fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) puede sufrir importantes cambios en la evolución de los pacientes con insuficiencia cardíaca (IC). Sin embargo, las diferencias en la evolución longitudinal de la FEVI en función del sexo son poco conocidas. Nuestro **objetivo** fue evaluar las diferencias en las trayectorias de la FEVI entre hombres y mujeres y sus implicaciones desde el punto de vista pronóstico tras una hospitalización por IC aguda.

**Métodos:** Incluimos a 3383 pacientes tras una hospitalización por IC aguda en un hospital terciario. Se analizaron retrospectivamente todas las determinaciones de la FEVI por ecocardiograma transtorácico en el seguimiento de los pacientes (n=9581 determinaciones). Se utilizaron técnicas estadísticas adecuadas para el análisis multivariable de datos longitudinales.

**Resultados:** La edad media de la muestra fue de 71,9±11,2 años, y el 47,9% eran mujeres. La FEVI media fue de 49,4±15,3%. En una mediana de seguimiento de 2,58 años (rango intercuartílico: 0,77-5,62) registramos 2197 muertes (64,9%) y 2597 reingresos por ICA en 1302 (38,5%) pacientes. En el análisis longitudinal de la FEVI se observó como las mujeres tenían valores de FEVI consistentemente más altos a lo largo del seguimiento que los hombres. En ambos sexos se observó una tendencia a mejoría de la FEVI en el tiempo, con un pico temprano aproximadamente al año, seguido de valores decrecientes en los hombres pero con plateau en las mujeres. En el análisis multivariable entre categorías de FEVI, las mujeres presentaron menores tasas de reingreso por IC cuando la FEVI era ≤40%. Por el contrario, las mujeres mostraron un mayor riesgo de reingresos por IC si la FEVI era >60%. Se encontró una tendencia en la misma dirección para la mortalidad cardiovascular y la mortalidad por todas las causas.

**Conclusiones:** El sexo fue un factor significativo en la evolución de la trayectoria de la FEVI tras una hospitalización por IC aguda. Nuestros sugieren que las mujeres tienen un mayor riesgo de reingresos por IC en valores de FEVI más altos, mientras que los hombres tienen un mayor riesgo en valores de FEVI más bajos. Para el riesgo de mortalidad se infirió la misma dirección de la asociación pero las diferencias no fueron significativas.

### 40 Experiencia de una Unidad Multidisciplinar de Endocarditis Infecciosa en un hospital terciario

Carrion Cervero, A; Melero Ferrer, J; Cardona Mulet, S; Payá Chaume, A; Ferrando Beltrán, M; Pirola, Alessandro; Cubillos Arango, A; Pérez Bosca, JL; Ridocci Soriano, F; Payá Serrano, R; *Servicio de Cardiología del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia*

**Objetivo:** Las nuevas guías clínicas de la European Society of Cardiology (ESC) subrayan la importancia del Equipo Multidisciplinar de Endocarditis Infecciosa (UMEI) en el diagnóstico temprano y manejo de la endocarditis infecciosa (EI). El objetivo del presente trabajo fue describir las características principales de los pacientes incluidos en la UMEI así como los recursos destinados al manejo de la misma. Se describió el número de casos diagnosticados, la mortalidad global y la necesidad quirúrgica, comparándose con los datos disponibles previos a la creación de la UMEI.

**Métodos:** Se incluyeron aquellos pacientes en la UMEI desde su creación (01/01/2022) hasta el 23/02/2024. Se procedió a un análisis descriptivo y analítico. Se compararon variables de interés con los casos recogidos en nuestro centro de 2015 a 2019, años sin UMEI, excluyendo los años 2020-2021, evitando la pandemia de la COVID-19.

**Resultados:** La UMEI registró 41 casos de EI en nuestro centro en 783 días de seguimiento. Un 72% eran hombres y la edad media fue de 69 años ± 10 años. El 21% eran pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y el 33% tenían enfermedad renal crónica (ERC). En lo que respecta a la cardiopatía estructural predisponente, un 34,4% ocurrieron sobre válvula protésica, y hasta el 18,7% de los pacientes eran portadores de dispositivos intracardiacos. La válvula más frecuentemente afectada fue la aórtica (71,8%) seguida de la mitral (49%). Hasta un 26% de los casos sobre válvula aórtica ocurrieron sobre válvula bicúspide. El 81,2% de los casos tuvieron aislamiento microbiológico, siendo el género más frecuente el *Streptococcus* (34,4%) y *Staphylococcus* (18,8%). Al 100% de los pacientes se les realizó una ETT (positiva en el 74,2%), al 71,8% ETE, 50% TAC cardiaco y 12,5% PET-TAC. Un 45,16% de los pacientes precisaron cirugía cardíaca, requiriendo la mitad de ellos estabilización prequirúrgica en la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares (UCIC). El tiempo medio hasta la cirugía fue de 12,17 días y el tiempo medio de ingreso fue de 28,9 días. La mortalidad global intrahospitalaria (MGI) fue de un 35,48%. Los pacientes sometidos a cirugía cardíaca tuvieron una edad media de 63 años y una mortalidad de un 21,42%. Previamente a la UMEI se registraron 37 casos en 1825 días. El uso de la ETE y PET-TAC fue de 53,13% y 6,25% respectivamente. El 43,24% requirieron cirugía. La MGI de la cohorte fue del 21,62%. Al analizar los pacientes sometidos a cirugía cardíaca, la edad media fue de 57,12 años y la mortalidad de 6,25%.

**Conclusiones:** La UMEI incrementó el volumen de casos diagnosticados y el uso de la imagen multimodal. El manejo multidisciplinar respaldó el tratamiento de pacientes más jóvenes y pluripatológicos. La mortalidad global y en la población sometida a cirugía cardíaca no se vio reducida tras la creación de la UMEI, probablemente debido a la oferta de tratamiento quirúrgico a pacientes más comorbidos y el mayor número de casos tratados.

## 41 Análisis del uso de Levosimendán en una Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos de Cuidados

Carrión Cervero, A; Ferrando Beltrán, M; Pirola, A; Vidal Urrutia, V; Cardona Mulet, S; Llopis Gisbert, G; Quesada Ocete, J; Luengo Pérez, S; Payá Serrano, R; Servicio de Cardiología del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

**Objetivos:** La utilización de soporte inotrópico en Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos (UCIC) es frecuente. Pese al tiempo transcurrido a la aprobación del Levosimendán como inotrópico positivo, su uso en la patología aguda cardíaca es menos frecuente que otros inotrópicos. El objetivo del presente trabajo fue analizar el uso de dicho fármaco, estudiando los diferentes escenarios clínicos en los que ha sido administrado para poder establecer patrones de empleo.

**Métodos:** Estudio descriptivo y retrospectivo desde octubre de 2022 hasta febrero de 2024. Se registraron los pacientes en los que se empleo Levosimendán, acompañado o no de otros fármacos inotrópicos. Se analizó el escenario clínico en el que se empleó, así como las características de demográficas y necesidad de monitorización de los pacientes. Se recogió la mortalidad y el uso de otras drogas vasoactivas por grupos.

**Resultados:** Levosimendán fue empleado en un total de 55 pacientes. Las categorías diagnósticas se pudieron dividir en: Insuficiencia Cardíaca Aguda (ICA), Síndrome Coronario Agudo (SCA) y Arritmias Ventriculares (AV). El uso más frecuente fue en el grupo de SCA, con un total de 28 pacientes. En esta categoría, la edad y estancia en UCIC medias fue de 65,4 años y 4,4 días respectivamente. El 39,28% de los pacientes estaban en situación de shock, necesitando balón de contrapulsación intraaórtico (BCIAo) en un 10,7%. La FEVI al ingreso fue el 29% y la mortalidad global de un 3,5%. Un 29,6% requirieron combinación con dobutamina (DBT). El segundo escenario más frecuente fue la ICA, con 22 pacientes. La edad y estancia medias fueron de 67,4 años y 6 días respectivamente. La condición de shock apareció en el 27%, no utilizándose BCIAo. La FEVI al ingreso fue de un 32% y la mortalidad global de un 13,6%. El empleo de DBT se precisó en un 22,7%. Finalmente, en el grupo de AV se empleó en 5 pacientes. La edad y estancia medias fueron de 71 años y 8 días respectivamente. El shock cardiogénico ocurrió en el 60% no utilizándose BCIAo. La FEVI al ingreso fue de un 30% y no hubieron fallecidos. El empleo de DBT ocurrió en un 20%

**Conclusiones:** En nuestra experiencia, el Levosimendán tendría lugar en una UCIC en los escenarios de SCA, ICA y AV. La población se caracterizó por una FEVI gravemente disminuida al ingreso y una prevalencia alta de shock. El empleo del fármaco sin DBT ocurrió en un 76% de los casos, demostrando su papel como inotrópico positivo único en el paciente cardiológico agudo seleccionado.

## 43 Gradación de la severidad de la insuficiencia mitral basado en el análisis de la intensidad de la señal de Doppler continuo

Calvo Asensio, M; Guerrero Cervera, B; Lozano Edo, S; Rodríguez Serrano, M; Buendía Fuentes, F; Osa Sáez, A; Martínez Dolz, L; Agüero Ramón-Llin, J; Hospital Universitari i Politècnic La Fe

**Introducción y objetivos:** La valoración de la señal espectral en Doppler continuo es un criterio cualitativo para valorar la severidad de la insuficiencia mitral (IM). Varios estudios han validado un nuevo método que permite cuantificar la intensidad media de los píxeles (API) de la señal espectral de la IM como alternativa a los parámetros tradicionales como el área del orificio regurgitante (EROA). Nuestro objetivo es valorar el impacto del método API en la gradación de la IM en comparación con el criterio ASE, que incluye como principal medida el EROA. **Métodos:** Estudio observacional unicéntrico que incluye 90 pacientes con gradación ecocardiográfica de IM y cuantificación por EROA y método API. El grado de IM se asignó según el algoritmo de la ASE (2 grupos: I-II vs III-IV), que incluye medidas cuantitativas y variables cualitativas. Para evaluar el impacto del método API, se consideró como punto de corte 133 unidades para clasificar la IM como grado III-IV. **Resultados:** La edad media fue de 64 años, 45% mujeres. El mecanismo de la insuficiencia incluyó una mayoría de IM funcionales (60%), un 39% de IM primarias y un 2% de insuficiencias mitrales de origen indeterminado. La mediana de EROA fue 0,17 [RIQ 0,09 - 0,31] y 147 unidades [RIQ 122 - 166] por método API. Se observó una baja correlación entre el EROA y método API ( $r = 0,32$ , Figura 1). Por el criterio ASE, el grado de insuficiencia mitral fue III-IV en 44 pacientes (49%). De ellos, 11 pacientes (25%) presentaban IM severa por criterio de área del ORE ( $> 0,4 \text{ cm}^2$ ), y 34 (77,3%) por API ( $< 133 \text{ U}$ ). Sin embargo, pese a que sólo 1 paciente con área del ORE  $> 0,4 \text{ cm}^2$  se consideró grado I-II, el 40% de los pacientes con API  $> 133$  se clasificó como grado I-II.

**Conclusiones:** El método API tiene una concordancia baja con el algoritmo ASE y la cuantificación por EROA. En muchos pacientes en los que se clasifica la IM como grado III-IV sin criterio de ORE, es probable que la intensidad de la señal espectral sea el principal determinante. Sin embargo, la aplicación de este criterio es variable, al ser subjetivo, y no disponerse de métodos como el API en la práctica diaria.

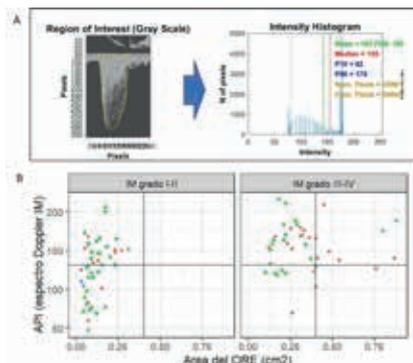


Figura 1: A. Método de cuantificación de la intensidad media de los píxeles (API) a partir de la señal espectral de la insuficiencia mitral. B. Relación entre EROA vs API, diferenciada entre grados de severidad de insuficiencia mitral (I-II vs. III-IV). En rojo insuficiencia mitral primaria, en verde insuficiencia mitral funcional y en azul insuficiencia mitral de mecanismo indeterminado. Las líneas delimitan el criterio de severidad para cada medida (EROA  $0,4 \text{ cm}^2$ , API 133U).

## 42 Proteína C-reactiva de alta sensibilidad y pronóstico en pacientes con insuficiencia cardíaca aguda

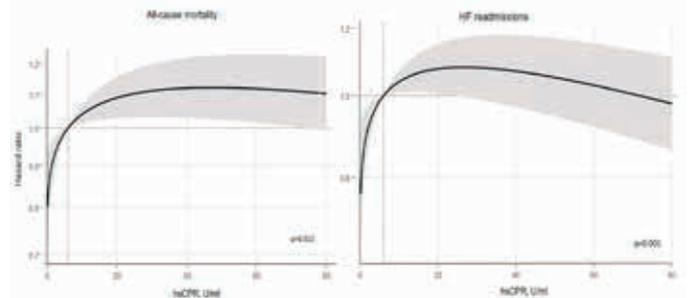
Santas, E; Villar, S; Palau, P; Llacer, P; De la Espriella, R; Miñana, G; Lorenzo, M; Nuñez-Marín, G; Sanchis, J; Nuñez, J; Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia

**Antecedentes:** La inflamación juega un papel importante en la patogénesis y progresión de la insuficiencia cardíaca (IC). Estudios previos han demostrado concentraciones elevadas de proteína C-reactiva de alta sensibilidad (PCR-us) en pacientes con IC, lo cual puede estar asociado con resultados adversos. En este estudio, buscamos evaluar el papel pronóstico de la PCR-us en una cohorte no seleccionada de pacientes admitidos con IC aguda.

**Métodos:** Incluimos prospectivamente una cohorte multicéntrica de 4,043 pacientes dados de alta por IC aguda. Los niveles de PCR-us se evaluaron durante las primeras 24 horas después del ingreso. Los endpoints del estudio fueron los riesgos de mortalidad por todas las causas, mortalidad cardiovascular (CV) y reingresos recurrentes por IC en el seguimiento.

**Resultados:** La edad promedio fue de  $74 \pm 11$  años, 2,419 (46,3%) eran mujeres y 2,174 (53,8%) mostraron una fracción de eyección del ventrículo izquierdo  $\geq 50\%$ . La mediana de PCR-us fue de  $14,9 \text{ mg/L}$  (6-36,2 mg/L). Durante un seguimiento medio de  $1,8$  (0,5-4,0) años, 2,001 (49,4%) pacientes fallecieron, de los cuales 1,363 (68,1%) fueron por causas CV, y 1,530 (39,8%) pacientes fueron readmitidos por empeoramiento de la IC. Después del ajuste multivariable, los valores de PCR-us se asociaron significativamente y positivamente con un mayor riesgo de mortalidad por todas las causas y CV ( $p=0,012$  y  $p=0,033$ , respectivamente), así como con un mayor riesgo de reingresos recurrentes por IC ( $p<0,001$ ). Estos resultados se mantuvieron consistentes en subgrupos importantes, como la fracción de eyección del ventrículo izquierdo, sexo, edad o función renal.

**Conclusiones:** En pacientes admitidos con una descompensación de IC, los niveles de PCR-us se asociaron independientemente con un mayor riesgo de muerte y admisiones totales por IC.



## 44 Mejoría parámetros sistólicos ecocardiográficos tras la reposición de hierro en pacientes con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección deprimida

Benavent García, C; García Suárez, A; Romero Valero, A; Del Río López, M; Lledó Ortiz, C; Izquierdo Hernández, A; Vicente Ibarra, N; Martínez Moreno, M; Santos Martínez, S; Morillas Blasco, P; Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Elche, Elche

**Objetivo:** La reposición de la ferropenia con hierro carboximaltosa (HCM) en pacientes con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección deprimida mejora parámetros clínicos y pronósticos, sin embargo, el mecanismo subyacente sigue sin esclarecerse. Se planteó un estudio cuyo objetivo era evaluar el efecto de la reposición de la ferropenia con HCM en el strain longitudinal global (SLG) del ventrículo izquierdo en pacientes con insuficiencia cardíaca estable con fracción de eyección  $< 50\%$ .

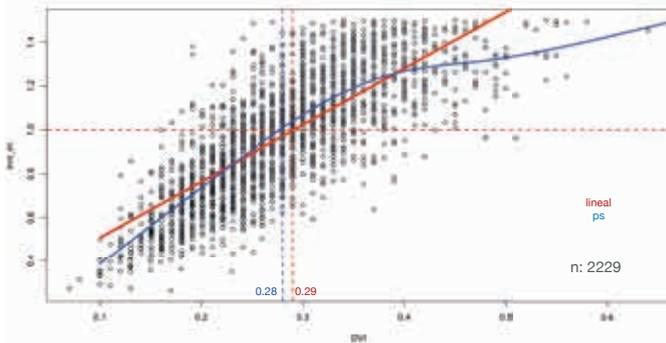
**Métodos:** Estudio observacional, analítico, longitudinal y prospectivo en el que se incluyeron 72 pacientes con insuficiencia cardíaca estable con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI)  $< 50\%$  que presentaban ferropenia sin anemia definida como ferritina  $< 100 \text{ } \mu\text{g/L}$  o entre 100 y 300  $\mu\text{g/L}$  e índice de saturación de la transferrina  $< 20\%$ . Se aleatorizó 2:1 a reposición de ferropenia con HCM o grupo control. Se realizó un ecocardiograma transtorácico, 3D y strain, por el mismo cardiólogo y de manera ciega, antes y cuatro semanas después de la aleatorización. **Resultados:** La edad media de la población del estudio fue de 68 años, 72% eran hombres, 78% tenían hipertensión arterial, 63% dislipemia y 34% diabetes. Del total, 50 pacientes fueron asignados al grupo reposición y 22 al grupo control. La FEVI de la muestra era del 33%, sin objetivar diferencias entre ambas poblaciones. A las 4 semanas se detectó en el grupo reposición una mejoría significativa de la FEVI determinada por 3D de  $3,06\%$  ( $32,27 \pm 8,61\%$  inicial vs  $35,33 \pm 9,88\%$  final,  $p<0,001$ ), así como del SLG del ventrículo izquierdo de  $-0,92\%$  ( $-9,18 \pm 3,51\%$  inicial vs  $-10,11 \pm 3,71\%$  final,  $p=0,004$ ) con respecto a sus valores basales. No se objetivaron cambios significativos en los parámetros ecocardiográficos en el grupo control. **Conclusión:** En pacientes con insuficiencia cardíaca estable con FEVI  $< 50\%$ , la reposición de la ferropenia con HCM se asocia a una mejoría de la contractilidad cardíaca, tanto de la FEVI por 3D como del SLG del ventrículo izquierdo.

Variable	Grupo reposición férrica			Grupo control		
	Inicial	A las 4 semanas	p-valor	Inicial	A las 4 semanas	p-valor
Ferritina	55,02 $\pm$ 33,79	186,36 $\pm$ 116,65	<b>&lt;0,001</b>	52,03 $\pm$ 27,33	45,94 $\pm$ 26,11	0,071
IST	23,45 $\pm$ 9,36	39,5 $\pm$ 50,02	0,064	25,64 $\pm$ 9,88	22,55 $\pm$ 7,98	0,223
Hierro	87,4 $\pm$ 40,62	90,79 $\pm$ 26,27	0,619	87 $\pm$ 27,09	84,55 $\pm$ 30,45	0,767
Hb	14,43 $\pm$ 1,31	14,73 $\pm$ 1,3	<b>0,006</b>	15,14 $\pm$ 1,38	14,94 $\pm$ 1,46	0,261
FEVI	32,27 $\pm$ 8,61	35,33 $\pm$ 9,88	<b>&lt;0,001</b>	33,15 $\pm$ 7,57	34 $\pm$ 7,01	0,193
VI VTD ind	91,94 $\pm$ 33,05	92,19 $\pm$ 39,44	0,91	97,61 $\pm$ 32,16	105,61 $\pm$ 77	0,12
VI VTS ind	63,25 $\pm$ 29,42	59,47 $\pm$ 28,84	<b>&lt;0,001</b>	64,85 $\pm$ 26,77	63,96 $\pm$ 26,6	0,766
SLG VI	-9,18 $\pm$ 3,51	-10,11 $\pm$ 3,71	<b>0,004</b>	-9,91 $\pm$ 3,1	-9,55 $\pm$ 3,21	0,193

### 45 Correlación entre el ratio de ITVs y el área valvular para determinar la severidad de la estenosis valvular aórtica

Enrique Robles Pérez; Marta Gil Molina; Guillermo Rad García; Guillem Murillo Varona; José Carlos Sánchez Martínez; Jaime Agüero Ramón-Llín; Ana Osa Sáez; Diana Domingo Valero; Miguel Ángel Arnau Vives; Luis Vicente Martínez Dolz; Cardiología, Hospital Politècnic la Fè, Valencia

**Introducción:** Clásicamente se ha utilizado una ratio de ITVs < 0.25 como punto de corte en el diagnóstico de estenosis aórtica (EA) severa. Dicho punto de corte se correlacionó con una EA severa definida como área valvular aórtica (AVAo) < 0.75 cm<sup>2</sup>. La definición actual ha cambiado el punto de corte del AVAo (< 1 cm<sup>2</sup>), pero la ratio de ITVs ha permanecido inalterada. **Objetivos:** Determinar qué valor de ratio de ITVs se correlaciona mejor con el diagnóstico de estenosis aórtica severa (definida por un área valvular aórtica < 1 cm<sup>2</sup>). **Material y Métodos:** se incluyeron 2229 pacientes con estenosis aórtica definida como AVAo ≤ 1.5 cm<sup>2</sup> (74±15 años, 58% varones). Se realiza una correlación de Pearson y un análisis de regresión lineal entre la ratio de ITVs y el AVAo. Se implementa un análisis con splines para detectar posibles relaciones no lineales. Se realizó el análisis para la muestra completa, y se repitió después de excluir pacientes con valvulopatías asociadas moderadas o severas (excluyendo también aquellos con doble lesión aórtica). **Resultados:** El AVAo fue de 0.97±0.27 cm<sup>2</sup> y la ratio de ITVs 0.28±0.08. La r de Pearson entre las dos variables fue de 0.77 (p < 0.001). La recta de regresión, AVAo = 0.2015 + 2.5698\* ratioITVs, determinó que un valor de AVAo de 1 cm<sup>2</sup> se corresponde con una ratio de ITVs de 0.29. Los modelos no lineales mostraron una relación similar con un punto de corte óptimo de 0.28. La exclusión de valvulopatías asociadas no modificó el resultado. **Conclusiones:** La definición actual de AVAo (< 1 cm<sup>2</sup>) se correlaciona con una ratio de ITVs < 0.3. Mantener el valor de 0.25 (que vino determinado por su relación con una AVAo < 0.75 cm<sup>2</sup>), puede llevar a infradiagnosticar la severidad de la estenosis aórtica en un 10% de los casos (muestra total) y en un 18% de aquellos con AVAo < 1 cm<sup>2</sup>.



### 47 Asociación entre la reducción precoz de colesterol LDL durante la hospitalización por infarto agudo de miocardio y la terapia hipolipemiente al alta.

Héctor Merenciano González; Víctor Marcos Garcés; María Luz Martínez Mas; Josefa Inés Climent Alberola; Nerea Perez; María Valls Reig; Ana Arizón Benito; Alfonso Payá Rubio; Juan Sanchis; Vicente Bodí; Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia

**Introducción.** La elección de la terapia hipolipemiente (TH) al alta hospitalaria tras un infarto agudo de miocardio (IAM) considera habitualmente los niveles de colesterol LDL (c-LDL) durante la hospitalización. Se pretende analizar la reducción de c-LDL según los días de hospitalización y el tratamiento con estatinas de alta intensidad y su impacto en la prescripción de TH al alta.

**Métodos.** Se incluyeron 133 pacientes hospitalizados por IAM y tratados con atorvastatina 80 mg diarios durante la hospitalización, que fueron derivados al Programa de Rehabilitación Cardíaca (PRC) de nuestro centro. La intensidad de la TH se definió de acuerdo a la bibliografía previa. Se registraron los niveles de c-LDL basales previos a la hospitalización o se calcularon en pacientes en tratamiento con TH previa (n=38, 28,6%). Se comparó el perfil lipídico antes y durante la hospitalización. Se utilizaron los niveles de c-LDL basales y durante la hospitalización para estimar los niveles teóricos alcanzados y compararlos con el valor de c-LDL obtenido en el primer análisis a las 4-6 semanas tras el alta hospitalaria.

**Resultados.** La edad media fue 62,71±11,3 años y la mayoría de los pacientes fueron varones (n=109, 82%). Se obtuvo una analítica con una mediana de 3 [1-4] días tras la hospitalización, y se observó una reducción significativa desde los niveles basales en colesterol total, triglicéridos, lipoproteínas de alta densidad (c-HDL), colesterol no-HDL y c-LDL (-39,23±34,89 mg/dL, p<0,001). Existió una correlación significativa entre la reducción absoluta y relativa de c-LDL y los días de ingreso hasta la extracción analítica, de aproximadamente el 30% en los días 1 y 2 y 40-45% en los siguientes días (regresión lineal: R2 0,766, p<0,001). Usando el c-LDL durante la hospitalización como referencia, la mayoría de pacientes (88,7%) habría alcanzado teóricamente el objetivo de c-LDL < 55 mg/dL con la TH al alta (estatinas 98,5%, ezetimiba 52,6%). Sin embargo, si se considerase el c-LDL basal como referencia, sólo el 30,1% de pacientes alcanzaría el objetivo < 55 mg/dL, un porcentaje similar al observado en las 4-6 semanas tras el alta hospitalaria (36,8%).

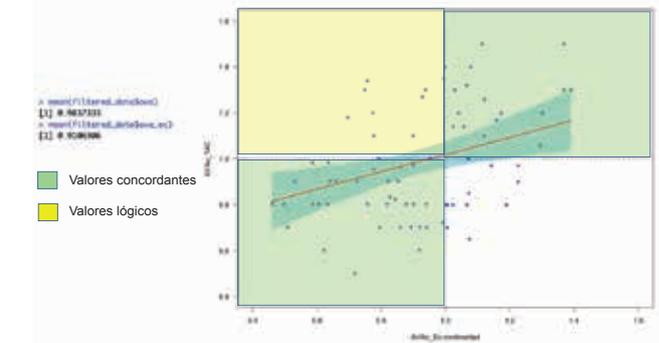
**Conclusiones.** El uso de estatinas de alta intensidad durante la hospitalización por IAM induce una reducción rápida y significativa de niveles de colesterol, específicamente de c-LDL, que se correlaciona con los días de tratamiento. La terapia hipolipemiente al alta se prescribe habitualmente utilizando como referencia los niveles de c-LDL durante la hospitalización, lo que conduce a una reducción insuficiente durante el seguimiento. Se debe considerar emplear los niveles basales de c-LDL como referencia para la prescripción de TH al alta y optimizar el control lipídico tras un IAM.

### 46 Dificultad en la cuantificación de la severidad de la estenosis valvular aórtica

Gil Molina, M; Rad García, G; Robles Pérez, E; Murillo Varona, G; Fonfría Esparcia, C; Agüero Ramón-Llín, J; Osa Sáez, A; Domingo Valero, D; Arnau Vives, MA; Martínez Dolz, LV; Cardiología, Hospital Politècnic la Fè, Valencia

**Introducción:** La estenosis aórtica (EA) es la valvulopatía más común en nuestro medio, con gran impacto en la morbimortalidad y consumo de recursos sanitarios. La ecocardiografía transtorácica es la técnica diagnóstica de elección, pero con frecuencia existen discrepancias entre los puntos de corte (área valvular aórtica -AVAo- y gradientes) en la valoración de severidad, lo que lleva a la necesidad de correlacionarla con otras pruebas diagnósticas. **Objetivos:** Analizar la correlación entre el área valvular determinada por ecocardiografía Doppler (AVAo\_eco) y el área cuantificada por TAC cardíaco (AVAo\_TAC), así como la relación entre ambas y las unidades Agatston. **Material y Métodos:** 76 pacientes con estenosis aórtica al menos moderada (AVAo ≤ 1.5 cm<sup>2</sup> en ecocardiograma) en los que se dispuso de valores válidos de área valvular aórtica y unidades Agatston determinadas por TAC cardíaco. La edad media fue de 78±8 años, 53% hombres. Análisis estadístico: correlación de Pearson y regresión lineal entre el AVAo medida por ETT y por TAC. Por otro lado, se analizó la concordancia entre la severidad de la estenosis cuantificada tanto por eco como por TAC según el AVAo (≤ 1 cm<sup>2</sup>) y los puntos de corte convencionales de unidades Agatston utilizados en la literatura (2062 en varones, 1377 en mujeres). **Resultados:** Se objetivó una correlación positiva y significativa entre el área valvular determinada por ecocardiografía y por TAC. El AVAo\_eco fue de 0.91±0.22 cm<sup>2</sup> y el AVAo\_TAC 0.98±0.25 cm<sup>2</sup> (r=0,34; p=0,003, IC 95%[0,12-0,53]). La concordancia en el diagnóstico de severidad entre el AVAo\_eco y las unidades Agatston fue del 54% en hombres y del 55 en mujeres. **Conclusiones:** Se objetiva una aceptable correlación entre el AVAo medida por ecocardiografía y por TC cardíaco. La concordancia entre las unidades Agatston y la severidad cuantificada por área valvular fue modesta.

CORRELACIÓN LINEAL ENTRE AVA medida por ETT y por TC



### 48 Utilidad pronóstica de la cuantificación del calcio coronario detectado incidentalmente en tomografía computarizada torácica. Registro ICARUS.

Aulet Manuel, S; Minguéz Díaz de Alda, S; Marcos Garcés, V; Merenciano González, H; Villa Sánchez, C; Pérez Pelegrí, M; Bertolin Boronat, C; Sanchis, J; Moratal, D; Bodí, V; Cardiología, HCUV, Valencia

**Introducción.** El score de calcio coronario mejora la estratificación del riesgo cardiovascular, pero se desconoce si su cuantificación es factible en estudios de tomografía computarizada (TC) torácica realizados por otras indicaciones, así como el valor pronóstico del mismo.

**Material y métodos.** Analizamos una muestra preliminar de 115 TC torácicos realizados en 2015 en nuestro centro. Se valoró la presencia y extensión de calcio coronario y se cuantificó el score global mediante el método de Agatston utilizando el software LIFEx-7.2.0. Se registraron los factores de riesgo cardiovascular (FFRCV), el control lipídico y el tratamiento farmacológico de la cohorte. Se analizó el tiempo hasta el primer evento MACE (muerte cardiovascular, infarto no fatal o ictus no fatal). Una p<0.05 se consideró estadísticamente significativa.

**Resultados.** La edad media de la población fue de 60.8±16.1 años (53% hombres, 53% fumadores). El colesterol LDL promedio fue de 121.67±34.91 mg/dL, encontrándose un 35.1% de los pacientes en tratamiento con hipolipemiantes. En más de la mitad de la cohorte (n=59, 51.3%) se detectó la presencia de calcio coronario. El score de calcio coronario promedio fue de 312.99±774.48 unidades de Agatston, clasificando a 19 (16.5%) pacientes en la categoría CAC-DRS 1, 15 (13%) en la categoría 2 y 25 (21.7%) en la categoría 3. Los pacientes con calcio coronario fueron más mayores (71±10.1 vs. 50.1±14.2 años, p<0.001), con una mayor carga de FFRCV y prevalencia de enfermedad renal crónica (ERC; n=8, 13.6% vs. n=1, 1.8%, p=0.03) y con niveles más elevados de triglicéridos (143.2±80.5 vs. 106.8±36.2 mg/dL, p=0.004), pero no así de colesterol LDL. Once (9.6%) pacientes presentaron MACE-3P a lo largo del seguimiento (promedio de 6.55±2.82 años). El score de calcio coronario fue un predictor independiente de MACE-3P (HR 1.06 [1.01-1.11] por cada 100 unidades de Agatston, p=0.02), junto con la ERC (HR 6.94 [1.58-30.46], p=0.01) y la glucemia basal (HR 1.03 [1.02-1.04] por mg/dL, p<0.001).

**Conclusiones.** Se detecta de forma incidental la presencia de calcio coronario en más de la mitad de nuestra cohorte de pacientes sometidos a TC torácico por otras indicaciones. La cuantificación del score de calcio coronario mediante método de Agatston no sólo es factible sino que también se asocia a un mayor riesgo de eventos MACE a lo largo del seguimiento.

## 49 Incidencia y predictores de diabetes tipo 2 en pacientes con hipertensión arterial

Segovia Portolés, R; Montalar Mendoza Z; Santas Olmeda, E; Pascual Izuel, JM; Rodilla Sala, E; Servicio de Medicina Interna. Hospital de Sagunto

**Introducción:** La hipertensión arterial (HTA) y la diabetes tipo 2 (DM2) con frecuencia coexisten dado que comparten factores etiológicos y mecanismos fisiopatológicos. Sin embargo, pocos estudios han evaluado la incidencia de alteraciones del metabolismo hidrocarbonado en pacientes con HTA. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la incidencia de DM2 de nueva aparición en pacientes con HTA en nuestro medio, y determinar las variables que se asocian con su aparición.

**Métodos:** Incluimos a una cohorte prospectiva de 3003 pacientes con HTA sin DM2 conocida y sin antecedentes de enfermedad cardiovascular (CV). El número de nuevos diagnósticos de DM2 se expresó como número de casos de diabetes por 100 pacientes-año. El cálculo de probabilidad de aparición de DM2 fue estimado por el método de Kaplan-Meier. La asociación entre las diferentes variables y el riesgo de DM2, así como con el riesgo de eventos CV se estimaron mediante regresión de Cox.

**Resultados:** La edad media de los pacientes incluidos fue de  $56 \pm 14,8$  años; 1515 (50,4%) fueron mujeres y 1253 (41,7%) tenían diagnóstico de prediabetes. Tras una mediana de seguimiento de 3,4 (1,4-6,7) años, 488 (16,3%) pacientes tuvieron un nuevo diagnóstico de DM2. La densidad de incidencia por 100 pacientes-año fue de 3,46 (3,15-3,77). La edad (HR=1,0; IC95% 1,01-1,03,  $p<0,001$ ), el índice de masa corporal (HR=1,0; IC95% 1,02-1,06,  $p<0,001$ ), la proteína C-reactiva (HR=1,0, IC95% 1,01-1,06;  $p<0,001$ ), el estado de prediabetes (HR=5,8; IC95% 4,53-7,53,  $p<0,001$ ), los antecedentes familiares de DM2 (HR=1,4; IC95% 1,14-1,74;  $p<0,001$ ), y la toma de betabloqueantes (HR=1,3, IC95% 1,01-1,58;  $p=0,041$ ) se asociaron de forma independiente con el riesgo de nueva DM2 durante el seguimiento. En el análisis multivariable, un nuevo diagnóstico de DM2 se asoció de forma independiente con un mayor riesgo de eventos CV (HR=2,89, IC 95% 2,12-3,93;  $p<0,001$ ).

**Conclusiones:** El 16% de los pacientes con HTA tuvieron un nuevo diagnóstico de DM2 en un seguimiento a medio plazo, asociándose de forma independiente con mayor riesgo de eventos CV. Una sencilla combinación de variables clínicas y bioquímicas permitió identificar a los pacientes con HTA y un mayor riesgo de DM2 de nueva aparición.

## 51 Participación de nuevos colágenos fibrilares y no fibrilares en la cicatriz fibrótica tras un infarto agudo de miocardio

Tamara Molina-García; María Ortega; César Ríos-Navarro; María Mar Fabrega-García; Jose Gavara; Elena de Dios; Nerea Perez-Solé; Victor Marcos-Garcés; Vicente Bodí; Amparo Ruiz-Saurí; Instituto de Investigación INCLIVA

**Antecedentes y objetivo:** Después de un infarto de miocardio (IM), la remodelación adversa del ventrículo izquierdo va a depender fundamentalmente de la correcta formación de la cicatriz fibrótica, compuesta de colágeno tipo I y III. En un reciente meta-análisis de datos transcriptómicos se ha demostrado la implicación de nuevas subunidades de colágeno. Por ello, nuestro objetivo fue identificar la participación de colágenos no reportados previamente en la fibrosis cardíaca post-infarto utilizando tanto muestras derivadas de modelos experimentales de IM como en autopsias de pacientes con IM crónico.

**Métodos:** La expresión génica y proteica del colágeno fibrilar (tipos II y XI) y no fibrilar (tipos VIII y XII) se determinó en: ratones sometidos a oclusión coronaria permanente (IM no reperfundido,  $n=8$ ) o transitoria (IM reperfundido,  $n=8$ ) y en autopsias de pacientes con IM crónico ( $n=8$ ).

**Resultados:** En ambos grupos de IM, se detectó un aumento de la transcripción de los ARNm de los colágenos VIIIa1, VIIIa2 y XI en comparación con el grupo control. Por su parte, los niveles transcriptómicos del colágeno II solo aumentaron en el grupo no reperfundido, mientras que el tipo XII hizo lo propio solo en el grupo reperfundidos. Además, se detectó una asociación directa entre la expresión genética de las cinco subunidades de colágeno y el tamaño del infarto a nivel histológico. En pacientes con IM crónico, el análisis inmunohistoquímico reveló la presencia de colágeno tipo II ( $21,5 \pm 7,8$  fibras;  $0,26 \pm 0,11\%$  del campo), VIIIa1 ( $36,9 \pm 19,4$  fibras;  $0,51 \pm 0,53\%$  del campo), VIIIa2 ( $29,8 \pm 12,4$  fibras;  $0,33 \pm 0,11\%$  del campo), XI ( $14,7 \pm 3,7$  fibras;  $0,15 \pm 0,04\%$  del campo) y XII ( $21,1 \pm 8,2$  fibras;  $0,20 \pm 0,07\%$  del campo) en la cicatriz fibrótica.

**Conclusiones:** Los datos de nuestro estudio revelan la existencia de nuevos colágenos participando en la formación de la cicatriz fibrótica tras un IAM. Estos datos podrían sentar las bases para desentrañar la composición de la cicatriz fibrótica post-IM, que en última instancia podría influir en la supervivencia del paciente.

## 50 Proteína C reactiva y riesgo de diabetes de nueva aparición y eventos cardiovasculares en pacientes con hipertensión arterial.

Segovia Portolés, R; Montalar Mendoza Z; Santas Olmeda, E; Pascual Izuel, JM; Rodilla Sala, E; Servicio de Medicina Interna. Hospital de Sagunto

**Introducción:** La proteína C reactiva (PCR) es un marcador de inflamación crónica asociado con la aterosclerosis, las alteraciones metabólicas y el riesgo de eventos cardiovasculares (CV). Los pacientes con hipertensión arterial (HTA) pueden presentar valores más elevados de este biomarcador que la población general. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la asociación entre la PCR y el riesgo de alteraciones del metabolismo hidrocarbonado y los eventos CV en pacientes con HTA.

**Métodos:** Incluimos a una cohorte prospectiva de 3003 pacientes con HTA sin DM2 conocida y sin antecedentes de enfermedad CV. El valor de PCR se determinó mediante inmunoturbidimetría en la analítica realizada en la primera evaluación de los pacientes en la unidad de HTA y riesgo CV de nuestro centro. El cálculo de probabilidad de aparición de diabetes fue estimado por el método de Kaplan-Meier, y la asociación entre la PCR y el riesgo de DM2, así como con el riesgo de eventos CV, se estimaron mediante regresión de Cox.

**Resultados:** La edad media de los pacientes incluidos fue de  $56 \pm 14,8$  años y 1515 (50,4%) fueron mujeres. La mediana de PCR fue de  $1,9 (1,0 - 3,8)$  mg/L. La probabilidad acumulada de DM2 fue mayor en pacientes con PCR elevada ( $PCR \geq 3$  mg/l vs.  $< 3$  mg/l;  $p<0,001$ ). En el análisis multivariable, los valores de PCR se asociaron de forma independiente con el riesgo de DM2 de nueva aparición (HR=1,0; IC95% 1,01-1,06;  $p<0,001$ ). Además, en un modelo ajustado por edad, sexo y otras covariables de interés, la PCR se asoció también de forma independiente con un mayor riesgo de eventos CV (HR=1,04; IC 95% 1,01-1,07;  $p=0,008$ ).

**Conclusiones:** En pacientes con HTA, la PCR se asoció de forma independiente con el riesgo de DM2 de nueva aparición, así como con un mayor riesgo de eventos CV en el seguimiento. Futuros estudios deberán evaluar la importancia de la inflamación en la evaluación del riesgo CV de los pacientes con HTA.

## 52 Meta-análisis de datos de RNAseq para un mejor entendimiento del papel de las células endoteliales tras un infarto agudo de miocardio

César Ríos-Navarro; María Ortega; Tamara Molina-García; Marta Arnal-Forné; Elena de Dios; Nerea Perez-Solé; Victor Marcos-Garcés; Jose Gavara; Amparo Ruiz-Saurí; Vicente Bodí; Instituto de Investigación INCLIVA

**Antecedentes y objetivo:** Las células endoteliales (CE) juegan un clave para la cardioprotección, debido a su papel en la preservación de la microvasculatura y la homeostasis cardíaca después de un infarto agudo de miocardio (IAM) debido a la activación de la angiogénesis. Es por ello que, este estudio pretende identificar genes implicados en la proliferación de las CE tras un IAM, la activación de la apoptosis de CE y la regulación de la angiogénesis mediante la utilización de datos transcriptómicos de secuenciación de ARN.

**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  $\text{Log2FoldChange} \geq 2$ ) y se llevó a cabo un análisis de enriquecimiento funcional basado en los procesos biológicos (BPs) de Gene Ontology.

**Resultados:** Los BP relacionados con la apoptosis se activan hasta el día 3 después del inicio de la isquemia, mientras que la proliferación endotelial ocurre a partir del día 3, observándose la sobrerepresentación de hasta 37 genes diferentes implicados en este proceso. La apoptosis de las CE después de un IAM se desencadena a través de las vías de señalización tanto extrínsecas como intrínsecas, como lo refleja el incremento en los niveles de ARNm de 14 y 2 genes específicos de estas vías, respectivamente. En cuanto a la regulación de la angiogénesis, los BPs implicados en la formación de nuevos vasos están sobrerepresentados poco después del inicio de la isquemia, mientras que los mecanismos dirigidos a la represión de la angiogénesis pueden detectarse en el día 3 tras la oclusión de la arteria coronaria. En total, hasta 51 factores proangiogénicos diferentes y 29 factores antiangiogénicos mostraron una expresión transcriptómica alterada después de la isquemia coronaria.

**Conclusiones:** Hasta donde sabemos, este es el primer estudio que utiliza un conjunto de datos de secuenciación de ARN para evaluar genes que participan en la fisiología de las CE, específicamente los procesos de proliferación y apoptosis, así como aquellos implicados en la regulación de la angiogénesis después tras un IAM. Estos nuevos datos podrían sentar las bases para enfoques futuros que avancen en la comprensión del papel de las CE después del IAM.

## 53 Doble antiagregación prolongada en un Programa de Rehabilitación Cardíaca en Fase 3 extendida tras un infarto agudo de miocardio

Aulet Manuel, S; Marcos Garcés, V; Merenciano González, H; Martínez Mas, M; Climent Alberola, J; Valls Reig, M; Arizón Benito, A; Payá Rubio, A; Sanchis Forés, J; Bodí, V; Cardiología, HCUV, Valencia

**Introducción.** La doble antiagregación prolongada (DAPT-P) más allá de 12 meses tras un infarto agudo de miocardio (IAM) se recomienda en pacientes seleccionados. Se han desarrollado numerosas escalas de riesgo para estimar el riesgo isquémico y hemorrágico y poder individualizar la toma de decisiones. En nuestro trabajo, analizamos los factores (incluyendo escalas de riesgo isquémico y hemorrágico) que se asocian con prescripción de DAPT-P en pacientes con IAM que se derivan a nuestro Programa de Rehabilitación Cardíaca (PRC).

**Métodos.** Incluimos prospectivamente a los pacientes con IAM con elevación del segmento ST (IAMCEST) o IAM oclusivo (OMI) que completaron la Fase 2 de nuestro PRC. Los pacientes se siguieron en Fase 3 extendida de nuestro PRC, programando una visita de seguimiento a los 12 meses tras el alta hospitalaria. Se registraron las características clínicas basales y durante el seguimiento, así como el tratamiento en la visita a los 12 meses, y específicamente la DAPT-P. Se calcularon de forma retrospectiva escalas de riesgo isquémico (DAPT) y hemorrágico (PRECISE-DAPT y CRUSADE). Se estudiaron los predictores de DAPT-P mediante un análisis univariado y una regresión logística binaria multivariada. Se analizó el modelo mediante un análisis de área bajo la curva (AUC) en curvas ROC. Se consideró una  $p < 0.05$  como estadísticamente significativa.

**Resultados.** La cohorte estuvo compuesta de 78 pacientes (media de edad de  $61 \pm 11$  años, 84.6% varones). Las presentaciones más frecuentes de IAMCEST fueron anterior e inferior (43.6% y 47.4%, respectivamente). Los factores de riesgo cardiovascular más frecuentes fueron la hipercolesterolemia (85.9%), la hipertensión (53.8%), el tabaquismo activo (46.2%) y la diabetes mellitus (23.1%). La DAPT-P fue prescrita en 39 (50%) pacientes más allá de los 12 meses tras el IAM, principalmente combinando aspirina 100mg con ticagrelor 60mg ( $n=33$ , 84.6%). En el análisis multivariado, las variables asociadas con la prescripción de DAPT-P fueron la hipertensión (HR 4.92 [1.37-17.68],  $p=0.02$ ), la diabetes mellitus (HR 5.13 [1.09-24.09],  $p=0.04$ ), la enfermedad multivaso (HR 5.54 [1.55-19.79],  $p=0.008$ ), y un diámetro de stent  $< 3\text{mm}$  (HR 5.46 [1.25-23.78],  $p=0.02$ ). El poder predictivo del modelo fue excelente (AUC 0.88 [0.8-0.96],  $p < 0.001$ ). Las escalas de riesgo isquémico (escala DAPT) y hemorrágico (PRECISE-DAPT y CRUSADE) no se asociaron con la DAPT-P, ni en forma continua ni utilizando sus puntos de corte estándar ( $\geq 2$ ,  $< 25$  y  $> 40$  puntos, respectivamente).

**Conclusiones.** En una cohorte en vida real de pacientes con IAM sometidos a un PRC en Fase 3 extendida, se prescribió DAPT-P en la mitad de la población. Las variables clínicas (hipertensión y diabetes mellitus) y angiográficas (enfermedad multivaso y diámetro del stent  $< 3\text{mm}$ ) se asociaron fuertemente con la probabilidad de recibir DAPT-P, a diferencia de las escalas de riesgo. Las consecuencias clínicas de este manejo deben seguir explorándose.

## 55 Un año tras la instauración del código infarto en un área de referencia: Prevalencia de los "falsas activaciones"

Del Río López, M.; Benavent García, C.; García Suárez, A.; Lledó Ortiz, C.; Gómez Martínez, M.J.; Leiva Gordillo, M.; García Belenguer, R.; Tejedor Viñuela, P.; Santos Martínez, S.; Morillas Blasco, P.; Cardiología del Hospital General Universitario de Elche

**Introducción y objetivos:** La activación del código infarto (IAM) ha supuesto una mejora significativa del pronóstico de los pacientes con cardiopatía isquémica. Sin embargo, el número de cateterismos con diagnóstico final distinto a IAM tipo I es significativo. Existen diversos criterios para definir las falsas activaciones del código infarto entre los que se encuentra la ausencia de lesiones coronarias significativas en la angiografía o el diagnóstico al alta distinto de IAM con elevación del segmento ST. El objetivo del presente trabajo es conocer la prevalencia de estas activaciones de la red del código INFARTO tras su introducción en nuestra área hace 1 año.

**Métodos:** Estudio descriptivo que analiza los códigos IAM entre diciembre de 2022 y enero 2024 de nuestra zona de referencia. Se analizaron los ECG, características basales de los pacientes y el diagnóstico final al alta.

**Resultados:** Se atendió a 425 personas, con una edad media 67 años  $\pm$  12 años, de los cuales el 72% eran varones. Tras el análisis de los diagnósticos al alta, se objetivó que 106 pacientes (24,59%) no presentaban IAM tipo I (falsas activaciones), distribuidos de la siguiente forma: 1) origen cardiológico: disección coronaria 4 (3,88%), MINOCA 13 (12,62%), miocardiopatías 7 (6,80%), Tako-tsubo 9 (8,74%), mio/pericarditis aguda 5 (4,85%), BRIHH doloroso 10 (9,71%), taquiarritmias 8 (7,76%) y dolor con ECG anómalo con isquemia coronaria previa en 19 (18,45%) casos y; 2) causas de origen no cardiológico en 28 casos (27,19%). La mortalidad intrahospitalaria global fue de 15 pacientes (3,5%).

**Conclusiones:** Las cifras de IAM tipo I de nuestra cohorte son semejantes a las reflejadas en el registro nacional. El análisis pormenorizado de los diagnósticos alternativos permite conocer áreas de mejora y optimización de la asistencia en estos pacientes

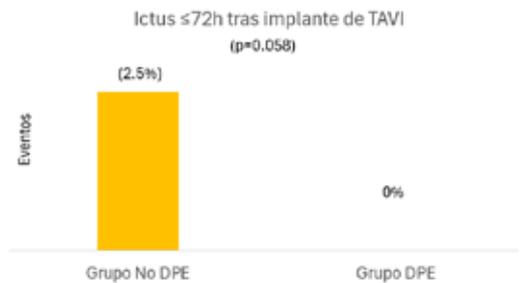
## 54 Utilización selectiva de sistema de protección de carótidas en pacientes TAVI con alto riesgo de ictus.

Yago Riquelme, C; Herrero Brocal, M; Martínez López, D; Fuertes Kenneally, L; García Barrios, AM; López-Menchero Ortiz de Salazar, C; Lloret Rubio, A; De la Hoz Marañón, L; Mateo Soler, JM; Ruiz Nodar, JM; Cardiología del Hospital General Universitario Doctor Balmis de Alicante

**Introducción:** El implante valvular aórtico transcateéter (TAVI) es una opción de tratamiento para pacientes con estenosis aórtica severa sintomática en todo el espectro del riesgo quirúrgico. Una complicación temida es el ictus peri-procedimiento. Se han diseñado dispositivos de protección embólica (DPE) para minimizar el grado de lesión neurológica pero los datos acerca de su eficacia son contradictorios. **Objetivo:** Estudiar el impacto clínico del uso selectivo del DPE Sentinel en pacientes con alto riesgo de ictus peri-procedimiento. El objetivo primario del estudio fue la incidencia de ictus invalidantes, según la clasificación VARC, en las primeras 72 horas tras el implante. **Materiales y métodos:** Estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico. Se estudiaron 2 periodos temporales consecutivos a lo largo de 2023. El primero (enero-abril) sin uso de DPE y el segundo (mayo-diciembre) con implante de DPE por la arteria radial derecha, a criterio del hemodinamista, en pacientes con válvula bicúspide, válvula severamente calcificada (Agatston  $> 1500$ ) y/o aorta en porcelana. **Resultados:** Del total de 306 implantes de TAVI realizados durante el año 2023, 119 (39%) se implantaron en el primer periodo (ausencia de protección con DPE) y 187 (61%) en el segundo (protección selectiva con DPE). No se encontraron diferencias significativas en las características basales de ambas poblaciones: edad (DPE  $79.8 \pm 5.7$  años vs no-DPE  $80.5 \pm 6.0$ ;  $p=0.327$ ), sexo femenino (DPE 45.5% vs no-DPE 48.7%;  $p=0.574$ ), fibrilación auricular (DPE 31.6% vs no-DPE 34.5%;  $p=0.598$ ), Unidades Agatston (DPE  $924.7 \pm 1028.2$  vs no-DPE  $1100.2 \pm 837.2$ ;  $p=0.288$ ), válvula aórtica bicúspide (DPE 4.3% vs no-DPE 5.9%;  $p=0.526$ ) y tipo de válvula implantada (DPE 66.3% válvula autoexpandible vs no-DPE 59.7%;  $p=0.238$ ). A destacar únicamente una mayor prevalencia de episodios previos de ictus en la población del período DPE (DPE 12.3% vs no-DPE 5.0%;  $p=0.035$ ). En el primer periodo hubo 3 ictus invalidantes (2,5%) (1 exitus, 1 hemiplejía y 1 hemianopsia) que se produjeron en 2 pacientes con válvula bicúspide y en 1 paciente con válvula aórtica muy calcificada (Agatston 2806). En el segundo periodo se implantó el DPE Sentinel en 26 pacientes, lo que supone el 14% de la población de dicha franja temporal. No existió ningún ictus invalidante en la misma en las primeras 72 horas, toda vez, rozando estas diferencias la significación ( $p=0.058$ ). Ocurrió un ictus en el día 7 tras el implante, en un paciente con fibrilación auricular. Solo en un caso no fue posible el implante del DPE por calcificación severa del tronco arterial innominado (4%). No hubo complicaciones vasculares relacionadas con el implante del dispositivo.

### Conclusiones:

La utilización selectiva de un sistema de protección de carótidas en subgrupos de pacientes con alto riesgo de ictus peri-procedimiento, ha reducido los ictus invalidantes en nuestro hospital. El procedimiento es seguro y el implante exitoso en el 96% de los casos programados.



## 56 Impacto de un test invasivo de función coronaria sobre el riesgo de eventos recurrentes en pacientes con angina y enfermedad arterial coronaria no obstructiva

Carrión Cervero, A; Vidal Urrutia, V; Llopis Gisbert, G; Fernández Fernández, C; Cubillos Arango, A; Solano López, J; Berenguer Jofresa, A; Rùmiz González, E; Payá Serrano, R; Servicio de Cardiología del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

**Objetivos:** Los pacientes con angina y enfermedad arterial coronaria no obstructiva (ANOCA) muestran un mayor consumo de recursos sanitarios, lo que resulta en un aumento de visitas al servicio de urgencias (SU) y reingresos hospitalarios. El objetivo de este estudio fue determinar el impacto de una prueba de función coronaria (CFT) invasiva en las visitas al servicio de urgencias por dolor torácico y los ingresos por síndrome coronario agudo (SCA) en pacientes con ANOCA.

**Métodos:** Evaluamos a todos los pacientes con ANOCA que se sometieron a una CFT invasiva en nuestro hospital desde marzo de 2020 hasta diciembre de 2023. Analizamos el número de visitas al servicio de urgencias por dolor torácico típico, ingresos por SCA y cateterismos antes y después de la CFT.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 145 pacientes con ANOCA a los que se les realizó una CFT. La edad media fue  $63,9 \pm 10$  años, el 59,6% eran mujeres, el 25% presentaba diabetes mellitus y el 18,8% eran fumadores activos. Se diagnosticó espasmo coronario epicárdico en el 53,6%, espasmo microvascular en el 24% y el 45,87% presentó disfunción microvascular. Previo a la CFT invasiva, el 52% de los pacientes había consultado a urgencias por dolor torácico en más de una ocasión, el 33,58% había tenido al menos un ingreso por SCA y al 10,7% se le había realizado una coronariografía previamente. Después de la CFT invasiva hubo una reducción significativa en el número de visitas al servicio de urgencias ( $0,88 \pm 0,1$  frente a  $0,29 \pm 0,07$ ,  $p < 0,001$ ) y de ingresos hospitalarios por SCA ( $0,37 \pm 0,5$  frente a  $0,07 \pm 0,03$ ,  $p < 0,001$ ).

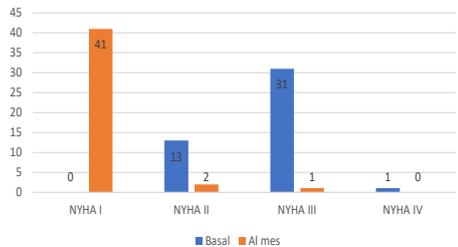
**Conclusiones:** La realización de una CFT invasiva en pacientes con ANOCA, que permite iniciar un tratamiento médico dirigido, se asocia con una reducción significativa del número de visitas a urgencias y de ingresos por SCA.

## 57 Alta mejoría sintomática del paciente frágil tras implante de TAVI

Martínez López, D; Herrero-Brocal, M; Yago Riquelme, C; Fuertes Kenneally, L; García Barrios, A; López-Menchero Ortiz de Salazar, C; Lloret Rubio, A; Mateo Soler, JM; De la Hoz Marañón, L; Ruiz Nodar, JM; Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario Dr. Balmis de Alicante

**Introducción:** El implante valvular aórtico transcateéter (TAVI) es una opción de tratamiento para la estenosis aórtica severa sintomática en todo el espectro del riesgo quirúrgico. Diferentes registros muestran que hasta el 60% de estos pacientes tienen, al menos, un marcador de fragilidad. La fragilidad se ha asociado con mayores tasas de mortalidad al año y a otras complicaciones. Aunque el tratamiento conservador tiene un pronóstico desfavorable, con tasas de mortalidad de 30-60% a los 12 meses del diagnóstico. **Objetivo:** El objetivo principal fue evaluar el impacto clínico del implante de TAVI en la población frágil. Como objetivo secundario valorar la aparición de complicaciones intrahospitalarias y a corto plazo (30 días). **Métodos:** Estudio observacional, prospectivo y unicéntrico que incluyó todos los pacientes con implante de TAVI en nuestra unidad en 2023. La fragilidad se evaluó por el cardiólogo intervencionista según la escala de Fragilidad Clínica de Rockwood (CFS) o escala Frailty, asignando una puntuación de 1 a 9, distribuyendo a los pacientes en CFS alta si obtenían  $\geq 5$  puntos o CFS baja si  $< 5$  puntos. **Resultados:** De los 298 pacientes incluidos, 45 (15%) tenían una CFS elevada frente a 253 (85%) con CFS baja. Se encontraron diferencias significativas en edad ( $83.31 \pm 5.35$  años CFS alta vs  $79.44 \pm 5.8$  años CFS baja;  $p < 0.01$ ), género (mujeres 60% CFS alta vs 43.9% CFS baja;  $p=0.046$ ) y hemoglobina basal ( $12.16 \pm 1.55$  g/dL CFS alta vs  $12.91 \pm 1.77$  g/dL CFS baja;  $p=0.008$ ), sin diferencias en otras características basales. Los pacientes con CFS alta tenían mayor disnea basal según la escala NYHA (NYHA III-IV 71.1% CFS alta vs 37.9% CFS baja;  $p < 0.001$ ) con mayor uso de diuréticos (71.1% CFS alta vs 51% CFS baja;  $p=0.013$ ). Los pacientes con CFS alta presentaron mayor necesidad de realizar el procedimiento de forma preferente/urgente ( $p=0.044$ ). No hubo diferencias en la aparición de complicaciones en el ingreso: ictus ( $p=0.463$ ), sangrados ( $p=0.667$ ), complicaciones vasculares ( $p=0.234$ ); excepto una mayor aparición de BAV completo que requirió implante de marcapasos (22.3% CFS alta vs 8.7% CFS baja;  $p=0.024$ ). No hubo diferencias en la mortalidad hospitalaria (0% CFS alta vs 1.6% CFS baja;  $p=0.396$ ). Al mes de seguimiento, destaca una reducción significativa del grado de disnea de la NYHA en el grupo CFS alta (71.1% NYHA III-IV preTAVI vs 2.3% postTAVI;  $p < 0.001$ ). No hubo diferencias en la aparición de ictus ( $p=0.375$ ), reingresos por IC ( $p=0.734$ ), y complicaciones vasculares ( $p=0.66$ ). Tampoco hubo diferencias en la mortalidad por cualquier causa (4.4% CFS alta vs 3.2% CFS baja;  $p=0.675$ ). **Conclusiones:** Los pacientes con fragilidad alta tratados con TAVI femoral presentan una mejoría muy importante de su clase funcional. Las complicaciones en el corto plazo son similares a los pacientes menos frágiles, si bien la tasa de necesidad de marcapasos fue ligeramente superior.

Fragilidad alta: NYHA basal vs NYHA mes post-TAVI ( $p < 0.01$ )



## 59 Impacto negativo del bajo peso en las complicaciones tras el implante de TAVI

Martínez López, D; Herrero-Brocal, M; Yago Riquelme, C; Fuertes Kenneally, L; García Barrios, A; López-Menchero Ortiz de Salazar, C; Lloret Rubio, A; Mateo Soler, JM; De la Hoz Marañón, L; Ruiz Nodar, JM; Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario Dr. Balmis de Alicante

**Introducción:** El implante valvular aórtico transcateéter (TAVI) es una opción de tratamiento para la estenosis aórtica severa sintomática en todo el espectro del riesgo quirúrgico. Es conocida la relación entre el Índice de Masa Corporal (IMC), las complicaciones del procedimiento y el pronóstico a corto y largo plazo. Esta relación está mejor estudiada en la obesidad, estando los pacientes con bajo peso menos representados en ensayos clínicos. En un metaanálisis reciente observaron mayor tasa de complicaciones vasculares asociadas al procedimiento, así como un peor pronóstico vital durante el seguimiento. **Objetivos:** Evaluar el impacto clínico del bajo peso de los pacientes tras implante de TAVI en nuestro hospital. El objetivo principal fue la aparición de complicaciones intrahospitalarias y de morbimortalidad en seguimiento a corto plazo (30 días). **Métodos:** Estudio observacional, prospectivo y unicéntrico que incluye a todos los pacientes a los que se les ha implantado una TAVI en el año 2023 en nuestra unidad. La población se clasificó en función del IMC. En este estudio se compararon los pacientes con bajo peso (IMC  $< 18.5$ ) y con normopeso (18.5-24.99). **Resultados:** De los 297 pacientes a los que se le había implantado una TAVI, 5 pacientes (1.6%) tenían bajo peso (BP) y 102 (34.3%) normopeso (NP). No hubo diferencias significativas en la edad ( $78.2 \pm 5.1$  años BP vs  $81.2 \pm 5.7$  años NP;  $p=0.152$ ), ni en el sexo (mujeres 80% BP vs 52% NP;  $p=0.220$ ). En los de bajo peso, se observó una mayor incidencia de vasculopatía periférica con respecto a los normopeso (40% BP vs 9.8% NP;  $p=0.037$ ). No se observó mayor fragilidad ( $p=0.995$ ), peor clase funcional medida en escala NYHA ( $p=0.704$ ), ni otras diferencias en las características basales. En los aspectos técnicos del procedimiento, se observaron diferencias en cuanto a la técnica de cierre vascular ( $p=0.006$ ); en los de BP utilizaron el sistema Manta (60%) y Proglyde + Angioseal (40%), mientras que en los NP se usó Proglyde (53.3%) y el sistema Manta (39.3%). En complicaciones periprocedimiento no hubo diferencias entre grupos (60% BP vs 39.2% NP;  $p=0.355$ ). No se observó diferencias en ictus ( $p=0.824$ ), BAV completo ( $p=0.612$ ), BCRI ( $p=0.650$ ), ni complicaciones vasculares ( $p=0.213$ ). No obstante, durante la estancia hospitalaria, los pacientes de bajo peso presentaron mayores complicaciones vasculares (40% BP vs 4.9% NP;  $p=0.002$ ), con una mayor incidencia de sangrado BARC 3a y 3b (40% BP vs 6.9% NP;  $p < 0.001$ ), sin diferencias en el resto de complicaciones periprocedimiento. No hubo diferencias en la mortalidad hospitalaria ( $p=0.752$ ). Tras 1 mes de seguimiento no se han encontrado diferencias en la mortalidad ( $p=0.952$ ), ni en aparición de complicaciones. **Conclusiones:** En los pacientes con bajo peso se utilizó una técnica de cierre diferente respecto a los normopeso, con mayor incidencia de complicaciones vasculares y sangrado BARC alto intrahospitalarios, sin observar diferencias en mortalidad a corto plazo.

Tabla 1: Comparación de complicaciones postprocedimiento y al alta en NP y BP.

COMPLICACIONES POSTPROCEDIMIENTO			
	Normopeso (%)	Bajo peso (%)	p-valor
BAV completo	5/102 (4.9)	0/5 (0)	0.612
BCRI	31/102 (30.4)	2/5 (40)	0.650
Sangrado BARC 3a-3b	2/102 (5)	0/5 (0)	0.848
Ictus	1/102 (0.9)	0/5 (0)	0.824
Taponamiento cardiaco	0/102 (0)	0/5 (0)	-
Complicación vascular	6/102 (5.9)	1/5 (20)	0.213
Otras complicaciones	4/102 (3.9)	1/5 (20)	0.096
COMPLICACIONES AL ALTA			
BAV completo	9/102 (8.8)	0/5 (0)	0.737
BCRI	19/102 (18.6)	0/5 (0)	0.287
Sangrado BARC 3a-3b	7/102 (6.9)	2/5 (40)	<0.001
Ictus	0/102 (0)	0/5 (0)	-
Taponamiento cardiaco	0/102 (0)	0/5 (0)	-
Complicación vascular	5/102 (4.9)	2/5 (40)	0.002
Otras complicaciones	5/102 (4.9)	0/5 (0)	0.612

## 58 Impacto del sobrepeso y la obesidad en las complicaciones y la morbimortalidad tras implante de TAVI

Martínez López, D; Herrero-Brocal, M; Yago Riquelme, C; Fuertes Kenneally, L; García Barrios, A; López-Menchero Ortiz de Salazar, C; Lloret Rubio, A; Mateo Soler, JM; De la Hoz Marañón, L; Ruiz Nodar, JM; Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario Dr. Balmis de Alicante

**Introducción:** La obesidad es un factor de riesgo cardiovascular bien conocido, sin embargo, varios estudios han observado una asociación directa entre un IMC mayor y mejores resultados tras TAVI o cirugía cardiovascular (conocido como "paradoja de la obesidad"). Estos pacientes muestran una menor mortalidad, a pesar de presentar más comorbilidades que aquellos con normopeso. **Objetivos:** Evaluar el impacto pronóstico del sobrepeso/obesidad de los pacientes tras implante de TAVI en nuestro hospital. El objetivo principal fue la aparición de complicaciones intrahospitalarias y de morbimortalidad en seguimiento a corto plazo (30 días). **Métodos:** Estudio observacional, prospectivo y unicéntrico que incluye a todos los pacientes tras implante de TAVI en el año 2023 en nuestra unidad. La población se clasificó en función del IMC. En este estudio se compararon aquellos con obesidad/sobrepeso (IMC  $\geq 25$ ) con aquellos con normopeso (IMC = 18.5-24.99). **Resultados:** De los 297 pacientes a los que se le había implantado una TAVI, 195 (65.6%) tienen obesidad/sobrepeso (SP) y 102 (34.3%) normopeso (NP). Se observó una menor edad en los pacientes con SP ( $79.3 \pm 5.7$  años SP vs  $81.98 \pm 5.7$  años NP;  $p < 0.001$ ), con una diferencia estadísticamente significativa. No se observaron diferencias en cuanto al sexo (mujeres 44.1% SP vs 52% NP;  $p=0.197$ ) y los principales factores de riesgo cardiovascular: HTA (84.1% SP vs 80.4% NP;  $p=0.421$ ), diabetes (40% SP vs 32.2% NP;  $p=0.531$ ) y dislipemia (65.6% SP vs 60% NP;  $p=0.321$ ). Tampoco se observaron diferencias en el resto de características basales como fragilidad ( $p=0.766$ ) o clase funcional según la escala NYHA ( $p=0.734$ ). Las complicaciones inmediatas tras el procedimiento aparecieron en el 48,2% de SP frente al 39,2% de NP ( $p=0.139$ ): ictus ( $p=0.970$ ), BAV completo ( $p=0.292$ ), BCRI ( $p=0.547$ ), sangrado ( $p=0.694$ ) y complicaciones vasculares ( $p=0.255$ ). No hubo diferencias en complicaciones durante la estancia hospitalaria (39% SP vs 37,3%;  $p=0.772$ ), ni en la mortalidad (1% SP vs 2% NP;  $p=0.507$ ). Tampoco se observaron diferencias en complicaciones al alta ( $p=0.772$ ) o en la mortalidad en el seguimiento a 30 días ( $p=0.507$ ). **Conclusiones:** El implante de TAVI en pacientes con obesidad/sobrepeso es un procedimiento seguro sin mayor número de complicaciones ni mortalidad con respecto a los normopeso, tanto durante la hospitalización como en el seguimiento a corto plazo.

Tabla 1: Comparación de complicaciones postprocedimiento y al alta en NP y obesidad/SP.

COMPLICACIONES POSTPROCEDIMIENTO			
	Normopeso (%)	Obesidad/sobrepeso (%)	p-valor
BAV completo	5/102 (4.9)	16/195 (8.2)	0.292
BCRI	31/102 (30.4)	66/195 (33.8)	0.547
Sangrado BARC 3a-3b	2/40 (5)	9/94 (9.6)	0.694
Ictus	1/102 (1)	2/195 (1)	0.970
Taponamiento cardiaco	0/102 (0)	1/195 (0.5)	0.469
Complicación vascular	6/102 (5.9)	19/195 (9.7)	0.255
Otras complicaciones	4/102 (3.9)	8/195 (4.1)	0.940
COMPLICACIONES AL ALTA			
BAV completo	5/102 (4.9)	23/195 (11.8)	0.590
BCRI	19/102 (18.6)	39/195 (20)	0.777
Ictus	0/102 (0)	1/195 (0.5)	0.469
Taponamiento cardiaco	0/102 (0)	1/195 (0.5)	0.469
Sangrado BARC 3a-3b	7/102 (6.9)	9/195 (4.1)	0.666
Complicación vascular	5/102 (4.9)	6/195 (3.1)	0.429
Otras complicaciones	5/102 (4.9)	14/195 (7.2)	0.446

## 60 Dinámica y pronóstico de la angina persistente en el síndrome coronario crónico con evidencia de isquemia clínica, angiográfica y mediante RMC de estrés.

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

**Introducción.** El papel de la isquemia miocárdica en pacientes con síndrome coronario crónico (SCC) establecido es controvertido. La angina persistente en el primer año tras el tratamiento en el SCC y su asociación con eventos clínicos no se ha aclarado. El propósito de este trabajo es evaluar la dinámica a largo plazo y el pronóstico de la angina persistente en pacientes con resonancia magnética de estrés (RMC-E) y angiografía coronaria alteradas.

**Métodos.** Se incluyeron 486 pacientes con SCC con clase de angina de la Canadian Cardiovascular Society  $\geq 2$ , defecto de perfusión en la RMC-E y lesiones severas en la coronariografía, que fueron sometidos a intervención terapéutica (tratamiento médico optimizado asociado o no con revascularización guiada por RMC-E según la factibilidad). Se estudió la dinámica y asociación de la angina persistente a los 6 meses post-intervención con eventos cardíacos adversos (muerte cardiovascular, infarto de miocardio y rehospitalización por insuficiencia cardíaca).

**Resultados.** Todos los pacientes presentaron clase de angina  $\geq 2$  ( $2,7 \pm 0,7$ ), RMC-E anormal (media de carga isquémica:  $6,2 \pm 3$  segmentos) y lesiones angiográficas severas. En la mayoría de pacientes ( $n=392$ , 81%) se realizó revascularización guiada por RMC-E. El porcentaje de resolución de la angina fue del 78% a los 6 meses, y 79%, 77% y 75% al año, 2 años y 5 años respectivamente. La revascularización guiada por RMC-E se asoció con menor angina persistente en comparación con el tratamiento médico aislado (19% vs. 35%; HR 0,42 [0,2–0,7];  $p=0,003$ ). Durante una mediana de seguimiento de 8,3 años, la angina persistente se asoció de manera independiente con mayor riesgo de muerte cardiovascular (18% vs. 4%; HR 10,9 [4,1–29,2];  $p < 0,001$ ), infarto de miocardio (24% vs. 6%; HR 5,8 [3,2–10,4];  $p < 0,001$ ) y rehospitalización por insuficiencia cardíaca (31% vs. 14%; HR 2,7 [1,7–4,2];  $p < 0,001$ ).

**Conclusiones.** En pacientes con SCC y evidencia clínica, angiográfica y mediante RMC-E de isquemia, la revascularización coronaria guiada por RMC-E mejora los síntomas de angina en la mayoría de pacientes. La angina persistente durante el seguimiento a largo plazo se asocia con mayores tasas de eventos cardíacos adversos.

## 61 Análisis y evolución del tratamiento percutáneo de la enfermedad significativa del tronco coronario izquierdo en un centro sin cirugía cardíaca.

Laura Giménez García; Joana Melero Lloret; Vicente Pernias Escrig; Bruno Ventura Pérez; Blanca Trejo Velasco; David Tejada Ponce; Ignasi Segarra Vidal; Silvia De la Cruz Cereceda; Carmen Arveras Martínez; Alejandro Bellver Navarro; Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario de Castellón. Castellón de la Plana.

Características básicas	
Edad (años)	62 (24,4)
Sexo: hombre (n, %)	14 (60)
Índice de masa corporal (kg/m <sup>2</sup> )	23 (21,5)
Obesidad (n, %)	7 (30)
Hipertensión arterial (n, %)	74 (31,3)
Diabetes mellitus (n, %)	21 (9,0)
Dyslipidemia (n, %)	49 (21,2)
FA (n, %)	32 (13,7)
Cardiopatía isquémica previa (n, %)	17 (7,3)
ICP (n, %)	28 (12,0)
CARDIO (n, %)	6 (2,6)
Anticoagulación por fibrinólisis (n, %)	8 (3,4)
Anticoagulación por heparina (n, %)	14 (6,0)
Insuficiencia cardíaca (n, %)	14 (6,0)
Número de vasos enfermos (n, %)	14 (6,0)
1 (n, %)	9 (3,8)
2 (n, %)	4 (1,7)
3 (n, %)	1 (0,4)
Características analíticas básicas	
Hb (g/L)	13,2
Hemoglobina (g/L)	13,2
Creatinina (mg/dL)	1,0
Proteínas (g/L)	7,1
Prescritos en el S.A.	
MEDICINA	
1 (n, %)	27 (11,7)
2 (n, %)	60 (26,5)
3 (n, %)	4 (1,7)
4 (n, %)	5 (2,2)
5 (n, %)	5 (2,2)
6 (n, %)	5 (2,2)
7 (n, %)	5 (2,2)
8 (n, %)	5 (2,2)
9 (n, %)	5 (2,2)
10 (n, %)	5 (2,2)
11 (n, %)	5 (2,2)
12 (n, %)	5 (2,2)
13 (n, %)	5 (2,2)
14 (n, %)	5 (2,2)
15 (n, %)	5 (2,2)
16 (n, %)	5 (2,2)
17 (n, %)	5 (2,2)
18 (n, %)	5 (2,2)
19 (n, %)	5 (2,2)
20 (n, %)	5 (2,2)
21 (n, %)	5 (2,2)
22 (n, %)	5 (2,2)
23 (n, %)	5 (2,2)
24 (n, %)	5 (2,2)
25 (n, %)	5 (2,2)
26 (n, %)	5 (2,2)
27 (n, %)	5 (2,2)
28 (n, %)	5 (2,2)
29 (n, %)	5 (2,2)
30 (n, %)	5 (2,2)
31 (n, %)	5 (2,2)
32 (n, %)	5 (2,2)
33 (n, %)	5 (2,2)
34 (n, %)	5 (2,2)
35 (n, %)	5 (2,2)
36 (n, %)	5 (2,2)
37 (n, %)	5 (2,2)
38 (n, %)	5 (2,2)
39 (n, %)	5 (2,2)
40 (n, %)	5 (2,2)
41 (n, %)	5 (2,2)
42 (n, %)	5 (2,2)
43 (n, %)	5 (2,2)
44 (n, %)	5 (2,2)
45 (n, %)	5 (2,2)
46 (n, %)	5 (2,2)
47 (n, %)	5 (2,2)
48 (n, %)	5 (2,2)
49 (n, %)	5 (2,2)
50 (n, %)	5 (2,2)
51 (n, %)	5 (2,2)
52 (n, %)	5 (2,2)
53 (n, %)	5 (2,2)
54 (n, %)	5 (2,2)
55 (n, %)	5 (2,2)
56 (n, %)	5 (2,2)
57 (n, %)	5 (2,2)
58 (n, %)	5 (2,2)
59 (n, %)	5 (2,2)
60 (n, %)	5 (2,2)
61 (n, %)	5 (2,2)
62 (n, %)	5 (2,2)
63 (n, %)	5 (2,2)
64 (n, %)	5 (2,2)
65 (n, %)	5 (2,2)
66 (n, %)	5 (2,2)
67 (n, %)	5 (2,2)
68 (n, %)	5 (2,2)
69 (n, %)	5 (2,2)
70 (n, %)	5 (2,2)
71 (n, %)	5 (2,2)
72 (n, %)	5 (2,2)
73 (n, %)	5 (2,2)
74 (n, %)	5 (2,2)
75 (n, %)	5 (2,2)
76 (n, %)	5 (2,2)
77 (n, %)	5 (2,2)
78 (n, %)	5 (2,2)
79 (n, %)	5 (2,2)
80 (n, %)	5 (2,2)
81 (n, %)	5 (2,2)
82 (n, %)	5 (2,2)
83 (n, %)	5 (2,2)
84 (n, %)	5 (2,2)
85 (n, %)	5 (2,2)
86 (n, %)	5 (2,2)
87 (n, %)	5 (2,2)
88 (n, %)	5 (2,2)
89 (n, %)	5 (2,2)
90 (n, %)	5 (2,2)
91 (n, %)	5 (2,2)
92 (n, %)	5 (2,2)
93 (n, %)	5 (2,2)
94 (n, %)	5 (2,2)
95 (n, %)	5 (2,2)
96 (n, %)	5 (2,2)
97 (n, %)	5 (2,2)
98 (n, %)	5 (2,2)
99 (n, %)	5 (2,2)
100 (n, %)	5 (2,2)

**Objetivos:** Describir el abordaje terapéutico percutáneo de la enfermedad significativa de tronco coronario izquierdo (TCI), así como la evolución durante el primer año mediante el registro de los principales eventos cardiovasculares. **Métodos:** Análisis prospectivo unicéntrico que incluye a los pacientes sometidos a angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP) sobre TCI de enero a diciembre de 2022. Se documentó la presencia de FRCV, el motivo de ingreso, la clasificación Medina, el tratamiento antitrombótico y su duración; y aspectos intrínsecos de la ACTP. Se realizó seguimiento a un año registrando eventos adversos mayores (MAE) (muerte por todas las causas, infarto agudo de miocardio (IAM), revascularización de lesión diana e ingreso por ángor) y sangrados. **Resultados:** Se incluyeron un total de 98 pacientes sometidos a ACTPs sobre TCI. El 85% fueron varones, con una edad media de 70 años. Tabla 1. La prevalencia de HTA fue de 74,5%, 41,8% de DM-II, 44,9% de dislipemia. El 28,6% presentó AP de ACTP y el 6,1% de cirugía previa de bypass aortocoronario (CABG). El motivo de ingreso fue principalmente el IAMSEST (39,8). La clasificación Medina se distribuyó de la siguiente manera (1,1,0-64,3%), (1,1,1-27%), (1,0,1-5,1%) y (1,0,0-3,1%). Se empleó imagen intracoronaria en el 68,4% de los pacientes, con mayoría de IVUS (70,1%). El 68,3% de los pacientes presentó enfermedad de 3 vasos y el 80,6% de los pacientes fue tratado con técnica de un stent. El acceso fue radial en el 96,9% de los casos. Tras ACTP, el principal segundo antiagregante fue Prasugrel (40,8%), seguido de Clopidogrel (37,8%). Hubo 5 éxitos durante la intervención. El tiempo medio de DAPT fue de 10,5 meses y se registraron 20 MAE: 3 revascularizaciones de lesión diana (3%), 4 ingresos por ángor (4,1%), 13 éxitos (13,2%) y 3 IAM (3%). 8 pacientes presentaron sangrado mayor (8,2%). En el análisis multivariante se concluyó que una mayor duración de DAPT se asocia de forma significativa a una mayor tasa de mortalidad (p = 0,01) y de sangrados (p = 0,001), sin diferencias entre el segundo antiagregante. Existe una asociación significativa entre empeoramiento de la fracción de eyección de ventrículo izquierdo (FEVI) y MACE en el seguimiento (p = 0,02). No se encontraron diferencias entre el motivo de ingreso, la presencia de FRCV y antecedente de cardiopatía isquémica previa con la tasa de MACE, respectivamente. **Conclusión:** La población sometida a ACTP sobre TCI en nuestro entorno presenta una elevada carga de FRCV. La principal forma de presentación es IAM, con abordaje radial, empleo de imagen intracoronaria y técnica de "provisional stent". Existe una alta tasa de terapia antiagregante potente. En el seguimiento anual se evidencia una mortalidad del 13,2% y se registró un MACE en 1/5 pacientes. Los pacientes que recibieron más tiempo DAPT mostraron mayor tasa de mortalidad y sangrados. El empeoramiento de la FEVI se asoció a mayor tasa de MACE.

## E1 Asociación entre la recuperación de la frecuencia cardíaca tras una prueba de esfuerzo y la intolerancia al ejercicio en los pacientes con COVID persistente

Clara Sastre Arbona; Beatriz Calvo Losada; Laura López Bueno; Eloy Domínguez Mafé; Cristina Albiach Montañana; Julio Núñez Villota; Patricia Palau Sampio; Hospital Clínico Universitario de Valencia- Servicio de Cardiología- Valencia

**Antecedentes:** Los pacientes con COVID persistente pueden presentar disfunción autonómica. Sin embargo, la asociación entre la disfunción autonómica y la intolerancia al ejercicio (IE), así como el impacto de programas de ejercicio físico en su modulación no han sido completamente esclarecidos. Este estudio tiene como objetivo evaluar la relación entre la recuperación de la frecuencia cardíaca en el primer minuto (RFC1), un subgrupo de disfunción autonómica, y la IE en pacientes con COVID persistente. Además, este estudio pretende evaluar los efectos de un programa de entrenamiento muscular inspiratorio (EMI) domiciliario de 12 semanas sobre la modulación autonómica en estos pacientes.

**Métodos:** Este estudio es un subanálisis post hoc de un ensayo clínico en el que un total de 26 pacientes con COVID persistente fueron aleatorizados a recibir un EMI de 12 semanas o solo manejo clínico habitual (NCT05279430). Los datos se analizaron mediante correlación de Pearson y análisis de regresión lineal mixta.

**Resultados:** La edad media fue de 50,4±12,2 años y 11 (42,3%) eran mujeres. La RFC1 basal se correlacionó significativamente con la capacidad funcional máxima (picoVO2) (r=0,402, p=0,041). Los pacientes con RFC1 basal más baja (≤ 22 lpm) presentaron frecuencias cardíacas en reposo más elevadas y menor picoVO2 en la valoración inicial. El EMI se asoció con una mejora significativa en el picoVO2 en pacientes con RFC1 basal más baja (p=0,019). Además, se observó una mejora significativa en la RFC1 en el grupo de EMI en comparación con el grupo de manejo clínico habitual después de 12 semanas (+9,39, IC del 95%=2,4-16,4, p=0,010).

**Conclusión:** Una RFC1 basal más baja se asocia con IE en pacientes con COVID persistente y nos ayuda a identificar a aquellos pacientes que probablemente más se beneficien de un programa de EMI domiciliario

## E2 Técnica BAT

Calvo Vidal, R; España Cucarella, D; Jorret Ibiza, D; Casañ Olmos, V; Federico Zaragoza, P; Hemodinámica. Hospital de La Ribera. Alzira

**Objetivo:** Facilitar el avance del catéter por medio de la arteria, para no cambiar de acceso vascular y evitar canalizar una nueva vía de acceso.

**Método:** Tanto en la coronariografía diagnóstica como el terapéutico, la vía de acceso vascular de elección es el acceso radial, ya que ha demostrado ser seguro y efectivo en la mayoría de los casos, (menor número de complicaciones vasculares) y la pronta movilización de pacientes. En esta comunicación, queremos presentar la técnica BAT (Balloon-Assisted Tracking). Esta técnica nos va a facilitar el avance del catéter por la arteria radial- cubital y humeral, cuando el paciente presenta diferentes anomalías anatómicas, como: espasmo, fino calibre, tortuosidad del vaso. La técnica consiste en introducir un balón en la punta del catéter para conificar o modificar la estructura de la punta de éste, para facilitar el paso por medio de la arteria.

**Resultados:** Estudio retrospectivo: 16 casos (1.1%) de 1.485 procedimientos realizados en 2018 en los que se recurrió al BAT. Las dificultades anatómicas se superaron en 15/16 casos (94%) La angiografía coronaria y/o ICP se completaron con éxito en los 15 casos sin la necesidad de obtener un acceso arterial alternativo. No se observaron complicaciones relacionadas con la técnica

**Conclusiones:** El cateterismo por vía radial ha experimentado un crecimiento exponencial las últimas dos décadas. El acceso radial presenta ventajas respecto al femoral destacando la menor tasa de complicaciones vasculares y la reducción de la mortalidad. Es importante conocer las dificultades que se asocian con el cateterismo radial y las técnicas que pueden resultarnos de utilidad.

## E3 Terapia compresiva de miembros inferiores en pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada y predominio de congestión sistémica tisular

Civera Gómez, J; Conesa Bona, A; Castro Carmona, P; Mollar Fernández, A; Núñez Villota, J; De la Espriella Juan, R; Cebrián García, F; Martínez Botella, C; Bejarano Sandoval, E; Pérez Sánchez, A; Unidad de insuficiencia cardíaca, hospital clínico universitario de Valencia

a) **Justificación:** La elección del tratamiento diurético en la IC descompensada sigue siendo en gran medida empírico, y en muchas ocasiones insuficiente. De hecho, en un porcentaje no despreciable de pacientes se constata persistencia de datos evidentes de sobrecarga hidrosalina en pacientes dados de alta por IC descompensada. La presencia de edema en miembros inferiores constituye uno de los signos más frecuentes de sobre carga hidrosalina en IC y su control en muchas ocasiones es insuficiente. El vendaje compresivo de miembros inferiores podría ser una estrategia segura y eficaz para el control de los edemas por insuficiencia venosa crónica.

b) **hipótesis** En pacientes con IC descompensada tratados con diuréticos de asa parenterales con predominio de congestión intersticial sobre la vascular, la compresión venosa favorecería el trasvase de sodio y agua del espacio extravascular al intravascular (relleno vascular), mejorando la eficacia diurética y favoreciendo una descongestión más rápida, vigorosa, y sostenida.

c) **Objetivos** El objetivo principal de esta investigación será un objetivo co-primario: 1. Cambios en el peso a las 24 horas. 2. Natriuresis evaluada mediante una muestra de 24 horas desde la aleatorización.

d) **métodos** Ensayo clínico aleatorizado multicéntrico doble ciego 1:1 que evalúa la eficacia y la seguridad de la terapia compresiva de los miembros inferiores más la administración parenteral de diuréticos de asa, vs la administración de diuréticos de asa parenterales únicamente (tratamiento estándar) en pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada y predominio de congestión sistémica tisular y ausencia de congestión sistémica intravascular.

### e) Criterios de inclusión

1. Pacientes con edad igual o superior a 18 años.
2. Paciente con juicio clínico de insuficiencia cardíaca aguda descompensada en las primeras 96 horas desde el inicio del tratamiento diurético parenteral.
3. Paciente tratado con diuréticos de asa parenterales al menos 40 mg las últimas 24 horas.
4. Niveles de NT-proBNP >1000 pg/ml en al menos 1 momento desde el inicio de la descompensación.
5. Presencia de edemas tibio-maleolares al menos grado II/IV en el momento de la inclusión.
6. Diámetro de vena cava inferior (VCI) en ultrasonografía ≤21 mm en el momento de la visita de "screening".

### e.1) Criterios de exclusión

1. Estar ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos
2. Trasplante renal, insuficiencia renal crónica estadio 5 (TFGe <15 ml/min/1.73m<sup>2</sup>) o estar incluido en programa de diálisis (peritoneal/hemodiálisis) o con necesidad de ultrafiltración.
3. Ausencia de pulsos periféricos.
4. Índice tobillo brazo (ITB) <0.9.
5. Antecedentes de arteriopatía periférica grave.
6. Intolerancia previa al vendaje compresivo.



## E4 Gestionar con humanidad, eficacia y eficiencia al paciente cardiológico

Villalba Lizandra, N; Regal Hernández, A; Jiménez Cruz, V; Martínez Penalba, M; Shami Yuste, N; Melis Tormos, E; Servicio de Hemodinámica Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia

**Título:** Gestionar con humanidad, eficacia y eficiencia al paciente cardiológico. **a)Objetivos:** La estenosis aórtica (EA) es la valvulopatía más frecuente en el anciano. La mayoría de pacientes candidatos al implante aórtico valvular percutáneo (TAVI) presentan otras comorbilidades que pueden empeorar su pronóstico vital. Es necesario contemplar otros condicionantes funcionales, cognitivos, sociales y de fragilidad, y no solo los parámetros cardiológicos estándar. El crecimiento exponencial del número de TAVI implantadas ha llevado implícitos problemas organizativos. La falta de camas hospitalarias tanto en Unidad de Críticos como de hospitalización hace las organizaciones sanitarias deban optimizar otras vías clínicas de actuación. El objetivo principal fue la Consulta Enfermera Coordinadora TAVI que realizara la valoración integral del paciente y pudiera disminuir la demora desde el diagnóstico de estenosis aórtica candidato a TAVI hasta la realización del procedimiento o la aceptación de su situación en caso de futilidad. **b)Métodos:** Se creó a través de la Unidad de Documentación Clínica y Admisión (UDCA) una agenda para enfermería. Se citaron aquellos pacientes que más tiempo llevaran en lista de espera, así como aquellos que se pusieron en contacto con la Unidad de Hemodinámica para comunicar su empeoramiento de los síntomas. Se dividió en consulta preprocedimiento donde a través de parámetros y escalas validadas se comprobó su fragilidad, su capacidad con las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, su dependencia, su calidad de vida y su evaluación psicosocial. En la consulta postprocedimiento se reforzó la información recibida al paciente y a la familia, así como la evaluación a partir de las mismas escalas las necesidades del mismo tras el implante TAVI. **c)Resultado:** El número de pacientes vistos en la consulta desde su creación fueron de 89. Antes de esta consulta el tiempo medio de espera entre la primera consulta con hemodinámica y el implante de la TAVI era de 164 días. Durante esos días no se realizaba ningún control de la gravedad. Tras la creación de la consulta el tiempo medio de espera desde el último análisis de la sintomatología fue de 59 días. Al 10 % de los pacientes se les puso la TAVI a los pocos días tras la consulta telefónica, al 18% en menos de 1 mes y al 12% en menos de 2 meses. **d)Conclusiones:** Esta consulta ha aumentado la calidad de los cuidados en los pacientes así como la correcta distribución de los recursos dentro de la gestión hospitalaria. Aunque no se ha realizado un análisis exhaustivo de la disminución de la mortalidad, la tendencia es clara.

## E6 Papel de enfermería en la detección temprana de fibrilación auricular con monitorización remota para mejora de la demora en la anticoagulación preventiva.

Jaime Belmonte Justamante; Isabel M. Lillo Ródenas; Helena Reig Gómez; José Luis Giménez Tébar; Amaya García Fernández; Vicente Arrarte Esteban; Lucía de La Hoz Marañón; Juan Gabriel Martínez Martínez; Irene Lledó Mateo; Cardiología. Hospital General Universitario Dr. Balmis de Alicante

**Introducción:** La monitorización remota (MR) de los dispositivos cardiovasculares electrónicos implantables (CIED) para el control del ritmo cardíaco (CRM) permite la detección de arritmias, como los episodios auriculares de alta frecuencia (AHRE, por sus siglas en inglés). Las enfermeras de la Unidad de Arritmias se encargan de la vigilancia de las alertas y de la detección de los avisos de fibrilación y su confirmación.

**Objetivo:** El objetivo principal de este estudio es determinar el intervalo de tiempo existente entre la detección de un AHRE llevada a cabo por una enfermera a través de la monitorización remota y la demora en la prescripción de anticoagulación por parte del médico responsable.

**Metodología:** Estudio observacional, cohortes, retrospectivo, unicéntrico. Se recogió una muestra de manera retrospectiva de pacientes que presentaron datos de alerta de arritmias auriculares en un período de tiempo de seis meses. Se obtuvieron los datos de factores de riesgo asociados a Fibrilación Auricular (FA) y las fechas correspondientes a: AHRE, realización de petición cita virtual por parte del personal de enfermería con el médico correspondiente para valorar el caso y prescripción por parte del médico en cuestión. La evaluación de la distribución normal de los datos se realizó mediante la prueba de Kolmogorov Smirnov y Estadístico de Shapiro-Wilk. Este estudio no conllevó ningún tipo de modificación en la práctica clínica habitual ya que la recogida de los variables de los sujetos participantes se realiza con carácter retrospectivo. Así como este protocolo cumple los requisitos establecidos por las distintas legislaciones pertinentes.

**Resultados y discusión:** Se incluyeron 18 pacientes y el intervalo de tiempo entre la detección del evento y la prescripción del tratamiento de ACO presentó una mediana de 14,50 días con un recorrido intercuartílico 3,50-27,75. El intervalo de tiempo medio entre la aparición del AHRE y la prescripción del tratamiento ACO fue 31,28 días ( $\pm 37,56$ ), presentando una distribución normal de los datos. La MR es una herramienta clave para el diagnóstico de AHRE. Presenta muchas ventajas, entre ellas la detección precoz de la FA y la simplificación del seguimiento. No obstante, el papel de la enfermera es clave para ayudar tanto en la detección temprana como en reducir los tiempos con la mejora de la continuidad asistencial. Como se aprecia en nuestro estudio siguen existiendo posibilidades de mejora en la reducción de la demora en la prescripción.

**Conclusiones:** El intervalo de 14,5 días entre la detección de FA y la prescripción del tratamiento anticoagulante indican una posible detección precoz respecto a la revisión anual de dichos pacientes en consulta presencial. Estos resultados abren la puerta a futuras investigaciones sobre la organización de Unidades de Seguimiento de MR y los tiempos de inicio de la ACO con el indudable papel de la enfermera.

## E5 Trombosis venosa en paciente portadora de marcapasos. Plan de cuidados.

Celia Solaz Ródenas; Mónica Roselló Hervás; Unidad de Cuidados intensivos Cardiológicas y Electrofisiología. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

**Resumen:** La trombosis venosa es la obstrucción parcial o completa del lumen de un vaso venoso causado por un trombo de fibrina. Esto provoca una reducción del aporte sanguíneo a los tejidos circulantes acompañada de una reacción inflamatoria.

Presentamos un caso de Trombosis venosa profunda de extremidad superior secundaria (TVPES), puesto que se identifica una o varias causas aparentes. Aparece ante la presencia de un cuerpo extraño en el sistema venoso, tras el implante de un marcapasos definitivo. Esto produce una disrupción del endotelio que activa la cascada de coagulación.

La paciente presenta dos factores más de riesgo protrombótico: un déficit de proteína S y una infección por Covid 19 en Estadío III.

Desarrollamos un plan de cuidados individualizado para el caso presentado.

## E7 Estandarización de la comunicación durante el traspaso de pacientes en una unidad de hospitalización de cardiología

Guerola Porta C.; Reyes Galera M.J.; Abad Aguilar T.; Ramírez Parra M.; Muñoz Soler V.; Díaz López Y.; Richart Prats M.; Llorca Cortés M.J.; Jordá Calatayud M.; Revert Gandía RM.; Cardiología Hospital Mare de Déu dels Llíris Alcoi

**INTRODUCCIÓN.** El traspaso o transferencia de un paciente en el cambio de turno, momento en el que la enfermera transfiere la información relevante al turno siguiente, se considera un proceso de alto riesgo. Representa un 70% de los eventos centinela notificados con el consiguiente aumento de las estancias hospitalarias, incremento del gasto y la insatisfacción de los pacientes. La comunicación durante esta transferencia constituye un desafío en el desarrollo de la calidad de los cuidados que se puede ver afectada si la información transmitida no es la esencial y/o si la interpretación es incorrecta.

**PALABRAS CLAVE:** Comunicación, transferencia, errores

**OBJETIVO:** Proporcionar a los profesionales de nuestra unidad una herramienta normalizada para mejorar la comunicación y garantizar la seguridad de los pacientes en el proceso de transferencia de información.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** En nuestra unidad de hospitalización de cardiología de enero a octubre de 2023 se notificaron 6 incidentes adversos relacionados con la transferencia de pacientes. Cuatro se clasifican como leves, relacionados con olvidos sobre la medicación durante la transferencia de pacientes. Otros dos eventos se clasifican como graves, y se relacionan con prolongación de la estancia hospitalaria debido al incidente adverso. Siguiendo el modelo I.D.E.A.S (Identificación, Diagnóstico, Estado, Actuaciones, Signos y Síntomas de alarma) se desarrolla un modelo que organiza la información en las transferencias, adaptándolo a nuestro entorno laboral. Esta herramienta se implementa en el relevo oral y escrito con una plantilla en la historia clínica ORION que se puede insertar de manera sencilla.

**RESULTADOS:** El nivel de utilización del nuevo registro normalizado alcanza el 77.7% entre nuestros profesionales durante el día y se reduce al 55.5% en los relevos nocturnos. Así mismo, desde la implantación de la herramienta, no se han detectado eventos adversos relacionados con la transferencia de información en el cambio de turno.

### E8 Reporte de casos de pacientes con congestión refractaria tratados con administración de furosemida parenteral administrada por vía oral.

Ribera Soler M.; Sánchez Rubio V.; Revert Gandía RM; Jordá Moll E.; Juan Carrión B; Gómez Pastor MA; Matarredona Barbará M; Reyes Galera MJ; Sánchez Soriano RM; Chamorro Fernández CI; Unidad de Cardiología Hospital Mare de Déu dels Liris Alcoi

**Introducción:** La congestión refractaria (CR) es uno de los problemas que mayor demanda genera en las Unidades de Insuficiencia Cardíaca (IC). La combinación de diuréticos de distinto mecanismo de acción resulta insuficiente precisando administración parenteral e incluso reingreso hospitalario. **Objetivos de la investigación:** Evaluar la eficacia de la administración de furosemida parenteral (FP) administrada por vía oral en pacientes con CR a combinación de diuréticos orales. **Metodología:** Reporte de casos de 4 pacientes con IC avanzada tratados con diuréticos orales que contactaban con la unidad de IC por aumento de congestión. En los que suspendimos la administración de furosemida oral y pautamos ingesta de una ampolla de furosemida 250mgr al día durante 48 horas, repartidas en 1/2 ampolla por la mañana y 1/2 ampolla por la noche. Para asegurarse su mayor eficacia recomendamos al paciente que se tumbe 30 minutos posteriores a la ingesta. Evaluamos la respuesta descongestiva valorando el peso (24,48,72 horas), niveles de creatinina, sodio y potasio, BNP y CA125 (basal, mes). **Resultados:** Incluimos 4 pacientes con CR que contactaban con el busca de enfermería de IC por aumento de congestión. La etiología de la IC fue isquémica (2), amiloidosis cardíaca (1) e hipertensión pulmonar grave del grupo I (1). **Discusión:** No existe evidencia científica sólida que avale el uso de la FP oral. Actualmente existen experiencias limitadas con resultado favorable en pacientes con IC avanzada y CR a diuréticos orales. En nuestra limitada experiencia la respuesta descongestiva fue eficaz y rápida con mejoría sintomática en todos los casos. **Conclusiones:** El uso de FP administrada por vía oral resulta una alternativa eficaz y segura a la administración parenteral para lograr una rápida descongestión y mejoría sintomática en los pacientes con IC avanzada refractaria permitiendo priorizar su manejo ambulatorio.

	Edad/Sexo	Etiología IC	FEVI	Tratamiento diurético (dosis total diaria)	Cr/Nu/K pre	BNP/CA125 pre	Cr/Nu/K post	BNP/CA125 post	Peso perdido
Caso A	50 hombre	Isquémica	50%	Furosemida 80mgr Eplerenona 25mgr	1.94/140/4.8	372/44.1	1.59/137/4.2	257/10.1	>6kg
Caso B	52 hombre	Isquémica	30%	Furosemida 40mgr Eplerenona 25mgr	0.97/140/5.4	223/-	1.34/137/4.5	73/546	>8kg
Caso C	78 mujer	Hipertensión pulmonar	60%	Furosemida 80mgr Espironolactona 50mgr (susp) Higrotona 25mgr (añad)	0.80/140/6.1	450/49.5	1.01/141/4.2	231/-	>6kg
Caso D	82 hombre	Amiloidosis	45%	Furosemida 80mgr Espironolactona 100mgr Higrotona 6.25mgr	2.5/138/4.7	2158/265	135/140/3.4	1924/336.5	5kg

### E10 Caso Clínico. Miocardiopatía periparto: Visión integral enfermera.

Vacina Oliver, Almudena; Herrera Ruiz, Carla; Unidad Coronaria-UCIC. Hospital General Universitario de Valencia.

**Introducción.** La miocardiopatía periparto es una miocardiopatía idiopática que cursa con insuficiencia cardíaca secundaria a disfunción del ventrículo izquierdo. Se puede presentar al final del embarazo o en las primeras semanas tras el parto. El diagnóstico se realiza mediante electrocardiograma, seriación de troponinas y ecografía. El tratamiento se instaura siguiendo las recomendaciones de las guías clínicas de insuficiencia cardíaca.

**Objetivo.** Dar a conocer esta patología de elevada morbimortalidad para su detección, abordaje y tratamiento de forma precoz.

**Métodos.** Se realiza una valoración enfermera siguiendo la metodología de los Patrones Funcionales de Marjory Gordon en el momento del ingreso y se elabora un plan de cuidados utilizando la taxonomía NANDA-NOC-NIC con los indicadores de resultado y las intervenciones y actividades pertinentes.

**Resultados.** La realización de las intervenciones y las actividades de enfermería permite la obtención de los resultados esperados en los diagnósticos de disconfort, ansiedad, interrupción de la lactancia materna y riesgo de deterioro de la función cardiovascular.

**Conclusiones:** El abordaje integral y multidisciplinar en patologías como la miocardiopatía periparto es fundamental para establecer un diagnóstico de forma precoz que permita la instauración del tratamiento adecuado.

### E9 Papel de enfermería en la realización de la ergoespirometría

Sánchez Rubio V.; Gómez Pastor MA; Juan Carrión B.; Matarredona Barbará M; Ribera Soler M; Reyes Galera MJ; Ramírez Parra M; Revert Gandía RM.; Chamorro Fernández CI; Marco Francés E; Unidad de Cardiología Hospital Mare de Déu dels Liris Alcoi

**INTRODUCCIÓN.** La ergoespirometría, también conocida como Prueba de esfuerzo con consumo de oxígeno o Test de Esfuerzo Cardiopulmonar (TECP) es una técnica que en estos últimos años se está incorporando de forma plena en los servicios de cardiología de nuestro país. La ergoespirometría básicamente es una prueba de esfuerzo convencional a la que añadimos la cuantificación de la ventilación pulmonar y el intercambio de gases respiratorios (O2 y CO2), mediante un analizador de gases. La ergoespirometría probablemente es la técnica que valora de una forma más completa el rendimiento global del cuerpo humano, durante el ejercicio desplazando a un segundo plano a la prueba de esfuerzo convencional.

**OBJETIVO.** Destacar la importancia del personal de enfermería durante la realización de la ergoespirometría

**MATERIAL Y MÉTODOS.** La ergoespirometría está indicada en rehabilitación cardíaca para estratificar el riesgo prescripción del ejercicio y evaluación de los efectos del entrenamiento físico, en las cardiopatías congénitas, hipertensión pulmonar y para detectar las causas no cardíacas de intolerancia al ejercicio. En pacientes con insuficiencia cardíaca se realiza una evaluación funcional, pronóstica y de respuesta al tratamiento. En las últimas guías europeas sobre el diagnóstico y tratamiento de la IC (año 2021), aparece con una indicación Clase I C.

**RESULTADOS.** Nuestra unidad de hospitalización cuenta con un ergoespirometro desde noviembre de 2021, observándose desde entonces un incremento en la realización de estas pruebas. (Figuras 1 y 2)

**DISCUSIÓN** La ergoespirometría permite una valoración no invasiva de los mecanismos que limitan la capacidad de esfuerzo en pacientes con IC. Además, es una técnica reproducible, con gran valor pronóstico. El test gold-standard para valorar la capacidad funcional y de esfuerzo en pacientes con IC, es la ergoespirometría. Enfermería tiene un papel fundamental en la realización de esta prueba puesto que es la responsable de toda la preparación previa, de la monitorización del paciente brindando apoyo emocional al paciente durante la prueba y ofreciéndole recomendaciones para el cuidado posterior. Por todos estos motivos se precisa de personal entrenado y preparado para afrontar cualquier complicación que pueda surgir durante la prueba.



### E11 Diseño de una herramienta para la evaluación de las prácticas clínicas de enfermería en una unidad de cardiología

Díaz López, Y; Muñoz Soler, V; Reyes Galera, MJ; Ramírez Parra, M; Abad Aguilar, T; Guerola Porta, C; Jordá Calatayud, M; Llorca Cortés, MJ; Revert Gandía, RM; Marco Francés, E; Cardiología, Hospital Mare de Déu dels Liris Alcoi

**Introducción.** En este estudio se presentan los resultados de la primera de las dos fases de un proyecto para el diseño y validación de una herramienta que complemente los sistemas de evaluación de los alumnos de Enfermería en prácticas que proponen las diferentes universidades con las que colabora en materia docente el Servicio de Cardiología de un hospital comarcal. Con esta herramienta complementaria se pretende facilitar la obtención de una evaluación objetiva y cuantitativa a través de ítems de respuesta múltiple enfocados en los aspectos concretos que constituyen tanto los conocimientos y habilidades técnicas como las habilidades no técnicas y actitudinales. El objetivo de esta primera fase de diseño era definir qué aspectos concretos se debían recoger en la herramienta y con qué grado de especificidad. **Metodología.** Se ha utilizado el método Delphi de consenso de expertos a través de dos rondas consecutivas retroalimentadas sobre un panel de 15 profesionales pertenecientes tanto al área de hospitalización como a la de técnicas y consultas externas. En la primera ronda se plantearon 4 preguntas abiertas para que los participantes informaran acerca de qué aspectos consideraban que se debían tener en cuenta en la evaluación de los aspectos técnicos y no técnicos que deben adquirir tras sus prácticas en nuestra unidad tanto los alumnos de 2º como de 3º del Grado de Enfermería. Se realizó una categorización de las respuestas teniendo en cuenta sólo aquellas que habían sido reportadas al menos 3 veces y se realizó una segunda ronda en la que se pidió a los participantes que puntuaran en una escala de 0 (nada) a 10 (totalmente) el grado de relevancia de cada una de estas categorías en la evaluación global de los alumnos, esta vez sin distinguir entre ambos cursos. **Resultados.** El grado de participación en el estudio fue de 93.3% de los profesionales para la primera ronda y de 66.6% de los profesionales para la segunda. A partir de las respuestas de la primera ronda se definieron un total de 11 categorías para las habilidades técnicas y 7 para las habilidades no técnicas (Tabla 1). Al final del proceso se descartaron 2 respuestas en habilidades técnicas y 1 entre las habilidades no técnicas porque su frecuencia entre los participantes fue inferior a 2 y 4 respectivamente. En la segunda ronda todas las categorías de ambas dimensiones, habilidades técnicas y no técnicas, obtuvieron una media de puntuación por encima de 7 por lo que todas ellas serán incluidas en la herramienta de evaluación final. **Discusión.** Tras la aplicación del método Delphi en dos rondas consecutivas con retroalimentación a los participantes se han obtenido un total de 15 categorías con un alto grado de consenso por lo que todas ellas serán incluidas en la herramienta final de evaluación de las prácticas clínicas de los alumnos del Grado de Enfermería de 2º y 3º curso.

Tabla 1. Categorías para la evaluación de las habilidades técnicas y no técnicas de los alumnos de 2º y 3º del Grado en Enfermería.

HABILIDADES TÉCNICAS	HABILIDADES NO TÉCNICAS
Cuidados al paciente encamado	Técnicas de comunicación
Vía venosa	Empatía
Cuidados en la Alimentación	Intimidad y confiabilidad
Cuidados en la Eliminación	Respeto
Conocimiento sobre las referencias	Atención a la familia*
Valoración básica y avanzada del paciente	Implicación personal y responsabilidad
Valoración ECG	Funcionamiento de la unidad
Materiales disponibles *	
Conocimientos y técnica de curas *	
Conocimientos y realización de RCP	
Conocimientos y manejo de la farmacoterapia	

(\*) Categorías descartadas por baja frecuencia



## Comunicaciones XLI Congreso de la S.V.C.

# Índice

## de Autores, ponentes y moderadores

**A**

Abdala Lizarraga, J, 4  
Agüero Ramón-Llin, J, 43, 45, 46  
Almenar Bonet, L, 12, 41  
Andrés Lalaguna LM, 16, 25, 34, 38  
Arizón Benito A, 47, 53  
Arnal-Forné M, 47  
Arnau Vives MA, 1, 2, 22, 25, 27, 36, 46, 48, 53, 60  
Arrarte Esteban V I, 26  
Arroyo-Álvarez, A, 18  
Arveras Martínez C, 3, 6, 33  
Aulet Manuel, S, 48, 53  
Aymimir Pérez N, 3, 6, 47, 51, 52

**B**

Barreres-Martín, G, 18  
Bayés Genis, A, 12, 15  
Bellver Navarro, A, 5, 28, 29, 33, 61  
Benavent García, C., 8, 44, 55  
Berenguer Jofresa, A, 56  
Bertolín Boronat, C, 3, 6, 48  
Bertomeu-González, V, 10  
Blanco del Burgo, R, 18  
Bodi, V, 1, 2, 3, 6, 10, 15, 27, 47, 48, 51, 52, 53, 60  
Bompart Berroteran, D, 18  
Bonanad, C, 18  
Bondanza Saavedra L, 9, 15, 24, 39, 42  
Buendía Fuentes F, 17, 23, 25, 43

**C**

Calvo Asensio M, 6, 25, 30, 43  
Cambra Poveda, C, 19, 20, 21, 35, 37  
Cano Alvarez, S, 37  
Cano Pérez, O, 30  
Cano, S, 20, 21  
Cardona Mulet, S, 11, 32, 40, 41

Carmona García, P, 61  
Carrillo Alemán, L, 12  
Carrion Caverro, A, 19, 20, 21, 35, 37  
Castilla Cabanes, E., 11, 32, 41, 56  
Centurion Inda, R, 8  
César Ríos Navarro, 19, 20, 31, 35, 37  
Civera, J, 3, 6, 51, 52  
Climent Alberola, J, 28, 29, 47  
Contreras Tornero, MB, 2, 27, 53  
Cordero Fort, A, 11  
Cubillos Arango, A, 40, 56

**D**

De Dios E, 3, 6, 51, 52, 60  
de la Cruz Cereceda, S, 5, 28, 33, 61  
De la Espriella Juan R, 9, 10, 13, 14, 24, 39, 42  
De la Hoz Marañón L, 9, 54, 57, 58, 59  
De Lara Delgado, G, 19, 20, 21, 35, 37  
de las Heras Pellicer L, 13, 14  
Del Río López, M., 8, 44, 55  
Díez Gil JL, 17  
Domingo Valero, D, 17, 22, 36, 45, 46  
Domínguez Massa, C, 12  
Domínguez, E, 10, 31  
Donoso Trenado, V, 12, 16, 34, 38

**E**

Escandell Oria S, 28  
Esteban Argente, MC, 2, 27  
Esteva Claramunt, F, 18

**F**

Fabrega-García MM, 47  
Facila Rubio, L, 4, 11

Fernández Fernández, C, 56  
Fernández Ortiz, N, 38  
Fernández Sánchez, MJ, 56  
Ferrando Beltrán, M, 40, 41  
Ferrero De Loma-Osorio A, 31  
Fonfría Esparcia, C, 46  
Fuertes Kenneally, L, 54, 57, 58, 59

**G**

Gabaldón Pérez A, 31  
García Barrios, A, 54, 57, 58, 59  
García Belenguer, R., 55  
García Blás S, 31  
García Martín, G, 7  
García Suárez, A, 8, 44, 55  
Gasull Sandoval A, 9, 13, 14, 15, 24, 39, 55  
Gavara J, 1, 3, 6, 51, 52, 60  
Geraldo Martínez, J, 7  
Gil Molina M, 52  
Gil Molina, M, 36, 46, 52  
Giménez García, L, 5, 31, 33  
Gómez Martínez, MJ., 55  
Gómez-Elegido Tenes, L, 4, 11  
Gomon Dobrochynska, T, 7  
González Rico, M, 18  
Gonzalo Núñez Marín, 13, 14  
Gorriz, J, 18  
Gramage Sanchis, P, 7  
Guerrero Cervera B, 16, 17, 23, 30, 34, 38, 43  
Gunturiz Beltrán C, 9, 33

**H**

Harvat Shchesniy, M, 4, 11  
Herrero Brocal, M, 54, 57, 58, 59  
Hidalgo Mateos, A, 7  
Huélamo Montoro, S, 12, 36

**I**

Iraola Viana D, 1, 31  
Izquierdo De Francisco, M, 30  
Izquierdo Hernández, A., 8, 44

**J**

Jiménez Bello, J, 32  
Jover Pastor, P, 30

**L**

Leiva Gordillo, M., 29, 61  
Leon Alloca, R, 55  
Lillo Ródenas IM, 26  
Llàcer, P, 19, 21, 35, 37  
Llau García, J, 42  
Lledó Mateo I, 26  
Lledó Ortiz, C., 36  
Llopió Gisbert, G, 8, 44, 55  
Lloret Rubio, A, 41, 56  
López Bueno, L, 54, 57, 58, 59  
López Cerdá D, 28, 29  
López Lereu, MP, 2, 27  
López Vilella R, 1, 16, 34, 38, 60  
Lopez-Lereu M, 1, 2, 27, 48, 53, 60  
López-Menchero Ortiz de Salazar, C, 12  
Lorenzo Hernandez M, 17, 45, 54, 57, 58, 59  
Lozano Edo, S, 31  
Lucas, A, 43  
Luengo Pérez, S, 26

**M**

Marco Beltrán E, 28  
Marcos Garcés V, 3, 6, 16, 17, 23, 34, 38, 45, 47, 51, 52  
Martínez Brotons A, 31  
Martínez Dolz L, 17, 45  
Martinez Fuertes A, 28, 29

Martínez León J, 34  
 Martínez López, D, 12, 22, 25, 30, 36, 43, 46  
 Martínez Martínez JG, 26  
 Martínez Mas ML, 23, 57, 58, 59  
 Martínez Moreno, M, 2, 27, 53  
 Martínez Sole J, 16, 23, 44  
 Martorell Cano A, 29  
 Mateo Soler, JM, 12, 26  
 Melero Ferrer, J, 54, 57, 58, 59  
 Melero Lloret J, 61  
 Merenciano González H, 3, 4, 5, 40, 47  
 Mínguez Diaz de Alda, S, 13, 14  
 Miñana G, 13, 14, 48  
 Miro, O, 10, 24, 42  
 Molina-García T, 3, 51, 52  
 Mollar, A, 15  
 Monmeneu JV, 6, 9  
 Montagud Balaguer, V, 1, 60  
 Montalar Mendoza, Z, 4  
 Montiel J, 13, 14, 49, 50  
 Montomoli, M, 9, 15, 24  
 Moratal, D, 18  
 Morillas Blasco, P, 48  
 Muñoz-Álfonso, C, 8, 44, 55  
 Murillo Varona, G, 18, 45

**N**  
 Navarrete Navarro, J, 22, 46  
 Navarro Manchón, J, 30  
 Núñez Marín, G, 15, 24, 39, 42  
 Núñez Villota J, 9, 10, 13, 14, 15, 39, 42  
 Núñez, E, 24, 29

**O**  
 Ortega M, 51  
 Osa Sáez A, 23, 43, 45, 46  
 Osa Asensi, J, 30

**P**  
 Palacio Solís, M, 19, 20  
 Palanca Gil, V, 32  
 Palau Sampio, P, 10, 13, 14, 39, 42  
 Pascual Izuel, JM, 49, 50  
 Payá Chaume, A, 40  
 Payá Rubio, A, 27, 47, 53  
 Payá Serrano, R, 4, 11, 32, 40, 41  
 Peiró, P, 9  
 Pérez Bosca, JL, 40  
 Pérez Guillén, M, 12  
 Pérez Pelegrí, M, 48  
 Pérez Roselló V, 28, 29, 33  
 Perez-Solé N, 30  
 Pérez, N, 1, 60  
 Peris Fernández M, 51, 52  
 Pernias Escrig, V, 5, 61  
 Pirola, A, 40, 41

**Q**  
 Queipo Rodríguez, A, 7  
 Quesada Dorador, A, 32  
 Quesada Ocete, B, 32  
 Quesada Ocete, J, 32, 41

**R**  
 Rad García, G, 36, 45, 46  
 Ribes Tur F, 28, 29, 33  
 Ribes Tur, F, 33  
 Ridocci Soriano, F, 4, 40  
 Ríos Navarro, C, 1, 60  
 Robles Pérez E, 45  
 Robles Pérez, E, 22, 36, 46  
 Roca Junco A, 28  
 Rodilla Sala, E, 49, 50  
 Rodríguez Gutiérrez, C, 7  
 Rodríguez Mañero, M, 11  
 Rodríguez Santiago, F.M., 8  
 Rodríguez Serrano M, 38, 43  
 Romero Valero, A, 44  
 Rubini Puig, R, 32  
 Rueda Soriano J, 17, 25, 30  
 Ruiz Nodar, JM, 54, 57, 58, 59  
 Ruiz-Saurí A, 51, 52  
 Rúmiz González, E, 56

**S**  
 Sánchez Fernandez, MJ, 19, 20, 21  
 Sánchez Gómez JM, 31  
 Sánchez Lázaro I, 38  
 Sánchez Martínez JC, 17, 23, 45  
 Sánchez Pérez P, 38  
 Sanchís Forés, J, 1, 2, 3, 10, 13, 14, 15, 24, 27, 31, 39, 42, 47, 53, 60  
 Santas Olmeda, E, 9, 13, 14, 39, 42, 49, 50  
 Santos Martínez, S, 44, 55  
 Saura Carretero Z, 17  
 Segarra Vidal, I, 5, 33, 61  
 Segovia Portolés, R, 49, 50  
 Serrano Pastor, I, 4, 11  
 Solano Hernandez, C, 19, 20, 21, 35, 37  
 Solano López, J, 56  
 Soldevila Orient A, 38  
 Soriano Alfonso, V, 22, 23, 36  
 Soriano Borja, R, 5, 33

**T**  
 Tejada Ponce, D, 5, 61  
 Tejedor Viñuela, P., 55  
 Torregrosa S, 34  
 Trejo Velasco, B, 5, 33, 61

**AV**  
 Valero, E, 15  
 Valls Reig, M, 2, 23, 27  
 Valls Serral, A, 7

Valls, N, 24  
 Valverde Tavira, A, 4, 11  
 Ventura Pérez, B, 5, 61  
 Vicente Ibarra, N, 44  
 Vidal Urrutia, V, 41, 56  
 Villa Sánchez, C, 48  
 Villamía Mora, B, 19, 20, 21, 35, 37  
 Villanueva Martínez de la Pera, D, 32  
 Villar Conejos S, 39, 42

**Y**  
 Yago Riquelme, C, 54, 57, 58  
 Yopez Naranjo, F, 19, 20, 21, 35, 37

**Z**  
 Zarragoikotxea Jauregui, I, 12,

## ENFERMERÍA

Abad Aguilar T., 7, 11  
 Albiach Montañana C, 1  
 Arrarte Esteban V, 6  
 Bejarano Sandoval, E, 3  
 Belmonte Justamante J, 6  
 Calvo Losada B, 1  
 Calvo Vidal, R, 2  
 Casañ Olmos, V, 2  
 Castro Carmona, P, 3  
 Cebrián García, F, 3  
 Chamorro Fernández CI, 8, 9  
 Civera Gómez, J, 3  
 Conesa Bona, A, 3  
 De la Espriella Juan, R, 3  
 de La Hoz Marañón L, 6  
 Díaz López Y., 7, 11  
 Domínguez Mafé E, 1  
 España Cucarella, D, 2  
 Federico Zaragoza, P, 2  
 García Fernández A, 6  
 Giménez Tébar JL, 6  
 Gómez Pastor MA, 8, 9  
 Guerola Porta C., 7, 11  
 Herreras Ruiz, Carla, 10  
 Jiménez Cruz, V, 4  
 Jordá Calatayud M., 7, 11  
 Jordá Moll E., 8  
 Jornet Ibiza, D, 2  
 Juan Carrión B, 8, 9  
 Lillo Ródenas IM, 6  
 Lledó Mateo i, 6  
 Llorca Cortés, MJ, 7, 11  
 López Bueno L, 1  
 Marco Francés, E, 9, 11  
 Martínez Botella, C, 3  
 Martínez Martínez JG, 6

Martínez Penalba, M, 4  
 Matarredona Barbará M, 8, 9  
 Melis Tormos, E, 4  
 Mollar Fernández, A, 3  
 Muñoz Soler, V, 7  
 Núñez Villota J, 1, 3  
 Palau Sampio P, 1  
 Pérez Sánchez, A, 3  
 Ramírez Parra, M, 7, 9, 11  
 Regal Hernández, A, 4  
 Reig Gómez H, 6  
 Revert Gandía, RM, 7, 8, 9  
 Reyes Galera, MJ, 7, 8, 9, 11  
 Ribera Soler M., 8, 9  
 Richart Prats M., 7  
 Roselló Hervás M, 5  
 Sánchez Rubio V., 8, 9  
 Sánchez Soriano RM, 8  
 Sastre Arbona C, 1  
 Shami Yuste, N, 4  
 Solaz Ródenas C, 5  
 Vecina Oliver, A, 10  
 Villalba Lizandra, N, 4



## Comunicaciones XLI Congreso de la S.V.C.

# Índice

## Por palabras clave

### A

ácido bempedoico, 4  
Angina, 60  
ANOCA, 5, 56  
Antagonistas vitamina K, 11  
Anticoagulación, 19  
anticoagulación y monitorización remota, 26  
Anticoagulantes orales de acción directa, 11  
área valvular aórtica, 45, 46

### B

bajo gasto, 16  
bajo-peso, 59  
BAV, 31  
BCRIHH, 31  
bioimpedancia, 9  
biomarcadores, 12, 13, 14, 24, 35

### C

Capacidad funcional, 10  
Cardiopatía isquémica, 3, 4, 8, 53, 55  
Cardiopatías congénitas, 25, 30  
Células endoteliales, 52  
Cirugía Cardíaca, 40  
Codificación, 19  
codigo infarto, 55  
colesterol LDL, 4, 47

complicaciones, 59

congestión, 9, 16  
contro-ritmo, 32

### D

DAPT-P, 53  
Diabetes tipo 2., 49  
dialisis peritoneal, 18  
doble antiagregación, 61

### E

ECMO, 34  
ecocardiografía, 43  
Edad, 21  
Endocarditis, 17, 22  
Endocarditis infecciosa, 36, 40  
enfermedad cardiovascular, 18  
entrenamiento físico, 2  
ergoespirometría, 23  
Estenosis aórtica, 45, 46  
Estimulación fisiológica, 30  
estrés tubular, 14

### F

fallo precoz del injerto, 12  
ferropenia, 44  
FEVI, 37, 39  
Fibrilación auricular, 11, 19, 26, 32  
Fibrosis, 51  
Fragilidad, 8, 57

### H

hipertensión arterial pulmonar, 25  
Hipertensión arterial., 49, 50  
Hospitalizaciones, 39

### I

IAMCEST, 1, 6, 55  
ICFep, 13  
ICTUS, 54  
Imagen Multimodal, 40  
implante percutáneo, 17  
Incompetencia cronotrópica, 27  
infarto agudo de miocardio, 2, 3, 27, 47, 51, 52  
Inflamación, 42, 50  
innovación, 20  
Insuficiencia cardíaca, 9, 10, 20, 21, 38, 42, 44  
insuficiencia cardíaca aguda, 14, 15, 39  
insuficiencia cardíaca crónica, 24  
Insuficiencia mitral, 43  
Intervencionismo, 57, 58

### L

LBBAP, 33  
Levosimendán, 41  
LOT-CRT, 33

## **M**

mapa electroanatómico, 28, 29  
microcirculación, 5  
Modelos experimentales, 51  
Mortalidad, 16, 32, 36  
multivazo, 1

## **O**

Obesidad, 58

## **P**

PET-TAC, 36  
potasio, 18  
Pronóstico, 3, 8, 15, 39, 60  
Proteína C-reactiva de alta sensibilidad, 42  
prótesis pulmonar, 17  
prueba de esfuerzo, 10  
puente a, 34  
pulso de oxígeno, 23

## **R**

Recursos sanitarios., 56  
Rehabilitación cardíaca, 2, 27, 53  
Remodelado, 37  
Resincronización cardiaca, 33  
Resonancia cardiaca, 6  
revascularización percutánea, 61  
Riesgo Cardiovascular, 48, 49  
RMC, 1

## **S**

Score de Calcio, 48  
Secuenciación masiva, 52  
SENTINEL, 54  
sexo, 35  
Shock cardiogénico, 41  
síndrome cardiorrenal, 13, 38  
Síndrome coronario crónico, 7, 60  
síndrome de Eisenmenger, 25  
sodio urinario, 24  
strain, 44  
strain auricular, 23

## **T**

T. whipplei, 22  
TAC, 48  
TAVI, 31, 54, 57, 58, 59  
terapia hipolipemiente, 47  
Test de función coronaria, 56  
tiazidas, 15  
trasplante cardíaco, 12, 34  
Trombo ventricular izquierdo, 6  
tronco coronario izquierdo, 61

## **U**

ultrafiltración, 38  
Unidad de Cuidados Críticos Cardiológicos, 41  
Unidades Agatston, 46

## **V**

valvulopatías, 43, 45  
vasoespasmó, 5  
vegetación, 22  
Vericiguat, 20, 21, 35, 37  
vías accesorias, 28, 29

## **Z**

zero escopia, 28, 29

flurosemda, 8  
Herramienta, 11  
Humanidad, 4  
insuficiencia cardíaca, 3, 8  
insuficiencia cardíaca descompensada, 10  
Intolerancia al ejercicio, 1  
marcapasos definitivo, 5  
miocardiopatía periparto, 10  
monitorización remota, 6  
plan de cuidados., 5  
prácticas, 11  
recuperación de la frecuencia cardiaca en el primer minuto, 1  
terapia compresiva, 3  
tranferencia, 7  
trombosis venosa profunda, 5

## **ENFERMERÍA**

alumnos, 11  
anomalías antómicas, 2  
arritmias, 6  
arteria radial, 2  
cateter balón, 2  
Comunicación, transferencia, errores, 7  
Congestión refractaria, 8  
COVID persistente, 1  
cuidados enfermería, 10  
eficacia, 4  
eficiencia, 4  
errores, 7  
fibrilación auricular, 6

## Comunicaciones XLI Congreso de la S.V.C.

# Índice Temático

1. Localización de isquemia residual tras IAMCEST por resonancia magnética cardiaca de estrés y asociación con la arteria no responsable
2. Eficacia de diferentes modalidades de entrenamiento físico en un programa de rehabilitación cardiaca postinfarto
3. Utilidad de la escala de riesgo ValAMI-P en el pronóstico a largo plazo en pacientes tras un infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST.
4. Experiencia en vida real con ácido bempedoico en pacientes con cardiopatía isquémica tras el alta hospitalaria.
5. Evaluación funcional invasiva de la fisiología coronaria en pacientes con angina sin lesiones coronarias obstructivas. Análisis descriptivo unicéntrico.
6. Estratificación del riesgo de desarrollo de trombo ventricular izquierdo tras un episodio de IAMCEST basado en un modelo multivariable antes del alta
7. ¿Cómo efectuamos el control lipídico en pacientes ambulatorios con síndrome coronario crónico?
8. La fragilidad como factor pronóstico en pacientes ancianos con cardiopatía isquémica crónica estable: un estudio observacional prospectivo
9. Sobrecarga de volumen intersticial y riesgo de eventos clínicos en pacientes ambulatorios con insuficiencia cardíaca.
10. Volúmenes del ventrículo izquierdo y capacidad funcional.
11. Características clínicas del paciente hospitalizado anticoagulado por fibrilación auricular no valvular en servicios de cardiología de España: registro carisma
12. Papel de los biomarcadores en el trasplante cardiaco y su importancia como identificadores de mala evolución
13. CA125 y NT-proBNP para la predicción de la capacidad aeróbica máxima en pacientes con IC con fracción de eyección preservada y disfunción renal.
14. Biomarcadores urinarios de estrés tubular y eficiencia diurética en insuficiencia cardíaca aguda.
15. Efecto pronóstico del uso combinado de tiazidas y diuréticos de asa al alta tras una hospitalización por insuficiencia cardíaca aguda.
16. Caracterización clínica de los pacientes ingresados por descompensación cardiaca. Análisis de supervivencia.
17. Riesgo de endocarditis infecciosa tras implante de válvula pulmonar en pacientes con cardiopatías congénitas.
18. Impacto pronóstico de las alteraciones del potasio sérico en pacientes en tratamiento con diálisis peritoneal.
19. Motivos para la no anticoagulación de pacientes con diagnóstico de fibrilación auricular no valvular.
20. Seguridad en vida real de vericiguat en pacientes con insuficiencia cardiaca en una unidad especializada de cardiología
21. Seguridad del uso de vericiguat en pacientes mayores de 75 años con insuficiencia cardiaca con fracción de eyección deprimida en vida real.
22. Endocarditis infecciosa por *T. whipplei*.
23. Capacidad física y parámetros ecocardiográficos en pacientes adultos con D-TGA y corrección anatómica.
24. Determinación puntual de sodio urinario en pacientes ambulatorios con insuficiencia cardiaca.
25. Perfil de riesgo y supervivencia de los pacientes con hipertensión arterial pulmonar asociada a cortocircuitos pretricuspidéos.
26. Evaluación del intervalo de tiempo entre la detección de fibrilación auricular y su tratamiento en pacientes portadores de Holter insertable.
27. Predictores de incompetencia cronotrópica en un programa de rehabilitación cardiaca postinfarto.
28. Análisis de eficacia aguda y seguridad de ablación con zero escopia en vías accesorias derecha mediante sistema de navegación electroanatómica.
29. Factibilidad de la ablación con zero escopia de vías accesorias derechas mediante sistema de navegación electroanatómica

30. Seguimiento a largo plazo de pacientes con cardiopatía congénica y estimulación del sistema de conducción
31. Seguridad del estudio electrofisiológico en la estratificación de riesgo de BAV en pacientes con BCRHH de novo post-TAVI
32. Impacto del control de ritmo en los episodios de fibrilación auricular atendidos en urgencias.
33. Terapia de resincronización optimizada de la rama izquierda vs estimulación del área de rama izquierda: estrechamiento del QRS y repercusión electrocardiográfica.
34. Análisis de las complicaciones en pacientes con ECMO como puente a trasplante desde el inicio de la técnica (2007-2023).
35. Comparación de respuesta clínica de biomarcadores por sexo de vericiguat en pacientes con FEVI reducida y descompensación reciente en vida real.
36. Valor pronóstico del PET-TAC en la endocarditis infecciosa
37. Valoración evolutiva de fracción de eyección del ventrículo izquierdo en pacientes bajo tratamiento con vericiguat
38. Perspectivas actuales de la ultrafiltración en el síndrome cardiorrenal: un análisis de eficacia y seguridad.
39. Diferencias por sexo en la trayectoria longitudinal de la fracción de eyección ventricular izquierda tras una hospitalización por insuficiencia cardíaca aguda.
40. Experiencia de una unidad multidisciplinar de endocarditis infecciosa en un hospital terciario.
41. Análisis del uso de levosimendán en una unidad de cuidados intensivos cardiológicos.
42. Proteína C-reactiva de alta sensibilidad y pronóstico en pacientes con insuficiencia cardíaca aguda
43. Gradación de la severidad de la insuficiencia mitral basado en el análisis de la intensidad de la señal de Doppler continuo
44. Mejoría de parámetros sistólicos ecocardiográficos tras la reposición de hierro en pacientes con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección deprimida.
45. Correlación entre el ratio de ITVs y el área valvular para determinar la severidad de la estenosis aórtica.
46. Dificultad en la cuantificación de la severidad de la estenosis aórtica.
47. Asociación entre la reducción precoz de colesterol LDL durante la hospitalización por infarto agudo de miocardio y la terapia hipolipemiante al alta.
48. Utilidad pronóstica de la cuantificación del calcio coronario detectado incidentalmente en tomografía computerizada torácica. Registro ICARUS
49. Incidencia y predictores de diabetes tipo 2 en pacientes con hipertensión arterial
50. Proteína C-reactiva y riesgo de diabetes de nueva aparición y eventos cardiovascular en pacientes con hipertensión arterial.
51. Participación de nuevo colágenos fibrilares y no fibrilares en la cicatriz fibrótica tras un infarto agudo de miocardio.
52. Meta-análisis de datos de RNAseq para un mejor entendimiento del papel de las células endoteliales tras un infarto agudo de miocardio.
53. Doble antiagregación prolongada en un programa de rehabilitación cardíaca en fase 3 extendida tras un infarto agudo de miocardio.
54. Utilización selectiva de sistema de protección de carótidas en pacientes TAVI con alto riesgo de ictus.
55. Un año tras la instauración del código INFARTO en un área de referencia: prevalencia de las "falsas activaciones".
56. Impacto de un test invasivo de función coronaria sobre el riesgo de eventos recurrentes en pacientes con angina y enfermedad arterial coronaria no obstructiva.
57. Alta mejoría sintomática del paciente frágil tras implante de TAVI
58. Impacto del sobrepeso y la obesidad en las complicaciones y la morbimortalidad tras implante de TAVI.
59. Impacto negativo del bajo peso corporal en las complicaciones tras el implante de TAVI.
60. Dinámica y pronóstico de la angina persistente en el síndrome coronario crónico con evidencia de isquemia clínica, angiográfica y mediante RMC de estrés.
61. Análisis y evolución del tratamiento percutáneo de la enfermedad significativa del tronco coronario izquierdo en un centro sin cirugía cardíaca.
- 1E. Asociación entre la recuperación de la frecuencia cardíaca tras una prueba de esfuerzo y la intolerancia al ejercicio en los pacientes con COVID persistente
- 2E. Técnica BAT
- 3E. Terapia compresiva de miembros inferiores en pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada y predominio de congestión sistémica tisular
- 4E. Gestionar con humanidad, eficacia y eficiencia al paciente cardiológico
- 5E. Trombosis venosa en paciente portadora de marcapasos. Plan de cuidados.
- 6E. Papel de enfermería en la detección temprana de fibrilación auricular con monitorización remota para mejora de la demora en la anticoagulación preventiva.
- 7E. Estandarización de la comunicación durante el traspaso de pacientes en una unidad de hospitalización de cardiología
- 8E. Reporte de casos de pacientes con congestión refractaria tratados con administración de furosemida parenteral administrada por vía oral.
- 9E. Papel de enfermería en la realización de la ergoespirometría
- 10E. Caso Clínico. Miocardiopatía periparto: Visión integral enfermera.
- 11E. Diseño de una herramienta para la evaluación de las prácticas clínicas de enfermería en una unidad de cardiología

## AGRADECIMIENTO

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

LABORATORIOS FARMACEÚTICOS:



## NOTAS DE INTERÉS GENERAL

1. Recepción de comunicaciones.
2. Durante la Reunión se encontrará a disposición de todos los Congressistas 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.