

REC: CardioClinics

www.reccardioclinics.org

54.º Congreso de la Sociedad Andaluza de Cardiología - Congreso Andaluz de las Enfermedades Cardiovasculares

Sevilla, 16-18 de mayo de 2019

COMUNICACIONES ORALES*

Comunicaciones Premio Dr. Pedrote

420/27. HIPERTENSIÓN PULMONAR EN EL ADULTO CON CARDIOPATÍA CONGÉNITA. EVOLUCIÓN EN LA ERA DE LA TERAPIA VASODILATADORA PULMONAR. DATOS DEL REGISTRO ANDALUZ (RACCA)

A. Wals Rodríguez¹, M. Rodríguez Puras¹, R. García Orta², J. Robledo³, J. Cano Nieto⁴, N. Hernández Vicente⁵, A. Manovel⁶, V. Cuenca³, E. Moreno Escobar⁷ y P. Gallego García de Vinuesa¹

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ²Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada. ³Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. ⁴Hospital Regional Universitario de Málaga. ⁵Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. ⁶Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva. ⁷Hospital Clínico Universitario San Cecilio, Granada.

Introducción: Evaluar mortalidad y causas de muerte en adultos con cardiopatía congénita e hipertensión pulmonar (HTP-CCA) en la era de la terapia con vasodilatadores pulmonares (TVDP).

Métodos: De 3.856 adultos incluidos en el registro regional RACCA, seleccionamos aquellos con HTP (n = 170), y examinamos mortalidad, causas de muerte y empeoramiento clínico. Se recogió edad, sexo, anatomía, fisiología, clase funcional NYHA (CF-NYHA), saturación de oxígeno (SatO2) NT-proBNP, disfunción ventricular derecha (DVD), Test de los 6 minutos y TVDP, correspondientes a la evaluación inicial y la final. La supervivencia entre los grupos se comparó mediante la prueba log-rank.

Resultados: Los adultos con HTP-CCA eran predominantemente mujeres con edad media 47 años. La distribución de fisiología y anatomía fue 71 Eisenmenger (complejos 52%); 36 post-cierre (posttricusúpeo 53%); 11 pequeños defectos (pretricusúpeo 67%) y 33 shunt no restrictivo (pretricusúpeo 100%). La HTP asociada a shunt pretricusúpeo se observó predominantemente en mujeres de mayor edad. La CF-NYHA mayoritaria fue II-III. 13% presentaban DVD moderada-grave. Al inicio 89 comenzaron TVDP en monoterapia. El 39% requirió escalar tratamiento durante el seguimiento (7 ± 4 años). En la última visita, el 30% estaba en monoterapia; 30% en terapia doble o triple. La CF-NYHA mejoró de III-IV a I-II en 25%.

Hubo 22 muertes durante el seguimiento siendo la causa más frecuente insuficiencia cardíaca. La supervivencia fue menor en pacientes con DVD (p = 0,07) y CF-NYHA III-IV (p = 0,002).

Conclusiones: En la era de TVDP, la presencia de DVD moderada-grave y la CF-NYHA avanzada a pesar de TVDP son factores asociados a mortalidad.

420/54. ANÁLISIS DE LAS RECONEXIONES TARDÍAS TRAS ABLACIÓN DE VENAS PULMONARES CON ADQUISICIÓN AUTOMÁTICA DE LESIONES DE RADIOFRECUENCIA. IMPACTO DE LA DISTANCIA INTERLESIÓN Y EL ÍNDICE DE ABLACIÓN

C. Anaya Quesada¹, J. Acosta¹, M. Frutos-López¹, B. Jáuregui-Garrido¹, F. Alarcón¹, S. Blasco Turrión², M. Caballero Valderrama¹, E. Arana Rueda¹ y A. Pedrote Martínez¹

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ²Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz.

Introducción: Analizamos la relación entre los parámetros de las aplicaciones de radiofrecuencia (RF) adquiridas de forma automática y las reconexiones tardías en reprocedimientos de ablación de venas pulmonares (AVP).

Métodos: 157 pacientes se sometieron a AVP con catéter de fuerza de contacto (FC) y adquisición automática de lesiones de RF. Durante el seguimiento, 21 pacientes se sometieron a reprocedimiento de AVP. Según un modelo de 16 segmentos, se analizó la relación entre los parámetros de las lesiones de RF realizadas en el primer procedimiento y las reconexiones observadas en el reprocedimiento. Se definió gap visual (GV) como la existencia de una solución de continuidad > 1 mm entre dos aplicaciones de RF adquiridas automáticamente en el primer procedimiento. Se identificaron los valores regionales de índice de ablación (IA) asociados a durabilidad de la lesión.

Resultados: 21 pacientes fueron incluidos. Se analizaron 336 segmentos y 2.507 aplicaciones de RF. El tiempo hasta el reprocedimiento fue 15 ± 8 meses. Todos los pacientes mostraron ≥ 1 segmento reconectado (SR). Los SR (n = 54) presentaron más frecuentemente GV (64,8% frente a 17%; p < 0,001), valor predictivo negativo = 91%. No hubo diferencias en la potencia (31,4 ± 4,7 frente a 31 ± 4,1W; p = 0,573), FC (14,4 ± 5,3 frente a 15,4 ± 5,4 g; p = 0,315) y caída de impedancia (6,9 ± 5,2 frente a 6,5 ± 3,8 ohms; p = 0,576) entre los SR y no reconectados (SnR). Entre los segmentos sin GV, el valor mínimo de IA fue mayor en los SnR (314,6 ± 90,5 frente a 266,7 ± 113,7; p = 0,001). No hubo

*Las comunicaciones de este Especial Congreso han sido revisadas por el Comité Científico de la Sociedad correspondiente y se publican respetando el criterio de los autores. REC Publications no es responsable de errores o discrepancias.

reconexiones en segmentos sin GV con IA mínimo $\geq 340/220$ en regiones anteriores/posteriores respectivamente.

Conclusiones: Realizar aplicaciones contiguas con sistema de adquisición automática persiguiendo un IA $\geq 330/220$ en regiones anteriores/posteriores respectivamente podría mejorar la durabilidad del AVP.

420/63. EVALUACIÓN DE LAS ESCALAS DE FRAGILIDAD Y COMORBILIDAD EN PACIENTES ANCIANOS CON FIBRILACIÓN AURICULAR QUE SUFREN UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO: SUBANÁLISIS DEL REGISTRO LONGEVO-SCA

E. Martín Dorado¹, J. Castillo Domínguez¹, G. Gutiérrez Ballesteros¹, N. Paredes Hurado¹, J. Oneto Fernández¹, A. Luque¹, R. González¹, M. Esteve-Pastor², F. Marín² y A. Ariza Solé³

¹Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ²Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. ³Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona.

Introducción: La FA es un factor independiente de mal pronóstico en pacientes que sufren un SCA. La utilidad de escalas de fragilidad y comorbilidad en pacientes con FA y SCA es incierta. El objetivo fue analizar el valor predictivo para eventos adversos de las escalas de fragilidad y comorbilidad en pacientes octogenarios con FA y SCA.

Métodos: El LONGEVO-SCA es un estudio prospectivo, multicéntrico en el que se incluyeron de manera consecutiva pacientes mayores de 80 años ingresados por SCASEST. Dividimos a los pacientes en grupos según ritmo del paciente (RS frente a FA) y la escala de fragilidad. Validamos la escala FRAIL y Charlson para eventos adversos (mortalidad y reingresos) a 6 meses de seguimiento.

Resultados: Fueron incluidos 531 pacientes (edad media $84,4 \pm 3,6$), de los cuales 128 (24,1%) con diagnóstico de FA y 145 (27,3%) eran pacientes frágiles. Pacientes frágiles con FA tuvieron una mayor prevalencia de comorbilidades previas y mayor puntuación en las escalas GRACE, CRUSADE, CHAD2DS2-VASc e índice Charlson ($p < 0,001$). También mayor riesgo de mortalidad global [HR 2,61, (IC95% 1,28-5,31; $p = 0,008$)], reingresos [HR 2,28, (IC95% 1,37-3,80; $p = 0,002$)] y el compuesto [HR 2,28, (IC95% 1,44-3,60; $p < 0,001$)] comparado con pacientes en RS no frágiles. Después de un análisis multivariante tanto la escala FRAIL [HR 1,41; IC95% (1,02-1,97); $p = 0,040$] como el índice Charlson [HR 1,32, IC95% (1,09-1,59); $p = 0,003$] se asocian de manera significativa con la mortalidad.

Conclusiones: La escala FRAIL y el índice Charlson son una herramienta útil para predecir eventos adversos en pacientes ancianos con FA que sufren un SCA.

420/89. EVOLUCIÓN DE LA REGURGITACIÓN MITRAL EN PACIENTES CON ESTENOSIS AÓRTICA GRAVE Y ALTO RIESGO QUIRÚRGICO SOMETIDOS A IMPLANTE DE PRÓTESIS AÓRTICA PERCUTÁNEA

A. Rojas Sánchez, M. Cano García, C. Sánchez González, L. Muñoz Jiménez, C. Urbano Carrillo y M. de Mora Martín

Hospital Regional Universitario de Málaga.

Introducción: Analizar la prevalencia de IM significativa en pacientes que van a ser sometidos a implante de TAVI. Analizar el grado de mejoría de la regurgitación mitral tras implante de TAVI y su repercusión durante el seguimiento.

Métodos: Estudio prospectivo, incluimos todos los pacientes consecutivos con EA severa sintomática en el Hospital Regio-

nal Universitario de Málaga sometidos a implante de TAVI entre junio de 2010 y marzo de 2017.

Resultados: Incluimos 140 pacientes. Clasificamos a los pacientes según presentaran IM grado 0-2 (119 pacientes, 85%) o IM grado 3-4 (21 pacientes, 15%). Los pacientes con mayor grado de IM presentaron mayor EuroScore logístico ($18,8 \pm 12,5$ frente a $26,5 \pm 16,1$, $p = 0,01$) y STS score $4,3 \pm 3,5$ frente a $6,4 \pm 4,6$, $p = 0,02$). Los pacientes con IM grado 3-4 tuvieron mayor prevalencia de disfunción ventricular (21% frente a 2,8%, $p = 0,04$) e HTP (31,8% frente a 61,9%, $p = 0,006$). No observamos diferencias en el número de días ingreso, complicaciones intrahospitalarias, muerte intrahospitalaria, muerte o eventos a 30 días, ni en cuanto a muerte o eventos a 1 año entre los pacientes que presentaban menor o mayor grado de regurgitación mitral antes del implante. Tras el mismo, los pacientes con IM grado 0-2 no sufrieron modificación significativa (0,69 frente a 0,73, $p = 0,580$), los pacientes con IM previa grado 3-4 redujeron significativamente el grado de regurgitación (2,8 frente a 1,77, $p = 0,030$). Observamos mayor tendencia a la presencia de eventos en el seguimiento y mayor número de días de ingreso hospitalario en los pacientes con IM residual de mayor grado.

Conclusiones: La presencia de IM significativa se objetivó en el 15% de los pacientes con EAo sintomática. Estos pacientes, presentaban mayor grado de disfunción ventricular, dilatación ventricular, insuficiencia aórtica e hipertensión pulmonar. Los pacientes con IM moderada/severa presentaron una reducción significativa en el grado de regurgitación mitral tras el implante de TAVI.

420/90. SUPERVIVENCIA A LARGO PLAZO EN PACIENTES DIABÉTICOS CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA CRÓNICA A PRINCIPIOS DEL SIGLO XXI: EL REGISTRO CICCOR

L. Mateos de la Haba¹, J. Sánchez Fernández², C. Ogayar Luque¹, E. Romo Peñas¹, M. Delgado Ortega¹, D. Mesa Rubio¹, A. Rodríguez Almodóvar¹, J. Castillo Domínguez¹, M. Pan Álvarez-Ossorio¹ y M. Ruiz Ortiz¹

¹Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ²Complejo Hospitalario de Jaén.

Introducción: La información sobre el pronóstico de los pacientes diabéticos con cardiopatía isquémica crónica (CIC) del "mundo real" es limitada. El objetivo de este estudio es evaluar la supervivencia de esta población a largo plazo e identificar predictores clínicos de mortalidad.

Métodos: El registro CICCOR es un estudio de cohortes prospectivo y monocéntrico. Desde febrero de 2000 hasta enero de 2004, todos los pacientes consecutivos con CIC que acudieron a dos consultas de cardiología de un hospital terciario fueron incluidos en el estudio y seguidos prospectivamente. Los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 fueron seleccionados para este análisis. El objetivo principal fue la mortalidad.

Resultados: Se incluyeron 394 pacientes (edad 68 ± 9 años, 61% varones). Tras un seguimiento máximo de 17 años (mediana de 9 años, RIC 4-14 años, 2 pacientes perdidos, con un periodo de observación de 3,517 pacientes-año), 238 pacientes murieron (60%, 6,77%/año). La probabilidad de supervivencia fue del 92%, 72%, 58%, 45% y 30% a los 3, 6, 9, 12 y 15 años. La causa de la muerte fue cardiovascular en 165 pacientes (70%) y no cardiovascular en 70 (30%). La edad (HR 1,07, IC95% 1,05-1,08, $p < 0,0005$), la frecuencia cardíaca basal (HR 1,12, IC95% 1,01-1,24, $p < 0,0005$ por cada 10 lpm) y la cardiomegalia (HR 1,67, IC95% 1,17-2,37, $p = 0,005$) fueron predictores independientes de mortalidad total.

Conclusiones: La probabilidad de supervivencia fue del 45% a los 12 años en esta cohorte de pacientes diabéticos con CIC

del “mundo real”. Algunas variables clínicas simples pueden identificar a pacientes con mayor riesgo de mortalidad.

420/137. RECUPERACIÓN TEMPRANA DE LA FEVI MEDIANTE RESINCRONIZACIÓN CARDIACA A TRAVÉS DE ESTIMULACIÓN SELECTIVA EN HIS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

M. Moraleda Salas, Á. Arce León, A. Manovel Sánchez, J. Fernández Gómez, J. Venegas Gamero y P. Moríña Vázquez

Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción: La estimulación permanente del haz de His (EPHis) puede corregir los trastornos de conducción y ofrecerse como alternativa a la terapia de resincronización (TRC) clásica. Describimos el impacto a corto plazo sobre la FEVI y la mejoría de la sincronía intraventricular izquierda.

Métodos: Estudio descriptivo prospectivo (enero/2018-febrero/2019) de pacientes candidatos a TRC y resincronizados mediante EPHis. Analizamos: cuantificación de FEVI al mes y medición del retraso de septo-pared posterior (SPP) (precoz y al mes) como parámetro de sincronía intraventricular, éxito del implante, tiempos de escopia, y umbrales agudos y en el seguimiento. Los resultados se expresan en mediana y percentil 25-75. **Resultados:** Incluimos 35 pacientes con QRS > 130 ms e indicación de TRC, estrechando QRS con estimulación hisiana el 82,86% (n = 29); y resincronizando mediante EPHis el 77,14% (n = 27). QRS basal: 160 ms (149-160); tras TRC mediante EPHis: 100 ms (88-120). Al mes de seguimiento, en pacientes con miocardiopatía dilatada no isquémica y BCRIHH (n = 22) la FEVI fue: 50% (47-56) (basalmente: 30% (28-34)), mejorando todos los casos. En la cardiopatía dilatada isquémica (n = 3) la FEVI fue: 48, 46 y 28% (basal: 33, 30 y 18%). Y en los pacientes con TRC por BAVc y disfunción (N = 2) la FEVI fue: 69 y 54% (basal: 30 y 45%). En los pacientes con BCRIHH se analizó el retraso SPP de VI en modo-M-DTI-color; basalmente: 136 ms (130-148) y tras TRC mediante EPHis: 41ms (19-65), con resultados mantenidos al mes. Tiempo de escopia: 4,4 minutos (3,2-5,5). Umbral agudo de His 1,75 voltios (0,9-1,9), estable en el seguimiento (al mes: 0,75 voltios (0,7-2,1), a 3 meses: 0,85 voltios (0,5-1,68), y a 6 meses: 0,88 voltios (0,65-2,1).

Conclusiones: La TRC mediante EPHis es factible consiguiendo mejorar la FEVI en pacientes con insuficiencia cardiaca que precisan TRC.

420/149. TOLERABILIDAD Y PERFIL DE SEGURIDAD DE SACUBITRILLO-VALSARTÁN EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA Y ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ASOCIADA

D. Arroyo Moñino¹, A. Sigismondi², M. Rivadeneira Ruiz¹, S. Ortiz Cruces², F. Cortés Cortés¹, M. Fernández Valenzuela¹, M. Ruiz García¹, A. Castro Fernández¹, J. Morgado García de Polavieja² y A. Recio Mayoral¹

¹Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ²Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción: Sacubitrilo/valsartán (S/V) ha demostrado mejorar el pronóstico en la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida (ICFER). No hay evidencia que apoye ninguna recomendación de su uso en enfermedad renal crónica asociada. Pretendemos evaluar el perfil de tolerabilidad y seguridad de S/V en pacientes con ERC avanzada con ICFER.

Métodos: Estudio descriptivo prospectivo, bicéntrico (enero-2017 a enero-2018). Incluidos 538 pacientes consecutivos con

ICFER en los que se inició S/V, estratificados inicialmente en 2 grupos según su filtrado glomerular (FG; ml/min/1,73): sin ERC, FG > 60 y con ERC, FG < 60. Seguimiento de 12 meses. Evaluación de variable predefinida de seguridad compuesta por: hipotensión sintomática, deterioro de la función renal (aumento de creatinina sérica > 50% del basal y/o niveles > 2,5 mg/dl), hiperpotasemia grave (potasio sérico > 6 mEq/L) y angioedema. **Resultados:** Del total de pacientes (edad 68 ± 11 años, mujeres 130; 24,2%), 196 presentaban ERC (estadio 3, 30,9%; estadio 4, 4,5%). La ERC no condicionó diferencias en las dosis finales de S/V alcanzadas en ambos grupos. Al año de seguimiento, el objetivo primario de seguridad fue más frecuente en pacientes-ERC comparado con aquellos sin ERC (22,2 frente a 13,0%, p = 0,02): hipotensión sintomática (11,7 frente a 9,4%, p = 0,38), deterioro función renal (9,7 frente a 3,2%, p = 0,003) hiperpotasemia grave (2,6 frente a 1,2%, p = 0,3) y angioedema (0,5 frente a 0,9%, p = 0,62). Esto no motivó una mayor tasa de suspensión del fármaco (4,7 frente a 1,8%, p = 0,06, respectivamente). No se observaron cambios significativos en el FG medio durante el seguimiento.

Conclusiones: Este registro ofrece una valiosa información sobre la tolerabilidad, seguridad y efectos sobre función renal a corto plazo de S/V en pacientes con ICFER y ERC asociada.

420/150. DETERIORO DEL AUTOINJERTO, EVENTOS CLÍNICOS Y PREDICTORES TRAS 21 AÑOS DE SEGUIMIENTO EN LA INTERVENCIÓN DE ROSS. EXPERIENCIA DE UN ÚNICO CENTRO

C. Pericet Rodríguez, L. Pardo González, M. Ruiz Ortiz, M. Delgado Ortega, A. Rodríguez Almodóvar, R. Villalba, P. Alados Arboledas, J. Casares Mediavilla, M. Pan Álvarez-Ossorio y D. Mesa Rubio

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: La insuficiencia del autoinjerto es una posible complicación de la intervención de Ross (IR). Nuestro objetivo fue describir la incidencia de degeneración del autoinjerto, reintervención y predictores de eventos en una serie prospectiva de pacientes intervenidos en nuestro centro.

Métodos: Entre 1997-2009, 107 pacientes se sometieron a IR (edad media: 30 ± 1 años; 69% varones; 21 pacientes < 18 años). Analizamos la insuficiencia al menos moderada del autoinjerto y la reintervención quirúrgica sobre el mismo.

Resultados: Tras 21 años de seguimiento (mediana: 17 años, rango intercuartílico 12-19 años), se obtuvieron datos ecocardiográficos y clínicos en 95 (89%) y 105 (98%) pacientes respectivamente; 30/95 (32%) pacientes desarrollaron insuficiencia aórtica y 18/105 (17%) requirieron reintervención. La supervivencia libre de insuficiencia del autoinjerto y reintervención al final del seguimiento fue de 83% y 71% respectivamente. Dos pacientes murieron por complicaciones relacionadas con la reintervención. El tamaño del anillo pulmonar nativo fue el único factor asociado con la con la insuficiencia al menos moderada (HR 1,19, [IC] 95% 1,03-1,37, p = 0,02) y con la reintervención (HR 1,24, [IC] 95% 1,04-1,48, p = 0,01). La reintervención también mostró asociación con la curva de aprendizaje de la IR (primeros 12 casos, HR 3,78, [IC] 95% 1,42-10,08, p = 0,008). No encontramos asociación estadísticamente significativa con la cirugía cardíaca previa, edad, sexo, etiología de la lesión aórtica o diámetro del anillo aórtico nativo.

Conclusiones: Tras 21 años de seguimiento tras IR, el 32% de los pacientes desarrollaron insuficiencia aórtica al menos moderada y el 17% requirieron reintervención sobre el autoinjerto. El mayor diámetro del anillo pulmonar nativo y la curva de aprendizaje son predictores asociados con la reintervención del autoinjerto.

420/153. ASOCIACIÓN DE SOBREPESO Y OBESIDAD CON LAS DIMENSIONES Y LA FUNCIÓN SISTÓLICA CARDIACAS EN UNA POBLACIÓN INFANTIL ANDALUZA

J. Fernández Cabeza¹, C. Aristizábal Duque¹,
I. Blancas Sánchez¹, M. Ruiz Ortiz¹, M. Delgado Ortega¹,
A. Rodríguez Almodóvar¹, M. Romero Saldaña²,
F. Fonseca del Pozo³, M. Pan Álvarez-Ossorio¹ y D. Mesa Rubio¹

¹Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ²Departamento de Seguridad y Salud Laboral, Ayuntamiento de Córdoba. ³Servicio de Calidad, Hospital San Juan de Dios, Córdoba.

Introducción: La obesidad es un problema de salud pública capital. La obesidad en adultos se relaciona con hipertrofia y dilatación ventricular izquierda. Estudios previos muestran que en España la prevalencia de sobrepeso es 26% y la de obesidad es 12,6%. La asociación entre la obesidad y la morfología y función de las cavidades cardíacas está menos estudiada en población pediátrica. Objetivos: investigar la relación entre la obesidad infantil y las dimensiones de las estructuras cardíacas y la función sistólica en una población infantil andaluza.

Métodos: Seleccionamos una muestra aleatoria de niños y adolescentes de educación primaria y secundaria, estratificando por edad, género y centros educativos en una localidad rural de 2.864 habitantes del sur de España. Incluimos niños de entre 6 y 17 años. Realizamos un ecocardiograma transtorácico evaluando el tamaño de las cavidades cardíacas.

Resultados: Estudiamos 212 niños (10,9 ± 3,0 años y 51,9% varones): 106 (50%) tenían normopeso, 57 (26,9%) sobrepeso y 49 (23,1%) eran obesos. El sexo y la edad eran similares en los tres grupos. Sobrepeso y obesidad se relacionaron con un ventrículo izquierdo de mayor diámetro (diámetro telediastólico 41,1 ± 5,5 mm, 42,8 ± 5,4 mm, 44,2 ± 5,5 mm), mayor volumen (volumen telediastólico 57,9 ± 18,6 mm, 64,3 ± 18,3 mm, 78,1 ± 22,4), más masa (69,3 ± 30,1 g, 80,9 ± 30,2 g, 94,8 ± 36,5 g) y peor función sistólica (fracción de eyección 65,7 ± 3,6%, 63,6 ± 4,7%, 61,5 ± 4,6%) ($p < 0,01$ para todas las comparaciones entre normopeso, sobrepeso y obesos respectivamente). También se relacionaron con mayor tamaño de aurícula izquierda y ventrículo derecho.

Conclusiones: Niños con sobrepeso y obesidad presentan unas cavidades cardíacas de mayor tamaño, y un ventrículo izquierdo con más masa y peor función sistólica.

COMUNICACIÓN RETIRADA**Sesión I. Intervencionismo cardiaco****420/56. SEGURIDAD Y EFICACIA DE LESIONES LARGAS TRATADAS MEDIANTE DES > 40 MM: REGISTRO MULTICÉNTRICO EN «VIDA REAL»**

F. Caro Fernández¹, S. Camacho Freire¹, S. Catoya Villa²,
D. Cañadas Pruaño³, T. Bretones del Pino⁴, J. León Jiménez³,
A. Gutiérrez Barrios⁴, J. de la Torre Hernández²
y J. Díaz Fernández¹

¹Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva. ²Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander. ³Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Cádiz. ⁴Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: El objetivo es evaluar eficacia y seguridad en tratamiento de lesiones largas (> 35 mm) con stents farmacoactivos (DES) muy largos (> 40 mm) en "vida real".

Métodos: Registro prospectivo, multicéntrico, all-comers de pacientes consecutivos con DES > 40 mm entre enero 2014 y mayo 2018, valorando eventos cardiovasculares mayores (muerte CV, TLR, IAM no fatal) y trombosis de stent.

Resultados: Incluimos 221 pacientes (246 lesiones): 64 ± 11 años, varones (77%), fumadores (34%), hipertensos (71%), diabéticos (43%), dislipémicos (58%), revascularización previa (29%). SCA el 84% (14% STEMI). 74% acceso radial, 93% 6F. El 80% era multivaso, 76% revascularización completa, tratándose más frecuentemente CD (42%), DA (38%). Las lesiones fueron 29% bifurcacionales, 22% ostiales, 62% calcificadas, 16% trombóticas y 21% (n = 47) fueron CTO. Predilatación/posdilatación 89/46% respectivamente; 3,6% precisó Rotablator y 5,3% tromboaspiración. Mediante QCA, longitud media de lesión 55 ± 17 mm y de stent 48 ± 4,6 mm. Técnica de soporte en 11% (5,7% GuideLiner; 1,6% Buddy Wire). No-Reflow 2,4% (n = 6), disección de borde 4,1% (n = 10). Implantación en 54% EES (Xience/Synergy), 39% SES (Biomime/(31%) Biomime Morph) y 7% AES (Cre8). Seguimiento de 682 ± 435 días (605 mediana) con 8 (3,3%) Muertes CV (6 no-CV), 5 (2%) IAM no fatal, 6 (2,4%) TLR, 10 (4%) hemorragias. MACE Total 8,6% (n = 19). Trombosis del stent 1,2% (n = 3). En análisis univariante, diabetes, ICC previa, sangrado previo, arteriopatía periférica,

ACVA previo y acceso femoral fueron predictores de eventos. En análisis multivariante, solo diabetes ($p = 0,04$) y sangrado previo ($p = 0,03$) mantuvieron significación estadística.

Conclusiones: La seguridad y efectividad de stents muy largos > 40mm es buena a medio-largo plazo aunque la tasa de eventos no es desdeñable. La diabetes, acceso femoral, arteriopatía periférica e historia de sangrados o ACVA se asocia a un incremento del riesgo de MACE.

420/58. VALORACIÓN DE LA FUNCIÓN VENTRICULAR EN PACIENTES SOMETIDOS A UNA ICP PRIMARIA POR SCACEST ANTERIOR EN LOS QUE SE COMPARA LA FIBRINOLISIS INTRACORONARIA FRENTE A LA INHIBICIÓN GP IIb/IIIa

I. Lobo Torres¹, F. Morales Ponce¹, S. Blasco Turrión¹, P. González Pérez¹, A. Gómez López¹, C. Collado Moreno¹, J. Sánchez Brotons², P. Martínez Romero¹, I. Díaz Torres³ y J. Rodríguez Yáñez³

¹Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz. ²Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ³Medicina Intensiva, Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz.

Introducción: Ante la controversia del régimen antitrombótico en la ICP primaria, tratamos de comparar los efectos de la administración intracoronaria del fibrinolítico tenecteplasa (TNK) frente a la del inhibidor GP IIb/IIIa abciximab (ABC) valorando tamaño del infarto y función ventricular en pacientes con SCACEST anterior que van a someterse a una ICP primaria.

Métodos: Ensayo clínico piloto aleatorizado en fase III, monocéntrico, prospectivo, independiente. Aleatorizamos a 76 pacientes con SCACEST anterior que se van a someter a ICP primaria a recibir o una infusión intracoronaria de una dosis reducida de TNK o ABC a dosis habituales. Todos los pacientes fueron pretratados con heparina, aspirina y clopidogrel. Antes del alta se les realizó una ecocardiografía con contraste, repitiéndosela a los 6 meses. A los 4 meses se les realizó una angio-RMN cardiaca.

Resultados: Aunque el estudio no tenía la potencia estadística para detectar diferencias significativas en los MACE, cabe destacar que 2/38 pacientes del grupo TNK-i.c. experimentaron trombosis subaguda de stent. No hubo diferencias significativas en el tamaño del infarto ni en la FEVI entre ambos grupos. Los pacientes del grupo TNK-i.c. presentaron una mejor función diastólica. En un análisis multivariable, el tamaño del infarto se relacionó de forma independiente con el pico de CPK ($p = 0,01$) y con la FEVI obtenida en la eco previa al alta ($p = 0,04$).

Conclusiones: La fibrinólisis intracoronaria con TNK en pacientes con SCACEST anterior sometidos a ICP primaria no redujo significativamente el tamaño del infarto ni la función sistólica respecto al ABC, aunque sí preservó mejor la función diastólica.

420/64. EXPERIENCIA INICIAL DEL ABORDAJE DE LA HIPERTENSIÓN PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÓNICA EN LA UNIDAD DE HEMODINÁMICA

A. Sigismondí¹, A. Gómez Menchero¹, M. Roa Garrido¹, S. Camacho Freire², R. Cardenal Piris¹, L. López Rojas¹, F. Caro Fernández¹, S. Ortiz Cruces¹, P. Pájaro Merino¹ y J. Díaz Fernández¹

¹Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva. ²Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: La hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (HPTEC) representa una causa rara pero invalidante de

hipertensión pulmonar (HP), a menudo infradiagnosticada. Su diagnóstico se basa en hallazgos de HP arterial precapilar asociados a defecto de perfusión a nivel pulmonar evidenciados en la gammagrafía y/o en la angiotomografía computarizada (TC). La angiografía pulmonar permite visualizar directamente estos defectos, aclarando la localización y la mejor estrategia terapéutica.

Métodos: Registro observacional de pacientes consecutivos valorado en hemodinámica mediante angiografía pulmonar por sospecha de HPTEC, desde julio 2017 hasta febrero 2019, con características basales, factores pronósticos, resultado de la angiografía, cateterismo derecho y manejo terapéutico.

Resultados: 9 pacientes (edad mediana 67,47-75), la mayoría en clase funcional II (55,6%) o III (22,2%) de la WHO con datos de alto riesgo pronóstico (44,4%), intermedio (33,3%) y bajo (22,2%). El 66,7% presentaba historia de TEP. En el 77,8% el angioTC fue diagnóstico de TEP y la gammagrafía mostró defectos en 88,9%. En la angiografía se evidenció afectación central en 2 pacientes (22,2%), segmentaria y subsegmentaria en 3 pacientes (33,3%) y ninguna lesión en 2 pacientes (22,2%). En los 2 pacientes con afectación central y segmentaria se realizó tromboendarterectomía (TEA) en Hospital 12 de Octubre y en 3 pacientes (33,3%) con afectación segmentaria y subsegmentaria se realizó angioplastia pulmonar (AP) en nuestro centro. La supervivencia de estos 5 pacientes fue del 100% y con mejoría clínica y hemodinámica tanto de los derivados a AP y TEA.

Conclusiones: La angiografía pulmonar representa una herramienta importante en el diagnóstico y manejo de HPTEC y abre el camino para el mejor tratamiento específico de estos pacientes.

420/130. SEGUIMIENTO A MEDIO Y LARGO PLAZO DE PACIENTES CON DESARROLLO DE NOVO DE BLOQUEO BIFASCICULAR Y PR LARGO TRAS EL IMPLANTE DE VÁLVULA AÓRTICA PERCUTÁNEA

E. Cabrera Borrego, R. Rivera López, M. Jiménez Fernández, V. Alcalde Martínez, L. González Camacho, J. Sánchez Gila, J. Ramírez Hernández, J. Romero Hinojosa, L. Tercedor Sánchez y E. Molina Navarro

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción: El manejo de pacientes (P) que desarrollan bloqueo bifascicular (BBF) con bloqueo auriculoventricular de primer grado (BAV1erG) tras el implante de prótesis aórtica transcathéter (TAVI) es controvertido. Nuestro objetivo es analizar la evolución y aparición de eventos en P que desarrollaron de novo esta alteración.

Métodos: Estudio prospectivo en un hospital de P intervenidos de TAVI que desarrollan BBF y BAV1erG, excluyendo aquellos que requirieron implante de marcapasos (MP) en las primeras 48h. Se recogen datos demográficos, clínicos y electrocardiográficos de P que desde el 2010 ingresan para implante de TAVI. Analizamos la incidencia de implante de MP, sus causas, la tasa de estimulación y las causas de mortalidad.

Resultados: Se han implantado 242 TAVI ($80,7 \pm 5,8$ años, 48,8% mujeres, $81,4\%$ NYHA ≥ 3 , Charlson $5,72 \pm 1,21$, STS score $5,71 \pm 4,8\%$, EuroSCORE $16,56 \pm 10,54\%$). 25P (10,3%) desarrollaron BBF y BAV1erG. 22P (88%) con BCRHH y BAV1erG y 3 (12%) con BCRDHH, hemibloqueo izquierdo y BAV1erG. A10P (40%) se les implantó MP: 5 profilácticos, 4 por episodios de bloqueo auriculoventricular completo (BAVc) en la telemetría y 1 por BAVc no sincopal en el seguimiento. Murieron 10P durante el seguimiento, 5 (20%) por causas cardiovasculares (4P por insuficiencia cardiaca y 1P por PCR a pesar de tener MP). Ninguno de los P que no había recibido MP ha sufrido síncope o PCR en el seguimiento.

Conclusiones: En los pacientes con MP la tasa de estimulación ha sido en general baja. En aquellos de manejo conservador no se ha producido mayor tasa de síncope ni de muerte súbita. No obstante, serán necesarios estudios con muestras más amplias para determinar el procedimiento más adecuado.

420/132. REGISTRO MULTICÉNTRICO ALL-COMERS SOBRE REESTENOSIS INTRA-STENT: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ANGIOGRÁFICAS, ABORDAJE TERAPÉUTICO Y SEGUIMIENTO A MEDIO Y LARGO PLAZO

S. Camacho Freire¹, L. López Rojas¹, W. Delgado², A. Gutiérrez Barrios², M. Roa Garrido¹, A. Sigismondí¹, A. Gómez Menchero¹, R. Cardenal Piris¹, G. Calle Pérez² y J. Díaz Fernández¹

¹Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva. ²Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: La reestenosis intrastent (RIS) es una de las principales limitantes de los dispositivos. El manejo terapéutico de estos pacientes es aun controversial y variable dependiendo de cada Centro. Nuestro objetivo es evaluar las características clínicas, angiográficas, manejo terapéutico y seguimiento a mediano y largo plazo de estos pacientes.

Métodos: Se realizó un registro multicéntrico, ambispectivo incluyendo todos las RIS desde enero 2014-enero 2018. Las variables clínicas, angiográficas, manejo terapéutico y de seguimiento fueron analizadas para la determinación de los eventos cardiovasculares mayores (muerte CV, TLR, TVR, IMA no fatal) y trombosis de stent (TS).

Resultados: Al año de seguimiento la tasa de ECM fue 6,1% (5 muertes no-CV, 4 muertes CV, 1 TLR, 1 TVR), en un seguimiento extendido de 678 ± 490 días, la tasa de ECM fue 13,4% (7 muertes CV [9 muertes no-CV], 5 IMA no fatal, 8 TLR, 2 TVR) y 2,4% (n = 4) TS. No hubo diferencias dependiendo en la naturaleza de la RIS (BVS/SFA/SM) o el manejo usado (SFA o BLF). El género femenino (HR 3,8, p = 0,007) y el tratamiento previo de la RIS (HR 5,4, p < 0,001) fueron factores relacionados a la alta tasa de ECM.

Conclusiones: La tasa de RIS es baja pero permanece como un problema principal en nuestra práctica clínica habitual, el perfil clínico de estos pacientes es alto riesgo. A pesar que la implantación de los SFA es el manejo preferido sobre los BLF, ambos presentan resultados comparables con muy bajo riesgo de la tasa de eventos a largo plazo.

420/142. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ANGIOGRÁFICAS, ABORDAJE TERAPÉUTICO Y SEGUIMIENTO A MEDIO Y LARGO PLAZO DE LA REESTENOSIS EN LOS STENTS BIORREABSORBIBLES: REGISTRO ALL-COMERS

A. Sigismondí, L. López Rojas, S. Camacho Freire, A. Gómez Menchero, M. Roa Garrido, R. Cardenal Piris y J. Díaz Fernández

Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción: La reestenosis coronaria después de la implantación de stents bioreabsorbibles (BRS) es poco frecuente. Nuestro objetivo es caracterizar la reestenosis del BRS mediante angiografía y tomografía de coherencia óptica (OCT) y describir el manejo terapéutico.

Métodos: Registro prospectivo unicéntrico. Se implantaron un total de 360 dispositivos Absorb en 276 pacientes y 32 dispositivos Magmaris en 27 pacientes. Se realizó un seguimiento clínico y, en casos seleccionados, por síntomas o por anatomía compleja, se realizó una angiografía de control. El 85% (n = 11) de la reestenosis fue estudiado por OCT.

Resultados: 13 casos de reestenosis de Absorb en 11 pacientes (3,3%) y 3 casos de Magmaris en 27 pacientes (3,3%). La mayoría tardía (mediana de 11,5 meses) y solo 15% asintomática (30% de angina estable, 55% de SCASEST). Angiográficamente el patrón más frecuente fue la reestenosis focal (Mehran IB n = 10, 77%) y se localizó principalmente en el borde proximal (n = 6, 46%). El patrón predominantemente homogéneo fue el más infrecuente (N = 3, 23%). Estudio de OCT: el patrón más frecuente fue el estratificado, con microvasos, microcalcificaciones, macrófagos, sugiriendo un proceso de inflamación y neoaterosclerosis. El tratamiento, tras predilatación con balones NC/Scoring en todos los casos, fue en el 31% balón recubierto con fármaco, en el 69% nuevo implante de stent liberador de fármaco (67% metálico y 33% de BRS nuevo). Después de un seguimiento medio de 651 ± 196 días, no presentaron MACE.

Conclusiones: En nuestra experiencia, la tasa de reestenosis en BRS es baja (3,4%), usualmente focal y en el borde proximal. Las imágenes de OCT revelaron patrones estratificados con signos de neoaterosclerosis en su mayoría.

420/145. ALGUNAS HERIDAS NUNCA CURAN: TROMBOSIS DE STENT MÁS ALLÁ DE 5 AÑOS

E. Izaga Torralba¹, A. Gutiérrez Barrios¹, L. Gheorghe¹, S. Camacho², C. Collado³ y D. Cañadas Pruaños⁴

¹Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. ²Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva. ³Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz. ⁴Hospital de Jerez de la Frontera, Cádiz.

Introducción: El riesgo de trombosis del stent (TS) a largo plazo continúa siendo objeto de debate. Describimos la serie más larga publicada hasta la fecha de trombosis stent muy tardías (TSMMT), más allá de 5 años.

Métodos: Estudio multicéntrico (4 centros participantes). Desde enero'09 hasta diciembre'18, 58 pacientes presentaron TSMMT.

Resultados: La edad media fue 62,7 ± 11, varones (89%), hiperlipidemia (79%), fumadores (69%) y diabéticos (31%). El intervalo medio hasta la TSMMT fue 8,1 [IR 5,6-9,4] años. Características de stent trombosado: convencional (SC)(42,5%), stent desconocido (5%), y el resto (52,5%) stent farmacoactivos (65% de primera generación). El stent inicial se utilizó para tratar una reestenosis en 12 pacientes (21%), 92% reestenosis de SC) Un 76% seguía tratamiento con aspirina, y el 14% con clopidogrel en el momento de TSMMT. 9/58 pacientes habían interrumpido el tratamiento antiagregante el mes previo (66% de ellos P2Y12) y 10/58 en los 3 previos. La presentación más frecuente fue IAMCEST (88%). 3 pacientes shock cardiogénico, dos de ellos fallecieron (3,5%). Sufrieron re-TS en el seguimiento 4 pacientes (6,8%) y otros 3 (5%) TS en algún otro vaso.

Conclusiones: El riesgo de TS persiste más allá de 5 años. Se asoció con alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular clásicos y antecedentes de reestenosis. Tras una media de 8,1 años de la implantación del stent el 14% de las TSMMT se relacionaron con la interrupción del tratamiento antiagregante poniendo de relieve la importancia de especificar las características de los pacientes que se podrían beneficiar de doble antiagregación indefinida.

420/152. FLUJO CORONARIO ABSOLUTO Y CUANTIFICACIÓN DE LA RESISTENCIA MICROVASCULAR EN EL SÍNDROME DE TAKO-TSUBO

D. Cañadas Pruaño¹, A. Gutiérrez Barrios², F. Rivero³, L. Gheorghe², G. Calle² y F. Alfonso³

¹Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Cádiz. ²Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. ³Hospital de La Princesa, Madrid.

Introducción: La disfunción microvascular podría estar involucrada en la fisiopatología del síndrome de Tako-Tsubo (STT). Recientemente ha sido validado un método para cuantificar el flujo absoluto coronario (FA) y la resistencia microvascular coronaria (RM) según el principio de termodilución con infusión continua de solución salina. En nuestro trabajo evaluamos la validez y seguridad de este nuevo método en el STT.

Métodos: Estudio multicéntrico prospectivo de 8 pacientes diagnosticados de STT (mayo/2017-enero/2019) a los que se evalúa invasivamente: reserva de flujo coronario (CFR), índice de resistencia microvascular (IMR), FA y RM.

Resultados: La edad media de la serie fue 75 ± 7 años, mujeres (7/8, 87,5%), fracción eyección ventrículo izquierdo (FEVI $43 \pm 6\%$), troponina-T pico 594 ± 465 ng/ml. La recuperación de la FEVI, se confirmó en todos los pacientes por resonancia magnética cardíaca (75%), ventriculografía (25%) y/o ecocardiograma (100%). No hubo evento adverso significativo. El tiempo medio (rango intercuartílico) del inicio de los síntomas hasta las mediciones fue 25 (9-38) horas. La mayoría de pacientes presentaban IMR normal/borderline con CFR reducida, excepto 2 pacientes de presentación tardía (24 y 48h) que presentaban CFR normal. Comparativamente con los escasos datos publicados en nuestra serie encontramos un valor de FA moderadamente disminuido ($157,5 \pm 45$ ml/min) y la RM moderadamente aumentada (511 ± 142 WU). En 2 pacientes se confirmó la recuperación de ambos parámetros días después.

Conclusiones: La técnica de termodilución con infusión continua de salino permite cuantificar de manera segura y fiable el FA y la RM coronarias. Esta técnica abre una nueva ventana al conocimiento de la fisiopatología del STT. Tanto FA como RM estaban patológicamente alterados en la fase aguda del STT.

420/156. LA INYECCIÓN DE NITROGLICERINA INTRACORONARIA Y CONTRASTE ES CAPAZ DE PREDECIR EL FFR

I. Noval Morillas, A. Gutiérrez Barrios, L. Gheorghe, S. Camacho Freire, R. de Zayas Rueda y G. Calle

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: El estudio funcional de lesiones coronarias se realiza mediante con FFR o IFR. Sin embargo, ambos tienen limitaciones: la adenosina tiene inconvenientes y el IFR requiere un software específico. Nuestro objetivo es investigar la correlación entre FFR y tres índices sin adenosina ni software específico: Pd/Pa durante la hiperemia submáxima inducida por contraste no iónico (cFFR); Pd/Pa tras la inyección de un bolo de nitroglicerina intracoronaria y contraste no iónico (cFFR- NTG) y Pd/Pa basal.

Métodos: Desde enero 2017 a diciembre 2018, se incluyeron 212 pacientes con 254 estenosis. Edad media $66,8 \pm 11,9$, 78,9% hombres. La mayoría de los pacientes tenía enfermedad coronaria estable (60,4%), el resto eran SCA (11,5% SCACEST) realizándose estudio funcional en un segundo tiempo sobre lesiones no culpables.

Resultados: Valores obtenidos: Pd/Pa basal $0,6-1$ ($0,91 \pm 0,07$), cFFR $0,48-0,99$ ($0,85 \pm 0,08$), cFFR-NTG $0,48-0,98$ ($0,84 \pm 0,07$) y FFR $0,43-0,99$ ($0,81 \pm 0,08$). Los cuatro índices, mostraban una correlación débil con la estenosis angiográfica ($r \leq 0,4$, $p < 0,05$). Encontramos una gran correlación entre FFR y los tres índices: Pd/Pa ($r = 0,77$, $< 0,001$); cFFR ($r = 0,88$, $< 0,001$) y cFFR-NTG ($r = 0,91$, $< 0,001$). En las curvas ROC (para $FFR \leq 0,80$) encontramos AUC de 0,91 (IC95% $0,87-0,94$, $< 0,001$) para Pd/Pa, 0,93 (IC95% $0,90-0,96$, $< 0,001$) para cFFR y 0,96 (IC95% $0,94 - 0,99$, $p = 0,019$) para cFFR-NTG. El mejor punto de corte que obtuvimos para Pd/Pa, cFFR y cFFR-NTG fueron 0,9, 0,85 y 0,83; con

VPN de 79,5%, 89,6% y 93,1%, sensibilidad de 90%, 84% y 94%; especificidad de 74%, 90% y 90% respectivamente.

Conclusiones: El cFFR-NTG presenta una buena correlación con el FFR, significativamente mejor que Pd/Pa basal y cFFR, permitiendo evitar el uso de adenosina.

420/161. EL ROPE SCORE EN LA RELACIÓN CAUSAL ENTRE FORAMEN OVAL PERMEABLE E ICTUS CRIPTOGENICO ¿ES SUFICIENTE?

L. Carnero Montoro, M. Ruiz Ortiz, M. Delgado Ortega, A. Rodríguez Almodóvar, N. Paredes Hurtado, J. Ochoa Sepúlveda, R. Valverde Moyano, M. Romero Moreno, M. Pan Álvarez-Ossorio y D. Mesa Rubio

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: El RoPE-score es una escala clínica que ayuda a estratificar el riesgo de relación causal entre foramen oval permeable (FOP) e ictus criptogénico (IC) (a más puntuación, más riesgo de causalidad, siendo 6 el punto de corte), pero no incluye características ecocardiográficas. Objetivo: investigar la asociación del score con la recidiva de ictus en pacientes con IC y FOP cerrado percutáneamente, describir la anatomía del FOP y su relación con la puntuación del score.

Métodos: Se analizaron 172 pacientes consecutivos con IC y cierre percutáneo de FOP (entre 2001-2014 en un sólo centro). Se calculó el RoPE-score retrospectivamente (dividiendo dos grupos según ROPE-score < 6 y ≥ 6). Se analizó la presencia de anatomía compleja del FOP por ecocardiografía (paso amplio basal de burbujas y/o aneurisma del septo interauricular), la tasa de recidiva de ictus y sus relaciones con el RoPE-score.

Resultados: Se pudo calcular el RoPE-score en 150 pacientes (87%). El 69% tenía un RoPE-score ≥ 6 . Un 66% presentaron anatomía compleja, sin diferencias significativas entre RoPE-score < 6 y ≥ 6 (65% frente a 70%, $p = 0,62$). Tras 17,5 años de seguimiento máximo (media $9,6 \pm 3,7$ años), 6 pacientes presentaron un ictus. La tasa de recidiva de ictus fue muy baja en ambos grupos, tanto en RoPE-score ≥ 6 y < 6 (0,4 frente a 0,5 por 100 pacientes/año, $p = 0,87$).

Conclusiones: En nuestro centro, previo a las recomendaciones actuales de cierre de FOP en IC, la mayoría de pacientes tenían un RoPE-score ≥ 6 y una anatomía compleja del FOP. Esto podría explicar una incidencia de recidiva de ictus muy baja, independientemente de la puntuación del RoPE-score.

Sesión II. Cardiología clínica: insuficiencia cardíaca. Cardiología preventiva y rehabilitación. Epidemiología

420/5. SACUBITRILLO-VALSARTÁN EN LA VIDA REAL: TOLERANCIA, EVOLUCIÓN CLÍNICA Y REMODELADO A LARGO PLAZO

R. Bravo Marqués, C. Martín Domínguez, S. López Tejero, A. Valle Alberca, F. Mesa Prado, E. Mariscal López, P. Chinchurreta Capote, C. Corona Barrio, F. Ruiz Mateas y F. Torres Calvo

Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga.

Introducción: Sacubitrilo/valsartán (S/V) supone un cambio de paradigma en pacientes con ICFe. Existen pocos datos del

uso y seguimiento a largo plazo en vida real de pacientes con S/V y de mejoría de parámetros ecocardiográficos en el seguimiento.

Métodos: Estudio observacional, prospectivo de pacientes con ICFeR, en consulta IC y que iniciaron S/V entre octubre-2016/diciembre-2018. Analizamos características basales, CF, parámetros analíticos/ecocardiográficos y seguimiento a largo plazo.

Resultados: N = 202,68 ± 10 años de edad. 83% varones. HTA 64,4%, DM 45%. 61,9% de origen isquémico. 20,3% portadores de DAI ± TRC. FEVI inicial 33,6%. Previo al inicio de S/V los pacientes recibían tratamiento médico óptimo (IECA 64,9%, ARA-II 35,1%, betabloqueantes 98%, ARM 93%). Se inicia S/V, dosis bajas 43%, medias 42,1%, altas 9,9%. Tras un mes se objetiva descenso significativo de TAS (120,6 frente a 116,5 mmHg; p = 0,008), sin cambios en TAD. Ligero descenso de FG (CKD-EPI) (68,8 frente a 66,5 ml/min/1,73 m²) sin mayores cambios en el seguimiento. No diferencias en Na y K. A los 6 meses observamos remodelado inverso del VI y de AI (DTD-VI 61,8 frente a 60,3 mm; p = 0,021; AI 44,9 frente a 44,1 mm; p = 0,042) y mejoría de FEVI (33,6 frente a 37,2; p < 0,001) que conlleva la no indicación de DAI en 39,72% con FEVI inicial < 35%. Se logró titulación de S/V con dosis medias 40,5% y dosis altas 32,7%. Se observa mejoría significativa de CF. En seguimiento de 12,5 ± 7,9 meses, observamos mortalidad cardiovascular 10,4% e ingreso por IC 18,3%, datos similares al estudio pivotal, presentando nuestra serie mayor edad/comorbilidad.

Conclusiones: S/V en vida real es bien tolerado, con mejoría de CF, mantenida a largo plazo. Conseguimos remodelado inverso del VI y mejoría de la FEVI que conlleva la disminución de indicación de DAI en un alto porcentaje de pacientes.

420/25. EVOLUCIÓN DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA SOBRE VÁLVULA PROTÉSICA EN LAS ÚLTIMAS 3 DÉCADAS

I. Esteve Ruiz¹, I. Esteve Ruiz², M. Romero Reyes¹, J. Gálvez Acebal³ y F. Molano Casimiro¹

¹Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla. ²Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva. ³Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: La endocarditis infecciosa sobre válvula protésica (EIVP) es una complicación poco frecuente pero grave de la cirugía de sustitución valvular, con una morbilidad muy elevada a pesar de los avances diagnósticos y terapéuticos. El objetivo es analizar la evolución de las características clínico-epidemiológicas y el pronóstico de la EIVP en las últimas tres décadas.

Métodos: Estudio observacional de una cohorte de 352 pacientes con EIVP de 8 hospitales andaluces (enero 1984-diciembre 2013).

Resultados: A lo largo de los años se ha hecho más frecuente la localización aórtica (58,1% entre 1984-1999 y 72,2% entre 2011-2013) y la EIVP precoz (36,6% entre 1984-1999 y 48,1% entre 2011-2013). Ha aumentado el porcentaje de pacientes mayores de 65 años (p < 0,001) y con índice de comorbilidad de Charlson > 2. La EIVP relacionada con la asistencia sanitaria ha aumentado, demostrándose una manipulación previa en el 29,0% de los casos entre 1984-1999 y en el 57,0% entre 2011-2013 (p = 0,002). Han disminuido las EIVP sometidas a tratamiento quirúrgico (53,8% entre 1984-1999 y 43,0% entre 2011-2013), siendo la mortalidad intrahospitalaria muy similar (p = 0,778).

Conclusiones: El perfil del paciente con EIVP ha cambiado, siendo cada vez de mayor edad, con más comorbilidades y

con mayor afectación aórtica. La asociación con la asistencia sanitaria ha aumentado, provocando una mayor tasa de precoces, lo que subraya la importancia de las medidas preventivas. A pesar de que el porcentaje de pacientes que se someten a tratamiento quirúrgico ha disminuido, la mortalidad ha permanecido invariable a lo largo de los últimos 30 años.

420/42. ¿ES EFECTIVO UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDÍACA EN PACIENTES CON ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA?

M. Martínez Quesada, M. García del Río, Y. López Gutiérrez, T. Peinado Burgos, M. Álvarez Leiva, F. Cortés Cortés, M. López Marco y R. Hidalgo Urbano

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: El ejercicio físico es una terapia eficaz para mejorar la circulación periférica. Muchos pacientes con arteriopatía periférica (AP) son excluidos de programas de rehabilitación cardíaca (RC) por su baja capacidad de ejercicio. Analizamos si los resultados en mejoría en capacidad funcional son superponibles a los observados en pacientes sin AP.

Métodos: Estudiamos a pacientes que completaron un programa de RC de octubre de 2017 a diciembre de 2018. Consideramos AP la medición de un índice tobillo brazo < 1 en algún miembro inferior. Comparamos variables demográficas y parámetros en pruebas de esfuerzo inicial y final.

Resultados: Analizamos 207 pacientes, presentaban AP 18 (9%), varones el 84%, diabéticos el 26% y fumadores el 57%. Los pacientes con AP tenían más edad (62,5 ± 1,5 frente a 56,5 ± 0,6 años, p = 0,023), más proporción de diabéticos (56% frente a 23%, p = 0,003) y patologías distintas (angina estable, 17% frente a 8%). En las ergometrías, los pacientes con AP alcanzaban menos METs inicial (5,9 frente a 7,2) y final (6,6 frente a 8,6), con menor ganancia en tiempo de ejercicio (1' frente a 1'47"), diferencias con significación estadística. En cambio, el porcentaje de incremento de METs y tiempo de ejercicio era más favorable sin AP, (ns): %incremento en METs 21,5% frente a 15,3%, %incremento en tiempo de ejercicio 38,2% frente a 25,6%.

Conclusiones: Los pacientes con arteriopatía periférica que completan un programa de RC tienen un perfil distinto, mayor edad y presencia de diabetes y tabaquismo. Se consigue una mejoría en capacidad de ejercicio, aunque menor que en pacientes sin AP.

420/65. FACTORES PREDICTORES DE FRACASO DEL VENTRÍCULO DERECHO TRAS IMPLANTE DE ASISTENCIA VENTRICULAR IZQUIERDA. NUESTRA EXPERIENCIA

L. Pérez Gómez, E. Jiménez Baena, A. Abril Molina, C. González de la Portilla Concha, J. Rodríguez Ortuño, I. Sigler Vilches, A. Grande Trillo, I. Sayago Silva, D. Rangel Sousa y J. Sobrino Márquez

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: El fracaso del ventrículo derecho (VD) es una complicación post-implante de asistencia ventricular izquierda (LVAD). Por su relevancia pronóstica se han descrito multitud de parámetros predictores que analizamos en nuestra serie.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico de 13 pacientes con implante de LVAD entre enero-2013 y di-

ciembre-2018. Describimos parámetros predictores de fracaso del VD. Calculamos RVF Risk score y Score Euromacs. Analizamos incidencia de fracaso del VD y mortalidad por esta causa.

Resultados: Edad (mediana): 55 años (69,2% varones). INTERMACS pre-implante: 2 (23,1%), 3 (7,7%), 4 (69,2%). Tipo dispositivo: Levitronix (30,8%), Excor (53,8%), HeartMate III (7,7%), HeartWare (7,7%). Parámetros clínicos: sexo femenino (30,8%), etiología no isquémica (30,8%), cirugía previa (7,7%), BiAoC (23,1%), inotropos/vasopresores (53,8%), ventilación mecánica invasiva (23,1%). Parámetros analíticos (mediana): creatinina 0,95 mg/dl (patológica 46,1%), bilirrubina total 0,62 mg/dl (patológica 23%), GGT 35 mg/dl (patológica 38,5%); Hb < 10 g/dl en 76,9%. Parámetros hemodinámicos (mediana): PVC 10 mmHg, PAPm 35 mmHg, PCP 27 mmHg, GC 3,7 l/min, IC 1,8 l/min/m². Parámetros ecocardiográficos: 0 pacientes con TAPSE < 7,5 mm (mediana 16 mm), ningún paciente con IT grave o DTDVD/DTDVI > 1. Score Euromacs: 0-2 (77%), 2-4 (23%), > 4 (0%). RVF Risk score: < 3 (76,9%), 4-5 (15,4%), > 5,5 (7,7%). Fracaso VD en el seguimiento (media 117 días, mediana 11 días): 5 casos (38,4%). Fracaso grave-agudo según INTERMACS: 2 casos (1 muerte y 1 implante de RVAD). Resto: 1 trasplante y 2 exitus (trombo y fracaso multiorgánico).

Conclusiones: El perfil pre-implante de LVAD en nuestra serie es favorable: mayoría varones, con disfunción isquémica, en INTERMACS 3-4 y estado hemodinámico "aceptable". A pesar de score de bajo riesgo seguimos extremando las medidas peri-implante, pues la incidencia de fracaso del VD es superior a un tercio.

420/93. SUPERVIVENCIA LIBRE DE EVENTOS CARDIOVASCULARES MAYORES EN EL SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE PACIENTES DIABÉTICOS CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA CRÓNICA DEL «MUNDO REAL»

L. Mateos de la Haba¹, J. Sánchez Fernández², C. Ogayar Luque¹, E. Romo Peñas¹, M. Delgado Ortega¹, D. Mesa Rubio¹, A. Rodríguez Almodóvar¹, M. Anguita Sánchez¹, M. Pan Álvarez-Ossorio¹ y M. Ruiz Ortiz¹

¹Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ²Complejo Hospitalario de Jaén.

Introducción: Nuestro objetivo fue evaluar la incidencia y factores predictores de eventos cardiovasculares mayores (MACE) en diabéticos con cardiopatía isquémica crónica (CIC) del "mundo real".

Métodos: El registro CICCOR es un estudio de cohortes prospectivo y monocéntrico. Del 1.2.2000 al 31.1.2004, todos los pacientes con CIC que acudieron a dos consultas de cardiología de un hospital terciario fueron incluidos en el estudio. Los pacientes diabéticos tipo 2 fueron seleccionados para este análisis. Se investigó la supervivencia libre de MACE (infarto de miocardio, ictus o muerte cardiovascular) y las variables asociadas a este resultado.

Resultados: Se incluyeron 394 pacientes (68 ± 9 años, 61% varones). Tras 17 años de seguimiento (mediana 9 años, RIC 4-14 años, 2 pacientes perdidos, 3.517 pacientes-años de observación), 66 pacientes sufrieron un infarto de miocardio, 55 un ictus y 165 murieron por causas cardiovasculares. La supervivencia libre de MACE fue de 88%, 70%, 57%, 47% y 32% a los 3, 6, 9, 12 y 15 años. La edad (HR 1,06, IC95% 1,04-1,08, p < 0,0005), la frecuencia cardíaca basal (HR 1,12, IC95% 1,01-1,24, p = 0,04 por 10 lpm), la clase funcional ≥ II para angina (HR 1,57, IC95% 1,14-2,16, p = 0,006), los diuréticos basales (HR 1,71, IC95% 1,26-2,30, p = 0,001) y el tabaco (HR 1,43,

IC95% 1,02-1,99, p = 0,04 para ex-fumador y HR 2,23, IC95% 1,16-4,30, p = 0,02 para fumador activo) fueron predictores independientes de MACE.

Conclusiones: La supervivencia libre de MACE fue del 47% a los 12 años en esta cohorte de pacientes diabéticos del "mundo real" con CIC. Algunas variables clínicas simples pueden identificar los pacientes con mayor riesgo de eventos.

420/157. CARACTERIZACIÓN DEL PACIENTE CON AMILOIDOSIS CARDIACA DIAGNOSTICADO EN UN HOSPITAL TERCIARIO

C. Pericet Rodríguez, J. López Aguilera, R. González Manzanares, A. Fernández Ruiz, J. Rodríguez Nieto, A. Piserra López Fernández de Heredia, J. Perea Armijo, J. Castillo Domínguez, M. Anguita Sánchez y D. Mesa Rubio

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: Definir la población de amiloidosis cardíaca en nuestro hospital.

Métodos: Estudio retrospectivo realizado entre enero-2017 y febrero-2019 que recoge las características de los pacientes con ingreso hospitalario o atención en consulta ambulatoria que presentaban diagnóstico de amiloidosis cardíaca.

Resultados: Se incluyeron un total de 22 pacientes, de los cuales 18 (81,8%) tenían diagnóstico anatomopatológico de amiloidosis cardíaca: AL (9 casos) o amiloidosis-TTR (9 casos). Amiloidosis AL: edad media: 66 ± 12, 55% varones. Síntoma inicial: insuficiencia cardíaca 7 casos (78%), FA 1 caso (11%). FEVI al diagnóstico: 48 ± 12%. Grosor SIV: 14,5 ± 2,6 mm. TAPSE: 14,7 ± 3,5. Se realizó gammagrafía con DPD en 4 pacientes (44%): negativo 1 caso, positivo grado I: 1 (11%), positivo grado II: 2 (22%). Mortalidad a los 24 meses: 6 pacientes (66,6%). Supervivencia media 765 ± 290 días. Amiloidosis TTR: edad media: 67 ± 8, 78% varones. Síntoma inicial: insuficiencia cardíaca 4 casos (44%), FA 1 caso (11%). FEVI al diagnóstico: 60 ± 21%. Grosor SIV: 16,0 ± 3,3 mm. TAPSE: 16,7 ± 4,3. Se realizó gammagrafía con DPD en 7 pacientes (78%): negativo 1 caso, positivo grado I: 1 (11%), positivo grado II: 5 (55%). Mortalidad a los 24 meses: 5 pacientes (55,5%). Supervivencia media en días de 611 ± 169 días.

Conclusiones: En la práctica clínica de nuestro servicio, la amiloidosis AL y TTR se presentan con la misma incidencia, con una alta prevalencia de insuficiencia cardíaca y una elevada mortalidad a corto plazo.

420/159. DIABETES MELLITUS Y ENFERMEDAD CORONARIA MULTIVASO COMO VARIABLES PREDICTORAS EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO SOMETIDOS A UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDÍACA (PRC)

C. Pericet Rodríguez¹, J. López Aguilera¹, A. Jiménez Vílchez¹, A. Heredia Torres¹, R. González Manzanares¹, A. Fernández Ruiz¹, I. Carmona García¹, J. Rodríguez Nieto¹, J. Perea Armijo¹ y J. Castillo Domínguez¹

¹Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ²Universidad de Córdoba.

Introducción: La realización de un programa de rehabilitación cardíaca (PRC) tiene un nivel de recomendación clase I en pacientes que han sufrido un infarto de miocardio. Existen datos contradictorios acerca del pronóstico de pacientes con

infarto de miocardio según determinadas características, como la diabetes mellitus. Objetivos: análisis de mortalidad y tasa de reinfarcto en el seguimiento a largo plazo. Identificación de variables predictoras de peor pronóstico a largo plazo. **Métodos:** Estudio observacional prospectivo antes-después sobre 214 pacientes con infarto agudo de miocardio entre 2014-2017 y realizaron un PRC estructurado.

Resultados: Se estudiaron a 214 pacientes (82% hombres y 18% mujeres), con diferentes niveles de riesgo cardiovascular. El 20,1% (43 pacientes) eran diabéticos y el 36,9% tenían enfermedad coronaria con más de dos vasos afectados (57 pacientes enfermedad de dos vasos, 22 pacientes enfermedad de 3 vasos). No se ha producido ninguna muerte durante el seguimiento medio (31 ± 9 meses). En cuanto al reinfarcto, 15 pacientes (7%) presentaron un evento coronario durante el seguimiento. El riesgo de reinfarcto se vio influido por el número de vasos afectados por arterioesclerosis en la coronariografía realizada durante el primer evento coronario. Por el contrario, la condición de ser diabético o el sexo no se relacionó con un mayor riesgo de reinfarcto.

Conclusiones: La enfermedad coronaria multivascular incrementa el riesgo de reinfarcto en el seguimiento en pacientes que han sufrido un infarto. La diabetes mellitus, al contrario de lo publicado en otros estudios, no supuso un factor predictor en nuestra serie.

420/176. IMPACTO DEL SACUBITRILLO/VALSARTÁN EN LA DOSIS DE DIURÉTICOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

F. Cortés Cortés¹, S. Ortiz Cruces², M. Fernández Valenzuela¹, A. Sigismondi², D. Arroyo Moñino¹, M. Rivadeneira Ruiz¹, M. Ruiz García¹, A. Castro Fernández¹, J. Morgado García de Polavieja² y A. Recio Mayoral¹

¹Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ²Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción: El incremento de los niveles de péptido natriurético inducido por la inhibición de la enzima neprilisina por sacubitrilo, podría resultar en un efecto natriurético aumentado. Evaluamos si el inicio de sacubitrilo/valsartán (S/V) se asocia con una reducción en los requerimientos de diuréticos en pacientes con insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida (ICFER).

Métodos: Estudio observacional prospectivo bicéntrico de pacientes ambulatorios con ICFER que iniciaron S/V entre enero de 2017 y enero de 2018. Se evaluó la utilización de diuréticos del asa previo al inicio del tratamiento y a los 6 meses de seguimiento. Las dosis equivalentes de furosemida se calcularon mediante factores de corrección: χ^2 para torasemida y $\times 40$ para bumetanida.

Resultados: Se analizaron 568 pacientes (edad media 68 ± 11 años, mujeres 130; 24,2%). Basalmente, un 72,7% de pacientes estaban tratados con diuréticos del asa (dosis media equivalente de furosemida 52,17 mg). A los 6 meses de iniciado el tratamiento con S/V, se observó una mejoría significativa en la clase funcional media de los pacientes, con una reducción de un 8% en el número total de pacientes en tratamiento diurético ($p < 0,001$). Entre los pacientes bajo tratamiento diurético, aquellos que alcanzaron dosis plenas tras la titulación de S/V redujeron en mayor medida la necesidad de los mismos (23,8%, $p < 0,001$) comparado con pacientes que alcanzaron dosis medias (14,9%) y dosis bajas (11,6%).

Conclusiones: El tratamiento con S/V se asoció con mayor reducción en las necesidades de diuréticos, más evidente con dosis plenas del fármaco.

Sesión III. Cardiopatía isquémica

420/9. APLICABILIDAD POTENCIAL DE LAS DOSIS BAJAS DE RIVAROXABÁN EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA ESTABLE DEL «MUNDO REAL»: UN SUBANÁLISIS DEL REGISTRO CICCOR

M. Ruiz Ortiz¹, J. Sánchez Fernández², C. Ogayar Luque¹, E. Romo Peñas¹, M. Delgado Ortega¹, A. Rodríguez Almodóvar¹, M. Anguita Sánchez¹, J. Castillo Domínguez¹, M. Pan Álvarez-Ossorio¹ y D. Mesa Rubio¹

¹Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ²Complejo Hospitalario de Jaén.

Introducción: Nuestro objetivo fue valorar la aplicabilidad de las dosis bajas de rivaroxabán en pacientes con cardiopatía isquémica estable (CIC) del “mundo real” y evaluar su pronóstico a largo plazo.

Métodos: Se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión del ensayo COMPASS a la población del registro CICCOR, un estudio prospectivo, que incluyó, del 1.2.2000 al 31.1.2004, todos los pacientes con CIC atendidos en dos consultas de un hospital terciario. Se analizó la tasa del objetivo primario del ensayo COMPASS (infarto de miocardio, ictus o muerte cardiovascular) y la mortalidad.

Resultados: De los 1.268 pacientes del registro, en 1.246 fue posible evaluar la aplicabilidad. De ellos, 575 (46%) tenían criterios de exclusión. Los principales fueron: necesidad de terapia antiagregante doble (70%), alto riesgo hemorrágico (33%), recibir otro antiagregante distinto a la aspirina (13%), fibrilación auricular (12%) y tratamiento anticoagulante (11%). Otros 229 pacientes (18%) eran < 65 años y carecían de factores de alto riesgo, por lo que no cumplieron criterios de inclusión. Los pacientes potencialmente elegibles fueron 442 (35%). Tras 17 años de seguimiento, estos pacientes presentaron mayores tasas del evento primario (5,1% frente a 2,9%/año), de mortalidad cardiovascular (4,0% frente a 1,1%/año) y total (6,3% frente a 2,1%) que los pacientes coronarios del COMPASS tratados con aspirina sola ($p < 0,0005$ para todas las comparaciones).

Conclusiones: Un 35% de los pacientes con CIC de este registro de “vida real” podrían ser elegibles para recibir dosis bajas de rivaroxabán. Esta población presentó mayor riesgo de eventos cardiovasculares y mortalidad que los pacientes coronarios del COMPASS que recibieron aspirina sola.

420/59. ÍNDICE DE SHOCK. DIFERENCIAS RELACIONADAS CON EL GÉNERO

M. Ruiz García, N. García González, T. Seoane García, B. Olivares Martínez, M. Hidalgo Velastegui, M. Cristo Roper, R. Hidalgo Urbano y J. García Rubira

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: El shock es la principal causa de muerte en el síndrome coronario agudo (SCA). El índice de shock (IS) se ha propuesto como buen predictor de shock en pacientes con SCA. Nuestro objetivo es evaluar las diferencias de género en la precisión del IS para predecir shock en estos pacientes.

Métodos: Estudio monocéntrico, retrospectivo de pacientes ingresados en la Unidad Coronaria entre julio de 2011 y marzo de 2018. Los pacientes con shock al ingreso fueron excluidos. Calculamos el IS (frecuencia cardiaca/presión arterial asistó-

lica). Analizamos las curvas ROC del IS para hombres y mujeres y comparamos el área bajo la curva de ambos.

Resultados: Se incluyeron 1.780 pacientes (74% hombres, 26% mujeres, mediana de edad 63 años). 61% con IAMCEST (62% de hombres, 58% de mujeres). Las mujeres eran mayores (71 frente a 61 años), menos fumadoras (23 frente a 49%), con menos enfermedad vascular periférica (5 frente a 9%), más diabetes (38 frente a 33%), hipertensión (74 frente a 57%), insuficiencia cardiaca previa (7 frente a 3%), arritmias (10 frente a 6%), enfermedad renal crónica (9 frente a 5%) y tratamiento antiagregante (40 frente a 31%). El shock se produjo en 5,3% de pacientes, 7,8% de mujeres y 4,4% de hombres ($p = 0,005$). El IS al ingreso fue 0,580 (0,482, 0,691), 0,600 (0,501, 0,718) en mujeres frente a 0,569 (0,476, 0,680) en hombres, $p < 0,001$. AUC del IS 0,597 (0,499, 0,695) en mujeres y 0,723 (0,658, 0,788) en hombres ($p = 0,036$).

Conclusiones: El IS fue mejor predictor de shock en hombres que en mujeres en el contexto de SCA de forma significativa.

420/70. PRONÓSTICO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CORONARIA SIN LESIONES OBSTRUCTIVAS: INFLUENCIA DE DIABETES Y GÉNERO

M. Jiménez Navarro¹, S. Ballesteros Pradas², R. Cardenal Piris³, J. Sánchez Fernández⁴, M. Millán Gómez¹, L. Gutiérrez Alonso⁵, R. Rivera López⁶, A. Guisado Rasco⁷, M. Cano García⁸ y A. Sánchez Pérez²

¹Unidad de Gestión Clínica del Corazón, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA), CIBERCV, Universidad de Málaga. ²Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla. ³Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva. ⁴Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ⁵Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. ⁶Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada. ⁷Hospital Virgen del Rocío, Sevilla. ⁸Hospital Regional Universitario de Málaga. ⁹Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción: Es frecuente encontrar pacientes remitidos para coronariografía por angina estable o síndrome coronario agudo sin lesiones obstructivas ($\leq 50\%$). Su pronóstico es controvertido y se desconoce la influencia de diabetes y género.

Métodos: Analizamos retrospectivamente 3.286 pacientes consecutivos derivados para cateterismo por tal indicación en 8 hospitales andaluces entre 2012-2016; Grupo 1: 1.434 (43,6%) pacientes sin lesiones ($\leq 20\%$); Grupo 2: 652 (19,9%) pacientes con coronarias irregulares (20-50%) y Grupo 3 (grupo control): 1.200 (36,5%) pacientes con lesiones obstructivas ($\geq 70\%$). Consideramos eventos cardiovasculares: muerte global y cardiovascular, infarto y hospitalización por insuficiencia cardíaca o ictus.

Resultados: En el grupo 1 apreciamos mayor proporción de mujeres y menor porcentaje de diabéticos y pacientes con indicación de cateterismo por SCA respecto a los otros grupos ($p < 0,001$). Tras seguimiento medio de $45,31 \pm 15,78$ meses el análisis de Kaplan-Meier mostró menor supervivencia libre de eventos a mayor grado de estenosis coronaria (grupo 1: 98,9% frente a grupo 2: 96,8% frente a grupo 3: 92,8%) al año; (95,8% frente a 92% frente a 84,7%) a 3 años; y (92% frente a 83,4% frente a 72%) a 5 años, $p < 0,001$. Los diabéticos respecto a los no diabéticos presentaban más eventos en los grupos 1 (9,9% frente a 5%, $p = 0,001$) y grupo 3 (27,9% frente a 18,1%, $p < 0,001$). El género femenino se asoció sólo a mayor incidencia de ACV en el grupo 1 (2,8% VS 0,8%, $p = 0,009$).

Conclusiones: En nuestra serie el grado de estenosis coronaria se relaciona con el pronóstico cardiovascular a largo pla-

zo. La diabetes implica un peor pronóstico en los subgrupos analizados

420/71. ESTUDIO VALIENTE: ANÁLISIS DE LA FISIOPATOLOGÍA CORONARIA EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA PREVIA, REVASCULARIZACIÓN COMPLETA Y PERSISTENCIA DE ANGINA

M. Roa Garrido, A. Gómez Menchero, S. Camacho Freire, R. Cardenal Piris, I. Sánchez Fernández, P. Gómez Fernández, E. Bobo Masso, F. Landero García, M. Gracia Hiraldo y J. Díaz Fernández

Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción: Recientemente existen hallazgos que sugieren que la isquemia miocárdica es un escenario más complejo, pudiendo existir isquemia sin obstrucción coronaria epicárdica y estenosis que no generan déficit de flujo coronario, gracias a métodos invasivos como la guía de presión-flujo coronario que han permitido un mejor conocimiento de la fisiopatología. Objetivo: analizar la microcirculación y flujos coronarios como causas de dolor torácico en pacientes con revascularización completa percutánea previa (RCP) y persistencia de angina.

Métodos: N = 34 con angina y/o test de inducción de isquemia positivo y coronariografía con estenosis coronaria $< 70\%$. Se analizan características clínicas y se realiza guía de presión y flujo invasiva (Certus PressureWire, Abbott®) según protocolo, previa firma de consentimiento informado. Se registran parámetros: CFR (reserva de flujo coronario-CFR, reserva fraccional de flujo -FFR, índice de resistencias microvasculares -IMR).

Resultados: Se encontró flujo reducido en 50%, de los cuales 64,70% con resistencias microvasculares elevadas ($IMR > 25$) y 11,76% con estenosis epicárdica severa ($FFR < 0,80$). Se encontró patrón de flujo reducido con resistencias normales en 11,7% y flujo normal con resistencias elevadas en 17,64%. 11,8% presentó $FFR > 0,80$ de un segmento a tratar y 14,7% presentaban estenosis significativa epicárdica de forma difusa.

Conclusiones: En pacientes con RCP se encuentran todos los patrones fisiopatológicos descritos. La presencia de estenosis microvascular coronaria se encuentra como posible causa de angina persistente en casi la mitad de los pacientes con RCP y angina.

420/94. EFECTIVIDAD POTENCIAL DE LA EMPAGLIFLOZINA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS Y CARDIOPATÍA ISQUÉMICA CRÓNICA DEL «MUNDO REAL»: UN SUBANÁLISIS DEL REGISTRO CICCOR

L. Mateos de la Haba¹, J. Sánchez Fernández², C. Ogayar Luque¹, E. Romo Peñas¹, D. Mesa Rubio¹, M. Delgado Ortega¹, A. Rodríguez Almodóvar¹, J. Castillo Domínguez¹, M. Pan Álvarez-Ossorio¹ y M. Ruiz Ortiz¹

¹Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ²Complejo Hospitalario de Jaén.

Introducción: En EMPAREG-OUTCOME, la empagliflozina demostró reducir los eventos cardiovasculares mayores (MACE: infarto de miocardio, ictus o muerte cardiovascular), ingresos por insuficiencia cardíaca, mortalidad cardiovascular y mortalidad total, en una población con tasas de dichos eventos en

el grupo placebo de 4,07, 1,38, 1,99 y 4,21/100 pacientes/año. Nuestro objetivo fue evaluar estos eventos en diabéticos con cardiopatía isquémica crónica (CIC) del “mundo real”.

Métodos: El registro CICCOR es un estudio de cohortes prospectivo y monocéntrico. Del 1.2.2000 al 31.1.2004, se incluyeron todos los pacientes con CIC atendidos en dos consultas de cardiología de un hospital terciario; y se seleccionó a los diabéticos tipo 2 para este análisis.

Resultados: Se incluyeron 394 pacientes (68 ± 9 años, 61% varones). Tras 17 años de seguimiento (mediana 9 años, RIC 4-14 años, 2 pacientes perdidos, 3.517 pacientes-años), las tasas de MACE, ingresos por insuficiencia cardíaca, muerte cardiovascular y mortalidad total fueron 6,50, 3,12, 4,69 y 6,77/100 pacientes/año. Asumiendo un beneficio similar al del estudio EMPAREG-OUTCOME, el tratamiento con empagliflozina podría haber evitado 29 MACE, 35 ingresos por insuficiencia cardíaca, 63 muertes cardiovasculares y 76 muertes por cualquier causa. Los números de pacientes necesarios a tratar para evitar un evento a los tres años de seguimiento serían 37, 31, 19 y 15 pacientes, respectivamente.

Conclusiones: Los pacientes diabéticos con CIC del “mundo real” presentan un peor pronóstico que el grupo placebo del EMPAREG-OUTCOME. El beneficio clínico de la empagliflozina, en términos absolutos, podría ser mayor en “vida real” que el observado en dicho estudio.

420/116. UTILIDAD DEL SCORE CHA2DS2 VASC COMO PREDICTOR DE INCIDENCIA DE ICTUS EN UNA POBLACIÓN CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA ESTABLE EN AUSENCIA DE FIBRILACIÓN AURICULAR DURANTE UN SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO

J. Sánchez Fernández¹, M. Ruiz Ortiz², C. Ogayar Luque², D. Mesa Rubio², E. Romo Peña², C. Ferreira Quero², M. Delgado Ortega² y M. Pan Álvarez-Ossorio²

¹Complejo Hospitalario de Jaén. ²Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: La enfermedad cerebrovascular y la enfermedad coronaria comparten factores de riesgo. Nuestro objetivo fue analizar la incidencia de accidentes cerebrovasculares (ACVA) según el score CHA2DS2 VASC en una muestra de pacientes con cardiopatía isquémica estable en ausencia de fibrilación auricular durante un seguimiento a largo plazo.

Métodos: El registro CICCOR (Cardiopatía Isquémica Crónica de Córdoba) es un registro monocéntrico de cohortes prospectivas. Entre febrero del 2000 y enero de 2004 todos los pacientes con cardiopatía isquémica estable que acudieron a dos consultas de cardiología general de nuestro centro fueron incluidos. Se analizó la relación entre la puntuación CHA2DS2 VASC a la inclusión y la incidencia de ACVA en pacientes en ritmo sinusal.

Resultados: 1.268 pacientes con cardiopatía isquémica estable fueron reclutados (edad media 68 ± 10 años, 73% varones). 69 pacientes que presentaban diagnóstico de fibrilación auricular fueron excluidos. El seguimiento medio fue de 11,2 años, con un máximo de 17 años. Durante este período 136 pacientes presentaron ACVA (11,5% de la muestra). El CHA2DS2 VASC basal medio fue de 2,81. La mayoría de los pacientes presentaban un CHA2DS2 VASC menor a 4 (81,4% del total). Presentar mayor puntuación de escala CHA2DS2 VASC se asoció a un mayor riesgo de sufrir un ACVA durante el seguimiento (Hazard ratio = 1,40 (1,19-1,65); $p < 0,001$).

Conclusiones: Puntuaciones elevadas en la escala CHA2DS2 VASC se asociaron de forma significativa con la incidencia de ACVA durante un seguimiento a largo plazo en esta

muestra de pacientes con cardiopatía isquémica estable en ritmo sinusal.

420/121. VARIABLES PRONÓSTICAS DE MORTALIDAD EN LA REVASCULARIZACIÓN PERCUTÁNEA DEL TRONCO CORONARIO IZQUIERDO. EXPERIENCIA EN NUESTRA POBLACIÓN

A. Moya Martín, S. Ballesteros Pradas, S. Rufián Andújar, F. Sánchez Burguillos, C. Olivo Rodríguez, N. Cobo Gómez, H. Llamas Gómez, J. Carreño Lineros, P. Pérez Santigosa y F. Molano Casimiro

Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

Introducción: La revascularización percutánea del tronco coronario izquierdo (TCI) se plantea como una alternativa terapéutica en cierto grupo seleccionado de pacientes y en aquellos rechazados para cirugía. El objetivo de nuestro estudio es estudiar las variables pronósticas desfavorables asociadas a mayor mortalidad global y cardiovascular a largo plazo.

Métodos: Estudio unicéntrico observacional retrospectivo en el que se incluyen todos los pacientes sometidos a angioplastia percutánea mediante implante de stent farmacológico (DES) sobre TCI no protegido entre septiembre de 2005 y febrero de 2014.

Resultados: Incluimos un total de 283 pacientes con una edad media de 69,3 años. Se analizan variables clínicas (edad > 70 años, HTA, DLP, DM, tabaquismo, FEVI < 50%, presentación como síndrome coronario agudo), angiográficas (calcificación, afectación de la bifurcación, enfermedad multivascular) y relacionadas con el procedimiento (revascularización completa, generación de DES, angioplastia de otro vaso). Llamativamente la edad mayor de 70 años no mostró diferencias significativas en el análisis multivariante. La presencia de DM y la revascularización incompleta se asoció significativamente a mayor mortalidad CV. Los factores asociados de forma significativa a un aumento de la mortalidad global fueron la DM, la enfermedad multivascular y el empleo de DES de 1ª generación.

Conclusiones: La presencia de diabetes es el factor común asociado a mayor riesgo tanto de mortalidad global como de mortalidad CV. La enfermedad multivascular, el empleo de DES de primera generación y la DM se correlacionan significativamente con mayor mortalidad global. La revascularización incompleta y la DM se presentan como factores asociados a mayor mortalidad CV.

420/141. INFLUENCIA DEL CONTROL GLUCÉMICO EN LA REESTENOSIS DE STENT DEL TRONCO CORONARIO EN PACIENTES DIABÉTICOS

A. Moya Martín, S. Ballesteros Pradas, C. Olivo Rodríguez, S. Rufián Andújar, H. Llamas Gómez, F. Sánchez Burguillos, J. Carreño Lineros, P. Pérez Santigosa y F. Molano Casimiro

Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

Introducción: La diabetes mellitus (DM) continúa posicionándose como una característica clínica desfavorable para el tratamiento percutáneo del tronco común izquierdo (TCI) en las guías de revascularización a pesar del gran avance de las técnicas intervencionistas percutáneas. El objetivo de nuestro estudio es analizar qué variables podrían estar asociadas a mayor incidencia de reestenosis de stent a largo plazo en pacientes diabéticos sometidos a revascularización percutánea del TCI.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo observacional en el que se incluyen a todos los pacientes diabéticos sometidos a revascularización percutánea de TCI desde 2006 a 2013.

Resultados: Se incluyen 170 pacientes, 67,1% hombres, 80,6% hipertensos, 42,4% fumadores, 75,3% DLP y sólo el 45,9% presentaban buen control glucémico (determinado como niveles de Hb glicosilada < 7%). Se lleva a cabo el análisis multivariante para las variables dependientes reestenosis de stent global y para el hallazgo de reestenosis de stent en la coronariografía de control en los primeros 12 meses. Tan sólo el mal control glucémico se asoció de forma significativa a mayor reestenosis de stent global (OR 11,02; p 0,002) y en la coronariografía de control (OR 6,7; p 0,020). El resto de variables (HTA, tabaquismo, número de stent empleados en la revascularización del TCI y el tipo de DES) no se asoció a diferencias significativas; tan sólo se observó tendencia no significativa a mayor reestenosis global en pacientes dislipémicos y en lesiones que afectaban a la bifurcación.

Conclusiones: El mal control glucémico es el principal factor de riesgo asociado a mayor incidencia de reestenosis de stent del TCI de forma global y a presentar reestenosis del mismo en la coronariografía de control.

Sesión IV. Cirugía cardíaca. Electrofisiología y arritmias. Técnicas de imagen cardíaca

420/43. SUPERVIVENCIA Y PREDICTORES DE MORTALIDAD A LARGO PLAZO DE TORMENTA ARRÍTMICA EN PACIENTES PORTADORES DE DAI

M. Caballero Valderrama¹, J. Domínguez Cano¹, J. Acosta Martínez¹, A. Campos Pareja¹, L. García Riesco¹, C. Anaya Quesada¹, S. Blasco Turrión², M. Frutos López¹, E. Arana Rueda¹ y A. Pedrote Martínez¹

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ²Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz.

Introducción: Existen pocos datos sobre el pronóstico a largo plazo de los pacientes con tormenta arrítmica (TA). Este estudio analiza la supervivencia a largo plazo y los predictores de mortalidad de pacientes con DAI ingresados por TA.

Métodos: Se incluyeron retrospectivamente todos los pacientes con un primer ingreso por TA desde 2008 hasta enero de 2018. Se definió TA como 3 o más terapias apropiadas de DAI en 24 horas, separadas por un período de ritmo sinusal. Se recogieron las características basales y los datos del seguimiento semestral en la consulta de DAI de todos los pacientes.

Resultados: 63 pacientes fueron incluidos (81,3% hombres, 60,7 ± 17,4 años, 42,9% isquémicos, FEVI 35,6 ± 13,9%). La supervivencia a los 30 días fue 96,8% y 85,7% al año. Tras un seguimiento medio de 44,8 ± 35,9 meses, 32 (50,8%) pacientes fallecieron (50% por causa cardiovascular) y 42 (66,6%) pacientes reingresaron (38% por insuficiencia cardíaca y 23,8% por recidiva de TA). En el análisis multivariado, la edad [HR 1,06 (1-1,1); p = 0,021] y la valvulopatía grave [HR 2,92 (1,19-7,22); p = 0,04] fueron predictores independientes de mortalidad a largo plazo. En el subgrupo de pacientes < 75 años, el diámetro telediastólico de ventrículo izquierdo (DTDVI) [HR 1,05 (1-1); p = 0,02] fue el único predictor independiente de mortalidad a largo plazo.

Conclusiones: Pese a la gravedad del cuadro, la supervivencia a 30 días de los pacientes con TA fue buena. La edad y la existencia de una valvulopatía severa fueron predictores independientes de mortalidad a largo plazo en la población global, mientras que el DTDVI lo fue en el subgrupo de < 75 años.

420/44. ENDOCARDITIS INFECCIOSA CON INDICACIÓN QUIRÚRGICA. PRONÓSTICO A LARGO PLAZO EN NO OPERADOS

F. Cortés Cortés, I. Méndez Santos, M. Almendro Delia, R. Calvo Jambrina, L. López Cortés, J. Barquero Aroca, O. Araji y J. Gálvez Acebal

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: La mortalidad de la endocarditis infecciosa (EI) sigue siendo elevada pese a las mejoras en el tratamiento. La cirugía consigue mejores resultados que el tratamiento exclusivamente médico en aquellos pacientes con EI complicadas y pese a ello, un porcentaje importante de pacientes con indicación quirúrgica no se intervienen. El objetivo del estudio fue analizar las características del subgrupo de pacientes con indicación quirúrgica no operados durante el seguimiento a un año.

Métodos: Se realizó un estudio observacional de cohortes entre 1996 y 2017 recogiendo datos de pacientes consecutivos con EI e indicación de tratamiento quirúrgico.

Resultados: Se incluyeron un total de 184 pacientes con indicación quirúrgica, 50 de los cuales (27,2%) no recibió tratamiento quirúrgico siendo el mal pronóstico quirúrgico y la complejidad técnica los motivos más frecuentes de rechazo. Encontramos diferencias significativas en cuanto a la media de edad (69,08 frente a 57,75), índice de comorbilidad de Charlson (2,72 frente a 1,23) y riesgo quirúrgico por EuroScore (14,91 frente a 9,09), con diferencias notables en cuanto a mortalidad (74% frente a 31,3%). Dentro del subgrupo de pacientes no operados supervivientes al año, no se encontraron diferencias en cuanto al motivo de la indicación quirúrgica o a las complicaciones de la EI. La etiología no estafilocócica fue la única variable asociada a un relativo mejor pronóstico.

Conclusiones: Más de la cuarta parte de nuestros pacientes con indicación quirúrgica no se intervienen y a pesar de ello el 26% sobreviven. Sería conveniente definir mejor los criterios de morbilidad y riesgo quirúrgico en este subgrupo de pacientes.

420/68. FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR EN PACIENTES NONAGENARIOS: ABORDAJE TERAPÉUTICO Y PRONÓSTICO

Á. López-Masjuán Ríos¹, A. Rodríguez Albarrán¹, S. Camacho Freire¹, S. Raposeiras Roubín², E. Abu Assi², A. Íñiguez Romo², D. Alonso Rodríguez³, N. Cubelos Fernández³, F. Fernández Vázquez³ y J. Díaz Fernández¹

¹Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva. ²Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo. ³Hospital Universitario de León.

Introducción: Los pacientes nonagenarios computan un nicho poco representado en la mayoría de registros y ensayos cardiológicos. El objetivo fue determinar el manejo terapéutico y pronóstico de pacientes nonagenarios con fibrilación auricular no valvular (FANV).

Métodos: Estudio multicéntrico, retrospectivo, que incluía pacientes con FANV ≥ 90 años entre enero 2013-2018. Se ana-

lizaron factores demográficos, clínicos, analíticos. Se realizó un seguimiento clínico para evaluar ECAM.

Resultados: En total, fueron incluidos 1.750 pacientes. La edad media fue 93 ± 3 años, 67% mujeres. Diagnóstico de FA de novo fue el 39,5% ($n = 691$). El manejo terapéutico fue 69,5% anticoagulación oral ($n = 1216$), 20,3% antiplaquetarios, 10,2% ninguno. Aquellos pacientes anticoagulados con anti-vitamina K (AVK) presentaban un TRT > 65% en solo el 35,2% del tiempo. Los anticoagulantes directos (ACD) se utilizaron en 58,9% ($n = 716$): siendo el más utilizado rivaroxaban (27,9%, $n = 339$) seguido de apixaban (19,5%, $n = 237$). Un 40% presentaban infradosificación. Si se comparan aquellos pacientes anticoagulados (grupo 1, $n = 1216$) frente a los no anticoagulados (grupo 2, $n = 534$) mediante propensity score se aprecia una disminución de muerte/eventos embólicos (HR 0,72 (0,58-0,90), $p = 0,003$) a costa de un mayor sangrado (HR 2,15 (1,19-3,88), $p = 0,011$). Los ACD fueron igual de eficaces y presentaban tendencia a menor hemorragia intracraneal.

Conclusiones: En nuestra serie, aquellos pacientes nonagenarios con FANV 1/3 no están anticoagulados/antiagregados, los tratados con AVK están fuera de rango terapéutico el 60% del tiempo, los tratados con ACD están infradosificados en un 40%. La anticoagulación reduce un 30% la muerte/evento embólico a costa del doble de sangrado.

420/91. VALORACIÓN DEL STRAIN LONGITUDINAL POR ECOCARDIOGRAFÍA BIDIMENSIONAL SPECKLE-TRACKING EN EL PLANO APICAL 4C EN COMPARACIÓN CON EL STRAIN LONGITUDINAL GLOBAL Y SU RELACIÓN CON DIFERENTES PARÁMETROS DE MORFOLOGÍA Y FUNCIÓN VENTRICULAR

I. Lobo Torres¹, P. González Pérez¹, S. Blasco Turrión¹, F. Camacho Jurado¹, A. Gómez López¹, M. Herruzo Rojas¹, J. Rodríguez Yáñez² y F. Morales Ponce¹

¹Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz. ²Medicina Intensiva, Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz.

Introducción: El strain longitudinal global (SLG) es un procedimiento cada vez más empleado en la ecocardiografía transitorica rutinaria para detectar una alteración precoz de la función ventricular. A pesar de su aceptable reproducibilidad, requiere de una ventana ultrasónica óptima (precisa un plano apical 4C, 2C y 3C) y una técnica cuidadosa. Nuestro objetivo es comparar la relación existente entre el SLG y el strain longitudinal en el plano apical 4C (S4C) así como su relación con otros parámetros morfológicos y funcionales del ventrículo izquierdo.

Métodos: Se diseña un estudio piloto, observacional, prospectivo y no intervencional en 81 pacientes en tratamiento con agentes antitumorales potencialmente cardiotoxicos que acuden al laboratorio de ecocardiografía para valoración de la función ventricular. A todos los pacientes se les realiza un ecocardiograma completo incluyendo un SLG por speckle-tracking, con un mismo equipo (GE Vivid E9) y un mismo observador experimentado.

Resultados: 26 pacientes (el 32,1%) mostraron un SLG por debajo del estándar prefijado como límite bajo de la normalidad (-19%) en comparación con 30 pacientes (el 37,0%) que presentaron un S4C reducido; objetivando una alta correlación (0,881) estadísticamente significativa ($P < 0,01$) entre ambas mediciones, con una variación del 0,06-0,54% con un IC del 95%. No hubo asociación estadísticamente significativa entre la reducción del SLG y el resto de parámetros valorados (función diastólica, valvulopatías o dilatación ventricular o auricular).

Conclusiones: En pacientes con ventana ultrasónica subóptima, con un plano apical 2C y 3C deficiente, el strain 4C aislado puede ser una alternativa práctica para la detección de disfunción ventricular subclínica.

420/118. DEFORMACIÓN LONGITUDINAL DE LA AURÍCULA IZQUIERDA COMO MARCADOR DE RECHAZO CELULAR AGUDO EN PACIENTES TRASPLANTADOS DE CORAZÓN: IMPACTO DE LA VARIABILIDAD ENTRE DISTINTOS PROGRAMAS DE ANÁLISIS

L. Carnero Montoro, M. Ruiz Ortiz, M. Delgado Ortega, S. Rodríguez Diego, A. Rodríguez Almodóvar, R. González Manzanares, A. López Granados, J. Arizón del Prado, M. Pan Álvarez-Ossorio y D. Mesa Rubio

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: Nuestro objetivo fue analizar el impacto de la variabilidad en la medición de la deformación auricular izquierda entre distintos programas informáticos en el diagnóstico del rechazo celular agudo en trasplantados cardíacos. **Métodos:** Del 15.09.2014 al 31.10.2016 se realizaron ecocardiograma seriados en 18 trasplantados cardíacos durante su primer año postrasplante, el mismo día de las biopsias endomiocárdicas (BEM) de seguimiento. Se analizaron la deformación longitudinal máxima (DLMAI) y la tasa de deformación longitudinal máxima de la aurícula izquierda (TDLMAI) en apical cuatro cámaras con dos programas comerciales, Siemens y TomTec, y se investigó la variabilidad entre ambos y la asociación de la deformación con la presencia de rechazo celular agudo de cualquier grado.

Resultados: Se realizaron 147 BEM y ecocardiogramas, 65 sin rechazo (grado OR) y 82 con algún grado de rechazo ($\geq 1R$). Los estudios con rechazo presentaron menor DLMAI que aquellos sin rechazo ($15,5 \pm 6,3\%$ frente a $19,4 \pm 7,4\%$ y $14,1 \pm 5,4\%$ frente a $19,1 \pm 6,2\%$, Siemens y TomTec, respectivamente, $p < 0,01$ en ambos) y menor TDLMAI ($1,3 \pm 0,5\%$ frente a $1,5 \pm 0,4\%$ y $0,8 \pm 0,3\%$ frente a $1,0 \pm 0,4\%$, Siemens y TomTec, respectivamente, $p < 0,01$ en ambos), independientemente del programa utilizado. La reproducibilidad entre los dos programas fue baja: coeficiente de correlación intraclase 0,40 (IC95% 0,26-0,57) para la DLMAI y 0,30 (IC95% -0,06-0,52) para la TDLMAI. **Conclusiones:** En este estudio prospectivo, la reproducibilidad de los valores de deformación auricular izquierda fue baja al comparar dos programas de análisis distintos, pero esta variabilidad no tuvo impacto clínico en la capacidad de discriminación de este parámetro en la presencia de rechazo.

420/154. RELACIÓN ENTRE LA OBESIDAD Y LOS PARÁMETROS DE FUNCIÓN DIASTÓLICA EN UNA POBLACIÓN PEDIÁTRICA ANDALUZA

J. Fernández Cabeza¹, C. Aristizábal Duque¹, I. Blancas Sánchez¹, M. Ruiz Ortiz¹, M. Delgado Ortega¹, A. Rodríguez Almodóvar¹, M. Romero Saldaña², F. Fonseca del Pozo³, M. Pan Álvarez-Ossorio¹ y D. Mesa Rubio¹

¹Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ²Departamento de Seguridad y Salud Laboral, Ayuntamiento de Córdoba. ³Servicio de Calidad, Hospital San Juan de Dios, Córdoba.

Introducción: Estudios previos en España muestran que la prevalencia de obesidad infantil es del 12,6%. La función diastólica valorada con ecocardiografía muestra un deterioro significativo en pacientes adultos obesos en comparación con no obesos. Son pocos los estudios que muestran la asociación

entre obesidad y función diastólica en población pediátrica. **Objetivos:** investigar la relación entre obesidad y función diastólica evaluada con ecocardiografía en una población infantil andaluza.

Métodos: Seleccionamos una muestra aleatoria de niños y adolescentes de educación primaria y secundaria, estratificando por edad, género y centros educativos en una localidad rural de 2864 habitantes del sur de España. Incluimos niños de entre 6 y 17 años. Realizamos un ecocardiograma transtorácico para evaluar la función diastólica.

Resultados: Estudiamos 212 niños ($10,9 \pm 3,0$ años y 51,9% varones): 49 (23,1%) eran obesos y 163 (76,9%) no eran obesos. Edad y sexo fueron similares en ambos grupos. La obesidad se relacionó con un tamaño de la aurícula izquierda mayor (obesos $27,9 \pm 7,4$ mL y no obesos $20,8 \pm 6,8$ mL, $p < 0,0005$), una velocidad de onda A mayor ($64,8 \pm 13,8$ cm/s, $58,7 \pm 13,1$ cm/s, $p = 0,005$), un cociente E/A menor ($1,75 \pm 0,41$, $1,89 \pm 0,45$, $p = 0,05$), una onda e' lateral menor ($19,6 \pm 4,0$ cm/s, $21,3 \pm 4,6$ cm/s, $p = 0,02$), un cociente E/e' promedio mayor ($7,0 \pm 1,2$, $6,4 \pm 1,1$, $p = 0,001$), y un gradiente de presión entre aurícula y ventrículo derecho mayor ($18,0 \pm 4,9$ mmHg, $15,5 \pm 4,5$ mmHg, $p = 0,02$).

Conclusiones: Los niños con obesidad muestran peores resultados de todos los parámetros de función diastólica comúnmente medidos en ecocardiografía comparado con niños no obesos de similar edad y sexo.

420/155. DURABILIDAD DE LA CIRUGÍA DE REPARACIÓN MITRAL EN LA REGURGITACIÓN MITRAL DEGENERATIVA

R. Campos Arjona¹, J. Melero Tejedor¹, M. Jiménez Navarro², G. Sánchez Espín¹, M. Such Martínez¹, C. Porras Martín¹, F. Cabrera Bueno¹, L. Morcillo Hidalgo¹, I. Rodríguez Bailón¹ y E. de Teresa Galván¹

¹Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. ²Unidad de Gestión Clínica del Corazón, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA), CIBERCV, Universidad de Málaga.

Introducción: La insuficiencia mitral (IM) es la segunda valvulopatía en frecuencia. La causa degenerativa de la IM representa el 60-70% de los casos en países desarrollados. El tratamiento mediante reparación quirúrgica temprana ha demostrado recuperar la esperanza de vida. El objetivo de este estudio es valorar la tasa de recidiva de IM durante el seguimiento de los pacientes intervenidos en nuestro centro.

Métodos: Análisis observacional retrospectivo de las características basales y tasa de recurrencia de IM en el seguimiento de 254 pacientes con IM degenerativa intervenidos mediante reparación mitral quirúrgica entre 1999 y 2018 en nuestro centro.

Resultados: La edad media fue $62,05 \pm 13,16$ años. El 62,6% fueron varones. Eran hipertensos el 43,3% y diabéticos el

12,2%. Su fracción de eyección media fue $61,72 \pm 11,23\%$. La clase funcional previa fue grado II-III (85,3%). La IM previa era grado III (25,7%) y grado IV (68,7%). Durante un seguimiento medio de $7,54 \pm 5,07$ años, se evidenció una tasa de supervivencia libre de IM significativa (grados III o IV) de 92,1% a 5 años y 91,3% a 10 años. La clase funcional a 10 años fue grado I (53,8%), grado II (38,5%), grado III (3,8%) y grado IV (3,8%).

Conclusiones: Los excelentes resultados obtenidos en la cirugía de reparación en la IM degenerativa, con evidencia de baja tasa de recurrencias significativas, la han convertido en la técnica de elección en pacientes operables.

420/178. SACUBITRILLO/VALSARTÁN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA

M. Fernández Valenzuela, F. Cortés Cortés, M. Ruiz García, M. Rivadeneira Ruiz, D. Arroyo Moñino, A. Alcaide Calleja, A. Recio Mayoral y M. Chaparro Muñoz

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: Sacubitrilo/valsartan (S/V) ha demostrado reducir de forma significativa la mortalidad cardiovascular y las hospitalizaciones por insuficiencia cardiaca (IC) en pacientes con fracción de eyección reducida (ICFeR). No obstante, esta combinación no ha sido evaluada en pacientes con cardiomiopatía inducida por quimioterápicos. Evaluamos el beneficio potencial de S/V en una consulta específica de Cardio-Oncología.

Métodos: Estudio observacional prospectivo (octubre-2017 a octubre-2018) de pacientes con cáncer diagnosticados de miocardiopatía secundaria a quimioterápicos en los que se inició tratamiento con S/V por deterioro de la fracción de eyección de ventrículo izquierdo (FEVI; $> 10\%$ de reducción respecto al basal o FEVI $< 53\%$).

Resultados: Se analizaron 19 pacientes (17 mujeres, edad media $57,7 \pm 6,53$ años). El cáncer de mama fue el tumor más frecuente (63,2%), siendo el resto de origen hematológico. En 8 pacientes se inició S/V en el momento del diagnóstico de la disfunción de VI mientras que en los 11 restantes se comenzó para mejorar el estatus clínico del paciente ya tratados con IECAS/ARA-II. Se alcanzaron dosis máximas de S/V en un 21% de pacientes (dosis bajas 42,1%; dosis media 36,9%). El tratamiento se suspendió en 2 pacientes (uno por hipotensión sintomática y uno por angioedema). En los pacientes que continuaron con el tratamiento, se objetivó una mejoría significativa de la clase funcional, FEVI, strain global longitudinal y volúmenes ventriculares ($p < 0,05$ para todas las variables).

Conclusiones: Nuestra experiencia sugiere que S/V es bien tolerado y mejora la clase funcional y parámetros de función VI en pacientes con disfunción VI asociada a quimioterápicos.