

Figura 2. Radiografía de tórax en proyección PA. Cardiomegalia a expensas de cavidades derechas. Las flechas indican el signo de la cimitarra.

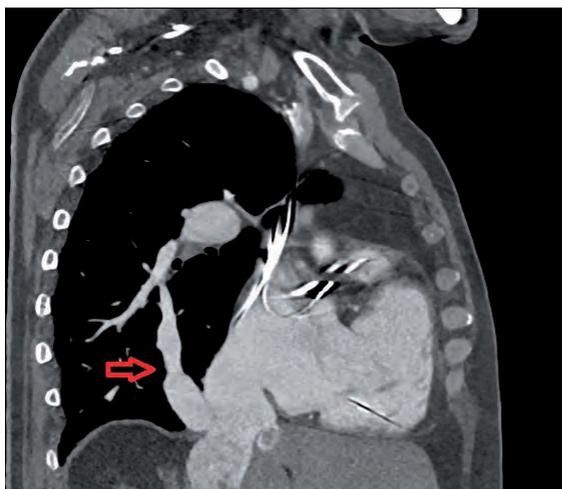


Figura 3. TC de tórax con reconstrucción sagital. La flecha roja señala el drenaje venoso pulmonar anómalo.



Figura 4. TC de tórax con reconstrucción tridimensional. La flecha roja señala el drenaje venoso pulmonar anómalo hacia la vena cava inferior.

Conclusiones: El síndrome de la cimitarra es una patología infrecuente asociada a otras malformaciones cardíacas congénitas en la infancia, siendo más raro aún su diagnóstico en la adultez. En una revisión reciente de Wang et al, solo el 34% de los casos diagnosticados se presentó de forma aislada en el paciente adulto, con una incidencia global de 1 a 3 casos por 100.000 nacimientos. Los defectos del tabique interauricular e interventricular son las anomalías cardíacas más frecuentemente asociadas, que en nuestro paciente no se objetivaron. El diagnóstico en la edad adulta se relaciona con un mejor pronóstico en ausencia de otras anomalías cardíacas, siendo el tratamiento conservador una alternativa a la cirugía, que presenta una complejidad alta con una mortalidad elevada. En nuestro caso, teniendo en cuenta la edad de la paciente y el buen grado funcional en ausencia de síntomas o signos de insuficiencia cardíaca, se optó por un manejo conservador, siendo la evolución hasta la fecha favorable.

P21. MINOCA (MIOCARDIAL INFARCTION WITH NON-OBSTRUCTIVE CORONARY ARTERIES) EN EL CÓDIGO INFARTO: CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN

A. Martínez León, A. Suárez Cuervo, P. Avanzas Fernández, P. Flórez Llano, A.Y. Flores Fuentes, A. Alperi García, R.R. Padrón Escalada y C. Morís de la Tassa

Hospital Universitario Central de Asturias.

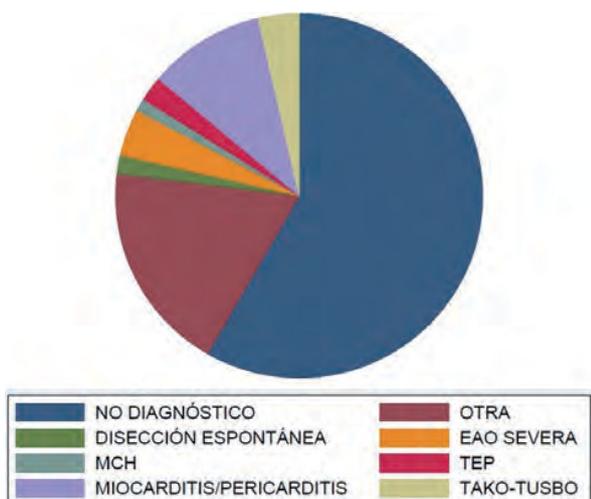
Introducción y objetivos: El MINOCA es una entidad heterogénea con una prevalencia entre el 1 y el 13% de todos los pacientes con diagnóstico clínico de infarto agudo de miocardio (IAM) que está adquiriendo gran relevancia en la actualidad. Para su diagnóstico, requiere la presencia de clínica sugestiva de IAM combinado con elevación de marcadores de daño miocárdico (preferiblemente troponina) y arterias coronarias sin lesiones obstructivas en coronariografía. El objetivo de este estudio es determinar las características de la población con diagnóstico de MINOCA tras realizar coronariografía emergente por activación de Código IAM para la realización de ACTP primaria.

Métodos: Registro observacional prospectivo de todos los pacientes remitidos a nuestro centro para la realización de ACTP primaria por diagnóstico de síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST) entre enero de 2014 y diciembre de 2017. De forma basal, se recogieron los datos demográficos, clínicos y analíticos de los pacientes. Posteriormente, se realizó seguimiento hospitalario para determinar diagnóstico de alta.

Resultados: Durante este periodo, se realizaron 1.425 coronariografías emergentes de las cuales 185 (12,98%) fueron diagnosticados de IAM con coronarias normales o sin lesiones angiográficas significativas. De estos pacientes, el 63% fueron varones con una edad media de 63,69 años (\pm 14,18). El factor de riesgo cardiovascular más prevalente fue la hipertensión arterial, presente en el 51,1% seguido del tabaquismo (42,31%). En el ecocardiograma transtorácico, la FEVI promedio fue del 55,04% y en el 4% se realizó la coronariografía en el contexto de PCR. 19 pacientes (10,27%) fueron diagnosticado de miocarditis al alta, 7 grave (3,78%) de síndrome de Tako-Tsubo, 4,32% (8) de estenosis aórtica GRAVE, 2,16% (4) de tromboembolismo pulmonar, 3 (1,62%) de disección coronaria y 2 (1,08%) de miocardiopatía hipertrófica. El 58,92% (109 pacientes) no recibió diagnóstico específico al alta al no encontrarse la etiología del cuadro.

Características poblacionales	N=185
Edad – media (SD)	63.69 (14.17)
Sexo masculino – nº (%)	118 (63.78%)
Diabetes Mellitus – nº (%)	41 (23.38%)
HTA – nº (%)	93 (51.10%)
Dislipemia – nº (%)	67 (36.81%)
Tabaquismo – nº (%)	77 (42.31%)
Insuficiencia renal – nº (%)	25 (13.74%)

Características poblacionales.



Distribución de los diagnósticos al alta.

Conclusiones: El MINOCA es un desafío diagnóstico y terapéutico para la cardiología actual, sobre todo en aquellos pacientes remitidos para ACTP primaria por sospecha de SCACEST, en los que un 58,92% no obtuvo diagnóstico etiológico específico al alta. El empleo de nuevas pruebas complementarias como técnicas de imagen intravascular o la mayor disponibilidad de otras como la RM cardiaca podría reducir este porcentaje, si bien en la bibliografía previa, este se sitúa en torno al 33% para todos los pacientes con diagnóstico de IAM.

P22. IMPACTO DEL CÓDIGO CORAZÓN EN LOS PACIENTES ANCIANOS CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST

M.N. Solís Marquín¹, J.J. Rondán Murillo², M. Pérez Otero³, Í. Lozano Martínez-Luengas² y J.M. Vegas Valle²

¹Hospital Álvarez Buylla. ²Hospital de Cabueñes. ³Hospital Universitario Central de Asturias.

Introducción y objetivos: Analizar la mortalidad a corto y largo plazo (5 años) y los diferentes eventos (reingresos, reinfarctos y revascularizaciones) de los pacientes = 75 años ingresados en el Hospital de Cabueñes por síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST) en 2 periodos de tiempo: antes y después de la implantación de la Unidad Coronaria, la Unidad de Hemodinámica, el programa Código Corazón y la creación de una guardia presencial de cardiología. **Métodos:** Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron los pacientes con una edad = 75 años diagnosticados

de SCACEST. En la fase Pre-Código (marzo-diciembre 2009) se reclutaron 22 pacientes, y en la Post-Código (marzo-diciembre 2012), 37. Se analizaron variables demográficas y de tratamiento, realizándose seguimiento a los 5 años.

Resultados: El intervencionismo coronario percutáneo (ICP) primario fue la técnica de elección en el 86,5% de los casos en la fase Post-Código, reservándose el tratamiento médico al 13,5% de los pacientes y no utilizándose la fibrinólisis en ningún caso. En la Pre-Código, en el 55% de los pacientes se mantuvo una actitud conservadora, se realizó ICP primario en un 4,5% y se realizó fibrinólisis en un 40%, precisando en el 25% de los casos una angioplastia de rescate. La mortalidad intrahospitalaria pasó del 18,2% al 8,1% ($p = 0,247$), a los 30 días del 27,3% al 8,1% ($p = 0,048$) y al final de seguimiento del 59,1% al 37,8% ($p = 0,176$). Además, los pacientes Post-Código fueron dados de alta con una mejor función ventricular. Los reingresos de origen cardiológico pasaron del 33,3% al 14,7% ($p = 0,118$), sin encontrarse diferencias en cuanto a los reinfarctos (0% frente a 2,9%, $p = 0,475$) o la necesidad de revascularización (5,6% frente a 5,9%, $p = 1,000$). Entre la fase Pre-Código y la Post-Código, se observó un claro descenso de la estancia hospitalaria, pasando de una mediana de 9 a 5 días ($p < 0,001$).

Conclusiones: Tras la implantación del "Código Corazón" la angioplastia primaria se ha establecido como estrategia principal de perfusión en los pacientes mayores de 75 años con SCACEST. El pronóstico de estos pacientes ha mejorado notablemente, reduciéndose la mortalidad intrahospitalaria un 55,5%, a 30 días un 70,3% y a 5 años un 36%. La tasa de reingresos de origen cardiológico se ha reducido un 55,9%. La estancia media hospitalaria disminuyó 4 días.

P23. TUMOR CARDIACO METASTÁSICO

A. Junco Vicente, M. Soroa Ortuño, N. Barja González, A. Adeba García, M. Vigil-Escalera Díaz, R. Álvarez Velasco, V. León Argüero, M. Martín Fernández y V. Barriaes Álvarez
Hospital Universitario Central de Asturias.

Introducción y objetivos: La cardiotoxicidad por quimioterápicos es frecuente siendo un tema de plena actualidad clínica. La más conocida es la provocada por antraciclina, fármacos usados en el tratamiento del cáncer de mama, entre otros tipos de tumores. A pesar de este conocimiento, muchos casos siguen sin ser derivados para valoración y manejo por el cardiólogo. Su detección precoz mediante protocolos de screening debería implantarse en nuestros centros ya que presenta gran beneficio para los pacientes. Una vez aparezcan los síntomas y signos cardiológicos los estudios de imagen son obligados, pudiendo aparecer en ocasiones hallazgos inesperados como en este caso.

Métodos: Se presenta un caso clínico de la práctica diaria donde se diagnostica una metástasis cardiaca durante el despistaje de cardiotoxicidad secundaria a quimioterápicos.

Resultados: Mujer de 66 años en tratamiento quimioterápico (trabectedina 1.600 µg + doxorubicina 90 mg) debido a un sarcoma endometrial en estadio IV. Consulta por disnea y palpitaciones, hallándose un flutter auricular común a 140 lpm y situación de insuficiencia cardiaca congestiva con pro-BNP 8.869 pg/mL. Se realiza un ecocardiograma transtorácico como despistaje de cardiotoxicidad, donde se observa una masa intracardiaca adherida a pared de ventrículo derecho (fig. 1) sugestiva de metástasis cardiaca. Dicho hallazgo es congruente con la imagen del PET/TC (lesión hipermetabólica a nivel miocárdico) (fig. 2) realizado en el estudio de extensión. La paciente en la actualidad continúa con su tratamien-

to quimioterápico y seguimiento clínico por el servicio de Oncología Médica.

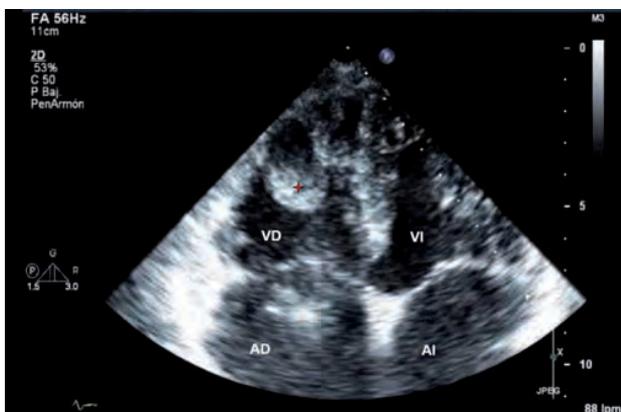


Figura 1

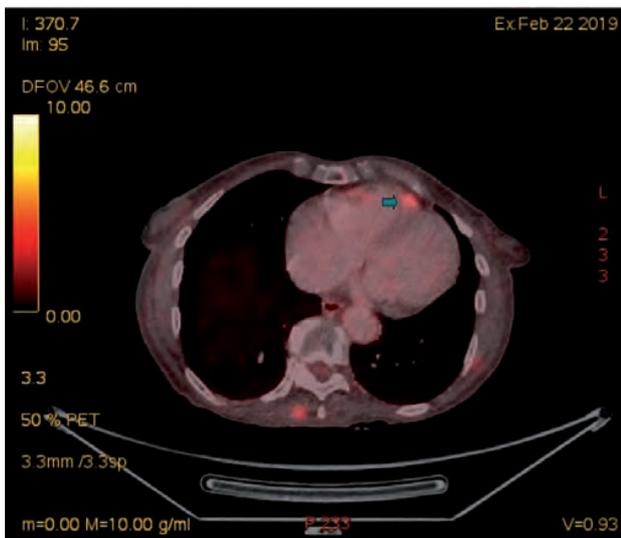
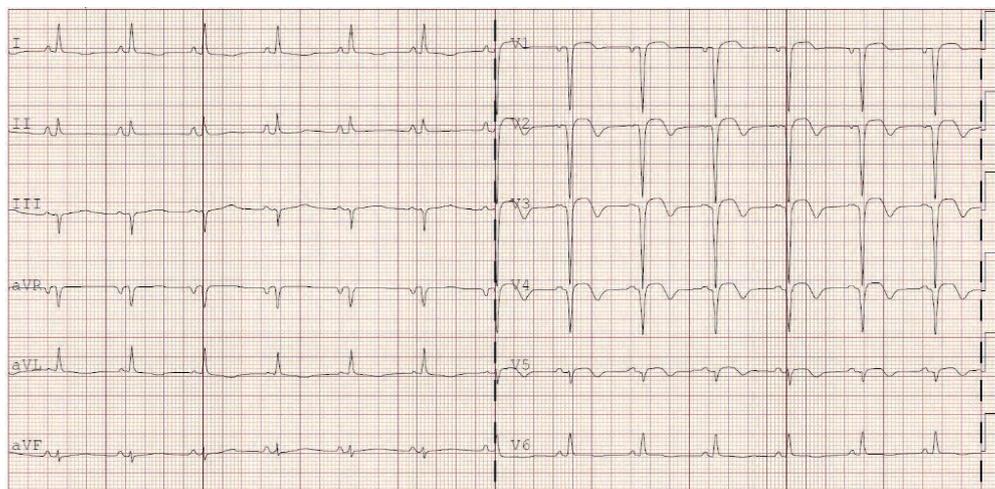


Figura 2



Póster P24 Figura 1

Conclusiones: Las metástasis cardiacas son más comunes que los tumores cardiacos primarios. El melanoma, es el tumor que más frecuentemente metastatiza a nivel cardiaco, pero también los sarcomas y otros carcinomas como el pulmonar. Suelen sospecharse cuando aparece derrame pericárdico, sin embargo también pueden dar otros síntomas, como las arritmias. La ecocardiografía sigue siendo el primer paso en su diagnóstico, seguido de resonancia cardiaca o PET/TC. Dado su carácter, el tratamiento de las metástasis cardiacas tiene, en general, malos resultados.

P24. UNA GRAVE COMPLICACIÓN CADA VEZ MENOS FRECUENTE CON UNA COMPLEJA SOLUCIÓN

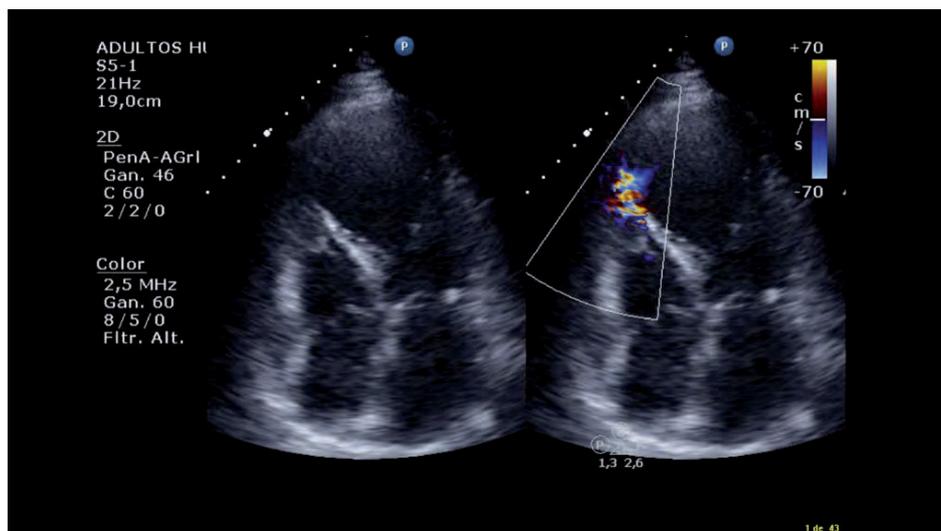
A. Adeba García, R. Álvarez Velasco, M. Vigil-Escalera Díaz, L. Díaz-Chirón Sánchez, M.G. Almendárez Lacayo, A.Y. Flores Fuentes, N. Barja González, A. Junco Vicente, M.I. Soto Ruiz, H. Cigarrán Sexto y J. Silva Guisasaola

Hospital Universitario Central de Asturias.

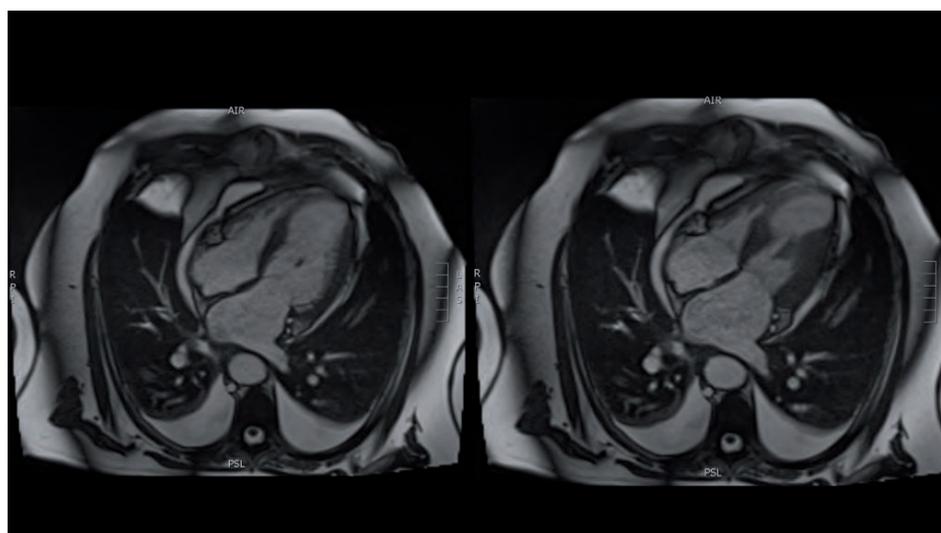
Introducción y objetivos: Las complicaciones mecánicas de un infarto agudo de miocardio (IAM) son cada vez menos frecuentes en la era de la angioplastia primaria. Presentamos el caso de un paciente que en el contexto de un IAM evolucionado desarrolla una comunicación intraventricular (CIV) con una reparación quirúrgica compleja.

Métodos: Varón de 59 años que consulta por disnea progresiva. A la anamnesis refiere haber presentado 7 días antes un dolor centrotorácico de 2 horas de duración por el que no consultó. A la exploración física destaca un soplo pansistólico rudo en mesocardio y semiología de insuficiencia cardiaca. En el ECG realizado presenta ondas Q con elevación del segmento ST y T negativas en derivaciones anteriores (fig. 1). En el ecocardiograma transtorácico (ETT) (fig. 2) se objetiva un ventrículo izquierdo dilatado con acinesia de los segmentos apicales y dilatación aneurismática que condiciona una FEVI gravemente afectada. Además, una CIV a nivel septal apical con gradiente de 60 mmHg sin otras valvulopatías. Se realiza coronariografía en la que presenta enfermedad de 3 vasos: oclusión en DAm, estenosis severa en OMM y oclusión de CD.

Resultados: El paciente evoluciona favorablemente con tratamiento diurético y vasodilatador, no obstante, se realiza resonancia magnética cardiaca (RMN) (fig. 3) en la que se objetiva



Póster P24 Figura 2



Póster P24 Figura 3

el aneurisma apical con CIV anteroseptal apical y acinesia del casquete apical y segmentos medios septales y anteriores con ausencia de viabilidad e hipocinesia de segmentos basales anteroseptales y anterior. Por ello se decide realizar, previo implante de balón de contrapulsación intraaórtico (BCIAo), revascularización coronaria quirúrgica con by-pass de arteria mamaria a DA y safena a OM y endoventriculoplastia con cirugía tipo Dor con cierre del aneurisma incluyendo CIV. El postoperatorio transcurre sin incidencias, aunque el paciente presenta una mejoría lenta. Previo al alta se realiza nuevo ETT y presenta una FEVI moderadamente afectada con parche de pericardio a nivel apical sin CIV. Tras 6 meses se mantiene en una clase funcional NYHA II y sin angina.

Conclusiones: La CIV es una complicación mecánica grave del IAM y con una alta mortalidad. Su tratamiento inicial se basa en fármacos vasodilatadores y BCIAo aunque el tratamiento definitivo requiere de la reparación de la misma. Presentamos el caso de un paciente con una CIV tras IAM anterior evolucionado con enfermedad de tres vasos en el que la localización de la CIV junto con la presencia de un aneurisma

apical lleva a realizar una endoventriculoplastia con cierre del aneurisma.

P25. TRATAMIENTO DE LA HIPERCOLESTEROLEMIA CON INHIBIDORES DE LA PCSK9 EN RECEPTORES DE TRASPLANTE CARDIACO. PRIMERA EXPERIENCIA EN ESPAÑA

P. Fernández de Aspe¹, S. Castillo García², R. Vázquez García¹, C.M. Rivadulla Varela¹, M.V. Groba Marco³, G. Barge Caballero¹, E. Barge Caballero¹, D. Couto Mallón¹, M.J. Paniagua Martín¹, P. Pardo Martínez¹, J.M. Vázquez Rodríguez¹ y M.G. Crespo Leiro¹

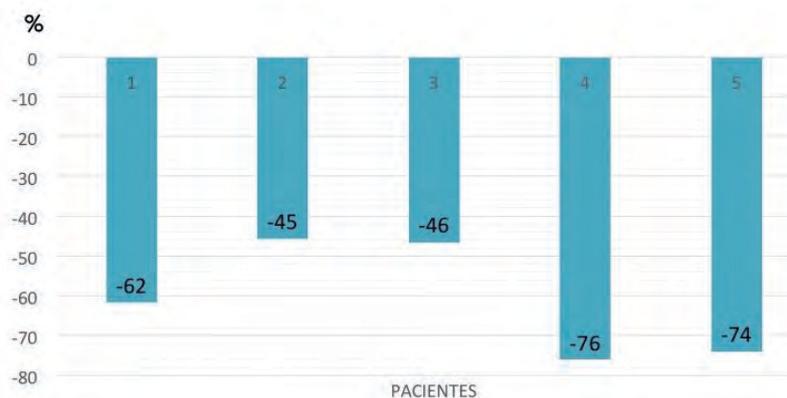
¹Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. ²Complejo Asistencial Universitario de León. ³Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín.

Introducción y objetivos: La hipercolesterolemia es una comorbilidad frecuente en receptores de trasplante cardíaco

Paciente	Edad (años)	Tiempo desde TC (años)	Régimen de IS	Estatina inicial	Estatina final	Duración tratamiento con iPCSK9 (meses)	LDLc basal (mg/dL)	LDLc final (mg/dL)
1	68	9.1	TAC+EVL+Corticoides	Rosuvastatina 40mg/día	Rosuvastatina 20mg/día	15	175	67
2	48	9	CsA+MMF+Corticoides	Rosuvastatina 40mg/día	Rosuvastatina 40mg/día	5.6	180	98
3	58	10.5	TAC+EVL+Corticoides	No	Pitavastatina 1mg/día	21.4	129	69
4	73	13.4	CsA+EVL+Corticoides	Pitavastatina 4mg/día	Pitavastatina 4mg/día	23.6	146	35
5	59	22.9	TAC+EVL+Corticoides	Rosuvastatina 40mg/día	Rosuvastatina 40mg/día	12.3	146	38

TC: Trasplante cardíaco. IS: Inmunosupresión. iPCSK9: Inhibidor de la proteína convertasa subtilisina/kexina tipo 9. LDL: Low density lipoprotein (lipoproteína de baja densidad). TAC: Tacrolimus. EVL: Everolimus. CsA: Ciclosporina. MMF: Micofenolato de mofetilo.

Póster P25 Tabla



Póster P25 Figura

(TC), asociándose a un incremento del riesgo cardiovascular. Las estatinas son el tratamiento de elección, pero en ocasiones resultan insuficientes o son mal toleradas. Los inhibidores de la PCSK9 podrían ser una alternativa en este contexto. El objetivo de esta comunicación es evaluar la seguridad y eficacia de los iPCSK9 en pacientes receptores de TC.

Métodos: Presentamos una serie de 5 pacientes receptores de TC en los que se inició un iPCSK9 por presentar un LDLc > 100 mg/dl a pesar de ezetimibe y la dosis máxima de estatina tolerada. Todos eran varones, con una edad media de $58,8 \pm 8$ años y un tiempo medio de evolución post-TC de $13 \pm 5,2$ años. Todos los pacientes estaban tratados con tres fármacos inmunosupresores y en tres de ellos (3, 4 y 5) se había demostrado previamente la presencia de enfermedad vascular del injerto (EVI). Los pacientes 1, 2 y 5 se encontraban con una combinación de rosuvastatina 40 mg/día y ezetimibe 10 mg/día, el paciente 3 exclusivamente con ezetimibe 10 mg/día dado el antecedente de toxicidad hepática y muscular con diferentes estatinas y el paciente 4 con una combinación de pitavastatina 4 mg/día y ezetimibe 10 mg/día tras haber presentado toxicidad muscular con otras estatinas

de mayor potencia (tabla). El iPCSK9 utilizado fue alirocumab 75 mg/14 días por vía subcutánea durante un tiempo medio de $15,6 \pm 6,5$ meses.

Resultados: Todos los pacientes alcanzaron el objetivo de LDLc < 100 mg/dL con un rango de reducción porcentual entre el 45 y el 76% (fig.). La utilización del fármaco no se asoció a efectos secundarios específicos como reacción local en la zona de inyección o prurito, ni se detectaron alteraciones del perfil hepático ni de la CPK. Ningún paciente presentó fluctuaciones inexplicadas en los niveles de inmunosupresores ni episodios de rechazo o infección. Sólo hubo una discontinuación del tratamiento por voluntad propia (paciente 2). El paciente 3 presentó dos IAM no Q y un ictus isquémico, a los 2, 7 y 12 meses del inicio del iPCSK9 respectivamente. Cabe destacar que el paciente presentaba EVI previamente revascularizada y hasta el tercer evento los valores de LDLc se mantuvieron > 100 mg/dl.

Conclusiones: Presentamos la primera serie de pacientes receptores de TC bajo tratamiento con iPCSK9 en nuestro país y la de mayor seguimiento comunicada hasta la fecha, que sugiere su eficacia y seguridad en este grupo de pacientes.

P26. UN ORIGEN ANÓMALO DE UNA ARTERIA CORONARIA TROMBOSADA

L. Gutiérrez de la Varga, M. Almendárez Lacayo, L. Díaz-Chirón Sánchez, A. Martínez León, P. Flórez Llano, A. Adeba García, R. Álvarez Velasco, E. Capín Sampedro, J. Rozado Castaño y L. García Pérez

Hospital Universitario Central de Asturias.

Métodos: Presentamos el caso de un paciente varón de 80 años de edad, que ingresa en Cardiología por un síndrome coronario agudo sin elevación del ST tipo IAM no Q. Como antecedentes de interés destaca: FRCV: exfumador, sin metabolopatías. No historia cardiológica conocida. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica tipo enfisema a tratamiento con broncodilatadores. Acude a Urgencias por dolor centrotorácico opresivo con irradiación a miembro superior izquierdo y cortejo vegetativo asociado de fuerte intensidad y de inicio nocturno. A su llegada se realiza ECG donde se visualizan ondas T negativas en derivaciones inferolaterales con normalización sucesiva en ECG siguientes tras la desaparición del dolor. En analíticas se objetiva elevación de marcadores de daño miocárdico en rango de necrosis miocárdica con TnT ultrasensible de hasta 697. Se decide ingreso en Cardiología con diagnóstico de SCASEST tipo IAM no Q. Se realiza ecocordio transtorácico en el ingreso donde se visualiza un ventrículo izquierdo levemente hipertrófico con función sistólica conservada e hipoquinesia GRAVE de pared inferior y segmento basal de pared posterior con diástole prolongada. Se realiza coronariografía al día siguiente donde se visualiza un origen anómalo de la arteria circunfleja desde el seno coronario derecha; presentando además la arteria circunfleja una oclusión trombótica en el tercio proximal. Posteriormente y tras predilatar con balón no compliant se procede al implante de un stent liberador de everolimus con buen resultado angiográfico final. Debido a lo prolongado del procedimiento, el paciente presenta una nefropatía por contraste poscoronariografía con fracaso renal agudo que mejoró tras administración de fluidoterapia. Se realizó ETT posangioplastia observando función ventricular conservada. Durante su estancia en planta, se visualiza una fibrilación auricular en telemetría, por lo que al tratarse de un CHADSVASc de riesgo elevado (4) se procede a anticoagulación siendo alta domiciliaria con triple terapia: doble antiagregación con aspirina y clopidogrel y un nuevo anticoagulante.

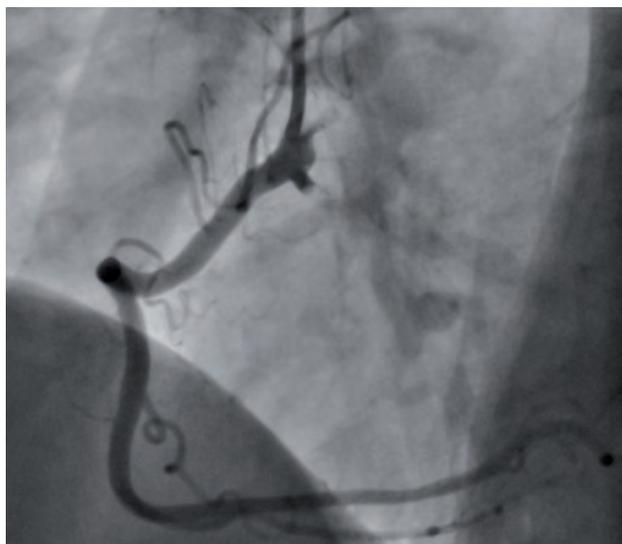


Figura 1

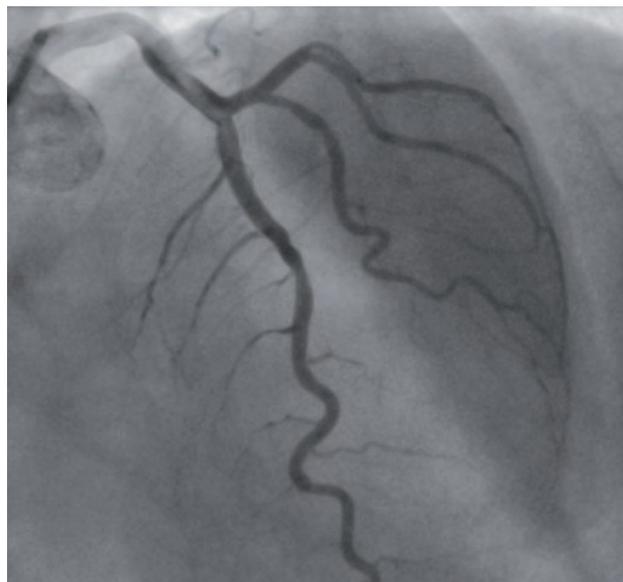


Figura 2

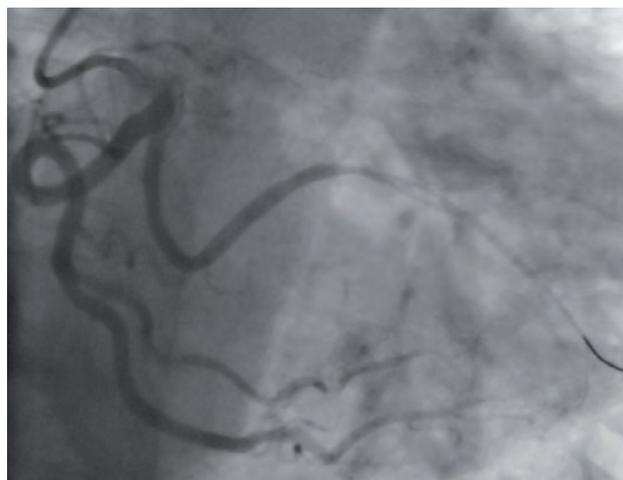


Figura 3

Conclusiones: Las anomalías coronarias es una causa relativamente frecuente de muerte súbita especialmente en aquellos casos con trayecto interarterial de la anomalía. Las principales herramientas diagnósticas de imagen son el TAC y la RMN cardiaco. La mayoría de los pacientes suelen encontrarse asintomáticos siendo un hallazgo casual en autopsias o coronariografías, como en este caso.

P27. SORPRESAS INTRAOPERATORIAS

B. Meana, C. Vigil-Escalera, P. Mencía, A. Escalera, R. Álvarez y J. Silva

Hospital Universitario Central de Asturias.

Introducción y objetivos: A pesar de los recursos actuales y de la correcta valoración de los pacientes previamente a enviarlos a quirófano, en ocasiones, en cirugía cardíaca, nos encontramos sorpresas intraoperatorias que obligan a un cambio de decisión o actitud en el momento, con las implicaciones que esto supone.

Métodos: Presentamos el caso de un paciente varón 61 años. Hipertenso, diabético, dislipémico y fumador que ingresa por

SCASEST con diagnóstico final de enfermedad de tronco coronario izquierdo y 3 vasos. En la ecografía que se le realiza, se informa la presencia de hipocinesia global severa con una fracción de eyección del 35% y sin alteraciones valvulares. El paciente es aceptado para cirugía en el ingreso. Una vez iniciada la cirugía y hecha la esternotomía, el anestesista completa el estudio del paciente con una ecografía transesofágica en la que se observa una masa circular en la válvula aórtica, que dada la ausencia de clínica infecciosa y las características de la imagen, impresiona de fibroelastoma. Este hallazgo obliga a cirugía con circulación extracorpórea y clampaje de aorta para revisar la válvula. Efectivamente, el hallazgo es una masa de 0,5-0,7 mm sobre el velo no coronariano, con una base de implantación estrecha que permite su extirpación sin afectar al velo. Además se realiza un cuádruple by-pass consiguiendo revascularización completa. Se comprueba a la salida de bomba el correcto funcionamiento de la válvula aórtica. El paciente evoluciona de forma favorable con extubación precoz y sin movilización enzimática significativa.

Conclusiones: A pesar del correcto estudio de los pacientes, la posibilidad de errores diagnósticos lleva en ocasiones a sorpresas intraoperatorias. Casos como el que presentamos, avalan aún más la necesidad de disponer de ecografía transesofágica en quirófano, independientemente del tipo de cirugía al que va a ser sometido el paciente y a la correcta formación del personal responsable del mismo. Aunque es cierto que no es el momento adecuado para evaluar de forma fidedigna determinadas patologías como puede ser el grado de una insuficiencia mitral, ya que la hemodinámica del pa-

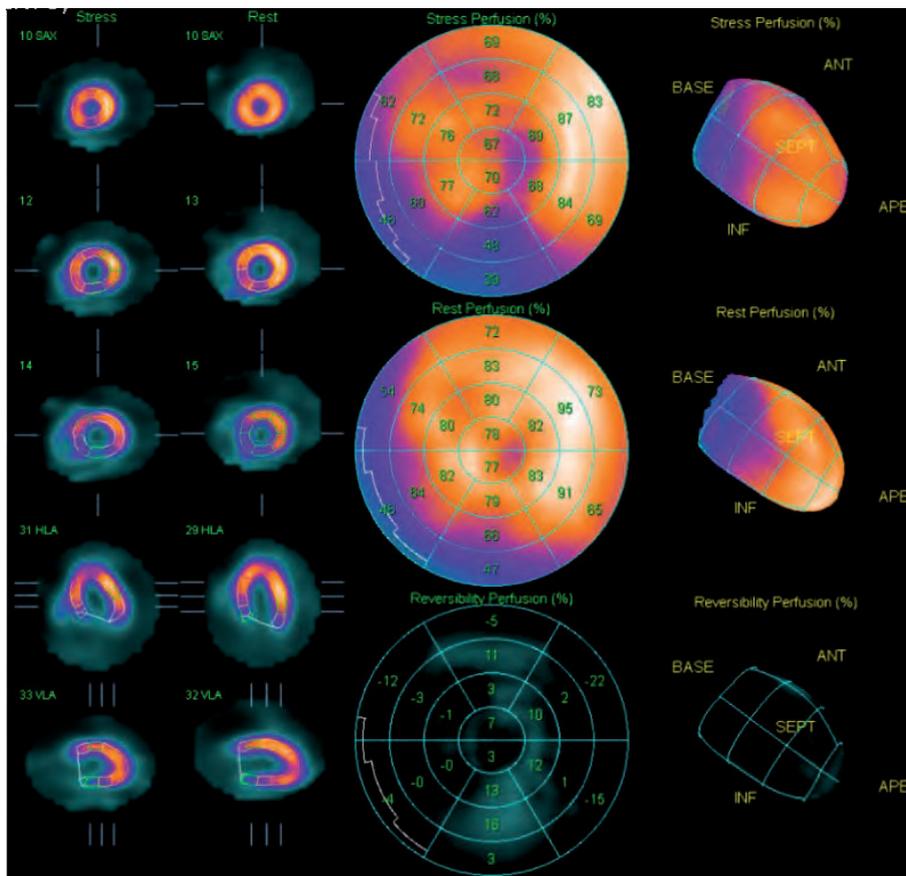
ciente sedado e intubado no es la basal, si que puede ser de gran utilidad para afianzar el diagnóstico previo o para evitar sorpresas como en nuestro paciente, que habrían obligado a una reintervención segura.

P28. PERFIL DE SEGURIDAD DEL REGADENOSÓN EN PRUEBAS DE DETECCIÓN DE ISQUEMIA MIOCÁRDICA FARMACOLÓGICA CON RADIOISÓTOPOS

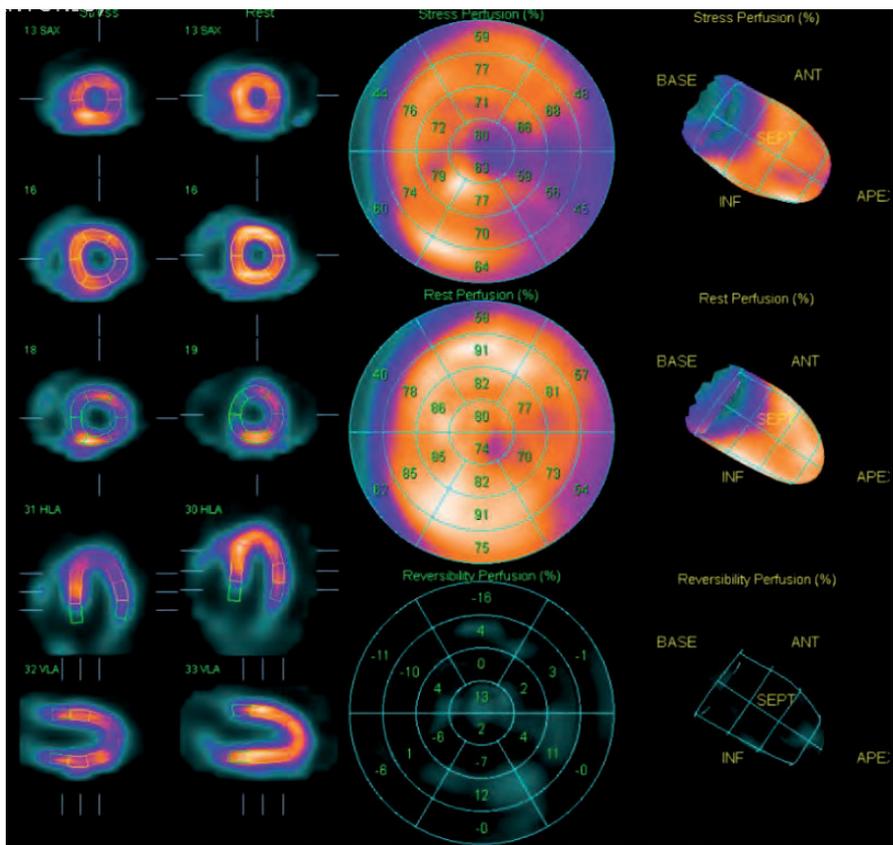
A. Junco Vicente, A. Adeba García, M. Martín Fernández, J.S. Hevia Nava y V. Barriales Álvarez

Hospital Universitario Central de Asturias.

Introducción y objetivos: La gammagrafía de perfusión miocárdica por SPECT se utiliza en el diagnóstico y evaluación de la cardiopatía isquémica con una mayor sensibilidad y especificidad que la prueba de esfuerzo convencional. La prueba con regadenosón, derivado de adenosina y agonista del receptor A2A (coronario selectivo), es una prueba de estrés por vasodilatación y está especialmente indicada en pacientes incapaces de alcanzar una taquicardización del 80-85% de la FCMT o con limitaciones ortopédicas o cardiopulmonares para realizar un esfuerzo valorable. El mecanismo consiste en que la vasodilatación genera un incremento del flujo en las regiones coronarias sanas en contra del escaso o nulo aumento de las regiones con estenosis fijas. El objetivo de este estudio descriptivo es analizar la seguridad de este fármaco de nuevo uso, en una



Póster P28 Figura 1. SPECT de perfusión miocárdica con dos dosis de 20 mCi de 99mTc-MYOWIEW. Isquemia Inferior extensa (17%) con reversibilidad total que corresponde al territorio de la arteria coronaria derecha.



Póster P28 Figura 2. SPECT de perfusión miocárdica con dos dosis de 20 mCi de ^{99m}Tc- MYOWIEW. Isquemia extensa reversible en cara lateral e inferolateral.

población sometida a test de detección de isquemia miocárdica con SPECT y regadenosón en un hospital de tercer nivel.



Figura 3.

Métodos: Estudio retrospectivo que incluye 100 pacientes consecutivos sometidos a SPECT con regadenosón durante 2018. Analizamos motivo de petición, características de la población así como datos de seguridad del fármaco.

Resultados: 100 pacientes incluidos con edad media 70 (± 9 DE) años y 56% varones. De ellos, 13% fumadores, 72% HTA,

43% diabetes mellitus, 61% dislipemia, 20% ERC, 16% enfermedad arterial periférica. Se indicó el SPECT con regadenosón en el 67% de los casos por limitación de la deambulación, y en el resto de los casos por edad avanzada e incapacidad para alcanzar el 85% de la FCMT. El motivo de estudio fue en el 71% estudio de dolor torácico, 21% estudio pronóstico, 6% localización de isquemia y 2% imposibilidad de realizar ecografía de estrés debido a mala ventana acústica. El 35% fueron positivos para isquemia miocárdica. Únicamente hubo un 8% de complicaciones menores (mareo y episodio autolimitado de hipotensión sintomática) y ninguna mayor.

Conclusiones: El SPECT con regadenosón se solicita a un perfil de pacientes mayores con problemas para la deambulación o incapacidad para realizar un test de esfuerzo submáximo. En nuestra muestra, queda reflejada la seguridad del fármaco usado y su gran utilidad diagnóstica en este tipo de pacientes.

P29. LA RESONANCIA CARDIACA COMO TÉCNICA DIAGNÓSTICA FUNDAMENTAL EN EL PROCESO DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

L. Díaz-Chirón, M. Almendárez, L. Gutiérrez, R. Álvarez, A. Adeba, M. Vigil-Escalera, A. Martínez, P. Flórez, A.Y. Flores, L. García y C. Morís

Hospital Universitario Central de Asturias.

Introducción y objetivos: El infarto agudo de miocardio (IAM) en ausencia de enfermedad coronaria obstructiva, término conocido como MINOCA, se encuentra del 5-6% de los IAM que se derivan para angiografía coronaria. Hay una variedad

de causas. Es importante que los pacientes reciban un diagnóstico adecuado y se realice una evaluación para descubrir la causa correcta para que, cuando sea posible, se puedan prescribir terapias específicas para tratar la causa subyacente. Dentro de los estudios complementarios, la resonancia magnética cardíaca (RM) se recomienda como un estudio clave en MINOCA porque puede excluir miocarditis, síndrome de Takotsubo y cardiomiopatías, así como la confirmación del IAM.

Métodos: Presentamos el caso de un varón con MINOCA, que refleja la importancia de la RM en el estudio diagnóstico. Varón de 78 años, hipertenso y neuralgia del trigémino como únicos antecedentes que consulta en nuestro centro por dolor centrotorácico opresivo con irradiación a brazo izquierdo y mandíbula, con cortejo vegetativo asociado e inicio en reposo. El ECG presenta bloqueo de rama izquierda, con persistencia de la clínica anginoso por lo que se decide activar código corazón. En la exploración física destacan crepitantes bibasales únicamente. Se realiza coronariografía emergente, que muestra coronarias sin lesiones angiográficamente significativas. Ingresa en la unidad coronaria donde se realiza un ecocardiograma que muestra ventrículo izquierdo (VI) de grosor normal, levemente dilatado con movimiento anómalo del septo, con FEVI del 36%, sin evidencia de acinesias. Válvula mitral, calcificada, con insuficiencia moderada. En la analítica presenta movilización de marcadores de daño miocárdico con troponina T pico de 750 ng/ml y creatinina pico de 335 U/L. Ante situación clínica, se decide solicitar RM, que muestra VI dilatado, FEVI del 35%, hipoquinesia del segmento inferior medio y segmentos apicales con acinesia del segmento inferior apical. Realce tardío transmural de origen isquémico en segmento inferior apical y pequeño foco en segmento inferior medio. Ante estos hallazgos se diagnostica de IAM, en situación hemodinámica KK II, con disfunción ventricular. Se instauro tratamiento habitual de cardiopatía isquémica y actualmente está pendiente de ecocardiograma de control para reevaluar función ventricular por si precisa de desfibrilador implantable.

Conclusiones: MINOCA es un diagnóstico clínico con muchas causas fisiopatológicas diferentes. La evaluación óptima debe dirigirse a determinar la causa específica, para que se puedan utilizar terapias dirigidas, y es aquí donde la RM juega un papel fundamental, ya que nos permite diferenciar multitud de causas, cómo podemos observar en el caso presentado.

P30. INTERCONSULTAS DE NEUROLOGÍA A CARDIOLOGÍA: ESTUDIO DESCRIPTIVO

A. Gil Sánchez, C. Corros Vicente, A. Fidalgo, J. Rozado Castaño, J. Martínez González, N. Barja, R. Álvarez Velasco, A. Adeba García, M. Soroa Ortuño, J.M. de la Hera Galarza y V. León Argüero

Hospital Universitario Central de Asturias.

Introducción y objetivos: Las interconsultas (IC) propuestas por otros servicios son una parte de la asistencia hospitalaria poco estudiada y valorada; sin embargo, es una actividad asistencial que se realiza diariamente y que consume tiempo y recursos. Hemos realizado un estudio descriptivo de las interconsultas realizadas desde Neurología, que es una especialidad que comparte factores de riesgo, patogenia y etiologías que hacen frecuentes los casos en común. **Objetivo:** Evaluar las interconsultas desde Neurología a Cardiología.

Métodos: Se ha realizado un estudio retrospectivo de las IC recibidas desde el Servicio de Neurología del Hospital Universitario Central de Asturias entre 2016 y febrero de 2019, valorando el origen, urgencia y motivo de la petición.

Resultados: Entre enero de 2016 y febrero de 2019 se solicitaron 595 IC (178 en 2016, 192 en 2017, 198 en 2018). De ellas 100 (16,8%) desde Neurología general, 430 (72,2%) desde Neurología Vasculosa y 65 (8,9%) de pacientes asignados a otros servicios. El 28% fueron Urgentes, 19% preferentes y el 53% ordinarias. Los motivos de petición fueron variados, destacando la presencia de bradicardia/bloqueo (20%), seguimiento de pacientes con cardiopatía ingresados en Neurología (17%), fibrilación auricular de nuevo diagnóstico o mal control (14%), taquicardias o alteración del ritmo detectadas en la monitorización de la Unidad de Ictus (12%), endocarditis infecciosa sospechada o confirmada (12%), insuficiencia cardíaca (7%) y la valoración de dolor torácico o elevación de marcadores de daños miocárdico (9%) Entre los pacientes valorados por bradicardia o bloqueo (120), tres precisaron implante de marcapasos durante el ingreso, y otros tres durante el seguimiento.

Conclusiones: Este trabajo pretende poner de manifiesto el volumen y características de las interconsultas desde Neurología, y los motivos más prevalentes de las mismas. Protocolos específicos y la formación transversal entre neurólogos y cardiólogos puede reducir las consultas, facilitando y reduciendo la carga de trabajo que suponen.

P31. QUE LOS ÁRBOLES NO NOS IMPIDAN VER EL BOSQUE. A PROPÓSITO DE UN CASO DE ASOCIACIÓN FAMILIAR DE DEFECTOS SEPTALES CARDIACOS Y MIOCARDIOPATÍA NO COMPACTADA

M. Vigil-Escalera Díaz¹, B. Bouzas Zubeldía², T. Rodríguez Miguélez², A. Adeba García¹, R. Álvarez Velasco¹, I. Martínez Bendayán², S. Marcos Alonso², R. Barriales Villa² y F. Rueda Núñez²

¹Hospital Universitario Central de Asturias. ²Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

Métodos: Se presenta el caso de una paciente de 33 años que acude a consultas de Cardiopatías congénitas del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC). Se trata de una paciente diagnosticada e intervenida a los cuatro meses de vida de una comunicación interauricular tipo ostium secundum (CIA-OS) y una comunicación interventricular (CIV), con posterior diagnóstico de miocardiopatía no compactada. Antecedente familiar, paterno, de miocardiopatía no compactada y CIA. Durante su vida realizó seguimiento en varios centros hospitalarios pues en la primera intervención quirúrgica de cierre de CIA persistió un defecto residual por dehiscencia del parche de pericardio. El seguimiento en uno de los Centros en Madrid se orientó únicamente hacia la valoración y cierre de ese defecto, destacando una evolución con complicaciones derivadas de un procedimiento intervencionista con un estudio previo insuficiente. Sin embargo, destaca la valoración multidisciplinar realizada en el CHUAC, por parte del grupo de Cardiopatías Congénitas, Cardiología Infantil y Cardiopatías Familiares. Juntos afinaron en el diagnóstico de miocardiopatía no compactada con asociación de defectos septales (mutación E101K en la actina cardíaca); profundizando tanto en el estudio familiar (fundamental en estos casos) como en las pruebas complementarias, y acordaron la mejor solución del defecto septal. Con este caso se pretende remarcar la importancia de considerar la heredabilidad de los defectos septales y la posible asociación con miocardiopatías como el caso actual. Veremos los datos en la historia clínica y las pruebas complementarias que hacían pensar que este caso no era "solo" una CIA. Se señalará que es fundamental el estudio de las familias para poner en evidencia este tipo de patologías. La evolución de esta paciente, con seguimiento en

varios Centros, permite revisar las indicaciones de cierre de CIA. Por todo ello se considera de interés, permitiendo además subrayar la importancia del trabajo multidisciplinar coordinado en pacientes con cardiopatías congénitas.

P32. TRADICAR, PROGRAMA DE FORMACIÓN CONTINUADA EN DIABETES PARA EL CARDIÓLOGO DE HOY

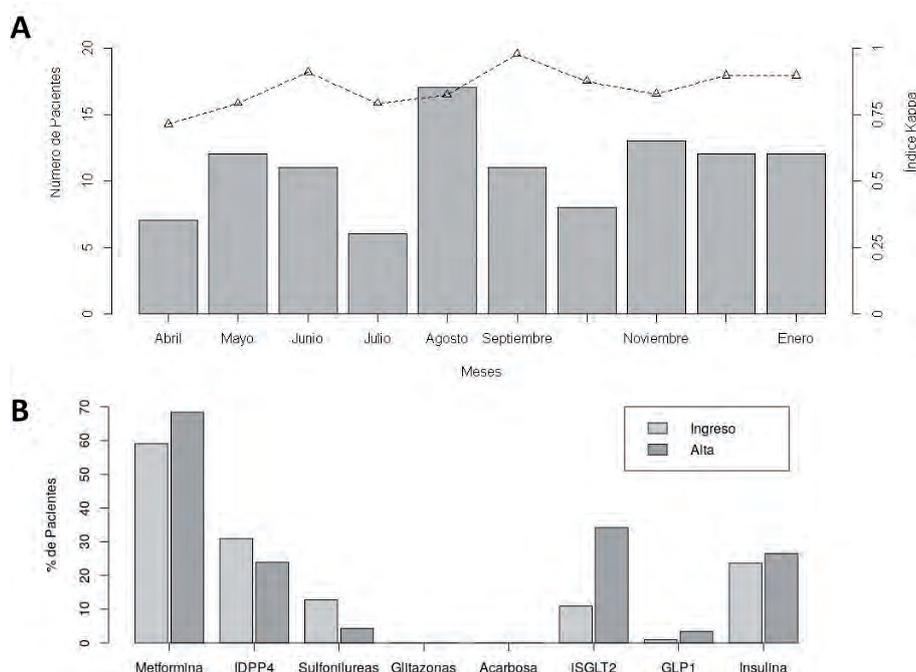
A. Junco, M. Soroa, N. Barja, D. García, J. Rozado, L. García, E. Capín, M.L. Rodríguez, E. Delgado y J.M. de la Hera

Hospital Universitario Central de Asturias.

Introducción y objetivos: La diabetes mellitus (DM) es uno de los principales FRCV y en los últimos años los fármacos anti-diabéticos han demostrado mejorar el pronóstico cardiovascular. Por ello, creemos que son necesarios programas de

formación específicos en DM para cardiólogos. Hemos desarrollado una plataforma web que permite al cardiólogo guiar el tratamiento anti-diabético de sus pacientes y proporcionar-le herramientas didácticas para a largo plazo tomar decisiones de manera autónoma. Objetivo: Evaluar las características basales de nuestra población de pacientes diabéticos que ingresan en cardiología, y el impacto en las estrategias activas de control glucémico tras el implante de un sistema de formación continuada.

Métodos: Hemos creado una plataforma web (www.tradicar.es) que permite al cardiólogo consultar de forma directa con expertos en diabetes y cardiología de nuestro centro, obteniendo de manera inmediata una recomendación sobre la mejor actitud en cada caso. Además, el usuario propone siempre una actuación, lo que permite monitorizar sus respuestas y determinar la progresión en su formación. De forma prospectiva se incluyen en el programa todos los pacientes que ingresaron en cardiología de nuestro centro



Póster P32 Figura

Antecedentes Personales		
	N	%
Diabetes Mellitus	74	85,06
Hipertensión Arterial	55	63,22
Dislipemia	51	58,62
Enfermedad Renal Crónica	27	31,03
Enfermedad Vascul ar Periférica	13	14,94
ACV	10	11,49
Insuficiencia Cardíaca	17	19,54
Cardiopatía Isquémica	29	33,33
Infarto Agudo de Miocardio	10	11,49
Antecedentes Diabetológicos		
	N	%
Retinopatía	7	8,05
Neuropatía	7	8,05
Amputaciones	0	0
Hipoglucemias	7	8,05
Infecciones Genitales	1	1,15

Tratamiento Previo		
	N	%
Antiagregación	40	45,98
Anticoagulación	16	18,39
Betabloqueantes	27	31,03
Calcioantagonistas	14	16,09
IECA / ARAII	42	48,28
Diuréticos de ASA	17	19,54
Diurético Inhib. Mineralocorticoide	6	6,9
Estatina	50	57,47
Ezetímibe	5	5,75
Ranolazina	1	1,15
Nitrat os	10	11,49

Póster P32 Tabla

(abril/2018-febrero/2019) con antecedentes de DM o diagnosticados durante el ingreso. Se registran sus antecedentes personales, el tratamiento previo al ingreso (cardiológico y diabetológico), el tratamiento propuesto por el cardiólogo, la recomendación del equipo experto y el tratamiento definitivo al alta. Para la comparativa entre tratamientos propuestos por cardiólogos y recomendado por expertos empleamos una kappa de Cohen, y para la comparativa entre el tratamiento previo y prescrito al alta, se realizó un test de chi cuadrado.

Resultados: En total se analizaron los datos de 117 pacientes, 72 de ellos (64,86%) varones, con una edad media de 70,51 ($\pm 16,2$) años. El resto de variables clínicas se pueden apreciar en la tabla. En 105 pacientes (89,74%) se tomó una estrategia

activa en el control glucémico, lo que se tradujo en un aumento de la prescripción de tratamiento antidiabético. En concreto el tratamiento con iSGLT2 se incrementó de manera significativa de 12 (10,91%) a 40 (34,19%) pacientes, $p < 0,001$. El índice de coincidencia se incrementa de un 0,763 ($\pm 0,212$) en los primeros 4 meses de programa, a un 0,896 ($\pm 0,146$) en los últimos 4 meses del programa, $p = 0,026$.

Conclusiones: El impacto pronóstico cardiovascular de los nuevos tratamiento antidiabéticos obliga al cardiólogo a actualizar y ampliar su formación en DM. Las herramientas electrónicas como Tradicar (TRAINing in DIabetes for CARDiologist), con posibilidad de contacto directo e inmediato, son fundamentales para una adecuada formación cardiológica y para mejorar la asistencia médica que ofrecemos.