



Cardiocre

www.elsevier.es/cardiocore



SAC 2010 – XLV Congreso Andaluz de Cardiología

Córdoba, 20-22 de mayo de 2010

COMUNICACIONES PÓSTER-FÓRUM I

C065. PREVALENCIA Y PREDICTORES DEL CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO EN UNA POBLACIÓN DE ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR

E. González Cocina, J. Caballero Gueto, M. Lagares Carballo, A. López Granados, E. Vázquez de Castroviejo, A. Martínez Martínez, M.A. Ulecia Martínez y M. de Mora, en nombre de los investigadores del estudio PREVENT-A

Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga. Hospital Clínico San Cecilio. Granada. Hospital Reina Sofía. Córdoba. Hospital de Jaén. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. Hospital Carlos Haya. Málaga.

Antecedentes y objetivos: Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de mortalidad en nuestro medio.

Objetivo: Conocer la prevalencia y el control de los factores de riesgo (FR) en una población con enfermedad vascular arteriosclerótica (EVA) documentada o alto riesgo de desarrollarla.

Método: Entre Sep/08-enero/09, se incluyeron 1066 pacientes \geq 45 años con enfermedad arteriosclerótica coronaria, cerebrovascular, nefropatía diabética o arteriopatía periférica o presentar \geq tres FR. Se obtuvieron datos sociodemográficos, laborales, nivel educacional y práctica de ejercicio físico (EF). La edad media fue de $67,2 \pm 9,3$ y el 72,1% varones.

Resultados: La prevalencia de los FR cardiovasculares fue: hipertensión (HTA) 97,6%, dislipemia 96,9%, diabetes 65,6%, obesidad abdominal 47,4%, tabaquismo 18,4% historia familiar 14% y glucemia basal alterada 8,1%. Los pacientes incluidos seguían tratamiento antihipertensivo, antitrombótico, o hipolipemiente en el 97, 93,5 y 87,9%. La presión arterial, HbA_{1c} y el cLDL estaban controlados según las recomendaciones para prevención secundaria en el 23,6, 56,1 y 50,9% respectivamente. Las variables asociadas al buen control de la PA fueron la presencia de cardiopatía (p: 0,01) y la práctica de EF (0,03), al de la diabetes el nivel de estudios (peor en el grupo sin estudios, p: 0,01), la práctica de EF (p: 0,0001) y los antecedentes familiares de ECV (p:0,02) y al de la dislipemia la situación laboral (peor en amas de casa, p:0,01), el consumo de alcohol (p: 0,0001) y la práctica de EF (p: 0,02).

Conclusiones: En esta población de alto riesgo cardiovascular, el uso de fármacos recomendados en prevención secundaria fue

adecuado. Sin embargo se observa un control inadecuado de los FR según las recomendaciones actuales, sobre todo para la PA, con alguna relación con factores educacionales, la presencia de otros FRCV y la práctica de EF.

C066. SUPERVIVENCIA TRAS EL TRASPLANTE CARDIACO: INFLUENCIA DE LA CARDIOPATÍA DE BASE DEL RECEPTOR

R. Solanilla Rodríguez, N. Romero Rodríguez, A. Guisado Rasco, J. Nevado Portero, M. Gonzales Vargas Machuca, M. Sobrino Márquez, A. Martínez Martínez y E. Lage Gallé

Área del Corazón. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos: Determinar la influencia de la cardiopatía de base del receptor que motivó el trasplante en la supervivencia a largo plazo tras el trasplante cardiaco.

Método: Estudio de una cohorte de 316 pacientes trasplantados de corazón desde el año 1991 hasta diciembre del 2009 en un hospital de tercer nivel andaluz.

Resultado: Se analizó la cohorte incluyendo las principales variables clínicas con un seguimiento medio de 7,3 años (SD 4,2). El 84,2% fueron hombres con una edad media en el momento del trasplante de 50,06 años (SD 12,29). Se identificaron un total de 11 cardiopatías diferentes: cardiopatía isquémica severa (55,3%), miocardiopatía dilatada (29,1%), cardiopatía valvular terminal (5,4%), cardiopatía alcohólica (2,5%), cardiopatía congénita (1,6%), miocarditis aguda (1,6%), miocardiopatía hipertrófica (1,6%), fibrosis endomiocárdica (1,3%), cardiopatía dilatada por antraciclina (0,9%), miocardiopatía periparto (0,3%), enfermedad vascular del injerto (0,3%). La supervivencia media global de la cohorte fue de 4,1 años, con un incremento significativo en los últimos 8 años con respecto a los primeros 11 años. Sólo demostró una menor supervivencia con respecto al resto la cardiopatía isquémica crónica como causa de trasplante (p = 0,003) aunque tras el ajuste por la presencia de 2 o más factores de riesgo cardiovascular desapareció la significación.

Conclusiones: La cardiopatía isquémica crónica presenta una menor supervivencia que el resto de cardiopatías tras el trasplante cardiaco. Esta menor supervivencia se debe a los factores de riesgo asociados que predisponen a la progresión de las patologías asociadas a la aterosclerosis.

C067. REPERCUSIÓN SOBRE LA FUNCIÓN VENTRICULAR DEL TRATAMIENTO CITOSTÁTICO CON TRASTUZUMAB EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA

J. Mora Robles, J.L. Delgado Prieto, J. Cano Nieto, R. Vivancos Delgado, J.M. Sánchez Calle, A. García Bellón, A.M. González González, L.D. Muñoz y M. de Mora Martín

Servicio de Cardiología. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Introducción: El tratamiento actual del cáncer (ca) de mama incluye el empleo de fármacos citostáticos con potencial cardiotoxicidad. Uno de los más empleados como adyuvante es el trastuzumab. Analizamos la repercusión ecocardiográfica del empleo de este fármaco en pacientes con función ventricular izquierda conservada al inicio del mismo.

Material y métodos: Se realizaron ecocardiogramas transtorácicos a 41 pacientes con ca de mama a las que se indicó tratamiento con trastuzumab en el año 2008, obteniéndose registros al inicio del mismo y, al menos, un ecocardiograma de control al año de finalización del mismo. Se analizaron medidas habituales de cavidades así como las funciones sistólica y diastólica. Se consideró –como se recomienda en el empleo de este fármaco– afectación significativa de la función sistólica una caída > 10% de la fracción de eyección (FE) sobre la inicial, y afectación moderada una caída entre el 6 y 10%.

Resultados. La edad media fue de 54,80+12,5 años. En 2 casos existía cardiopatía de base (1 cardiopatía hipertensiva y 1 estenosis aórtica leve). La FE inicial fue del 66,85+6,0, siendo a los 12 meses del 61,1+11,9. Las medidas de los diámetros telediastólico (DTDVI) y telesistólico (DTSVI) de ventrículo izquierdo al inicio fueron: 46,4+4,2; 28,27 + 4,2 respectivamente, y al año 48,49+5,1 y 30,56+6,5 (ns). Encontramos 15 ptes (36,6%), con deterioro de la función sistólica, siendo éste significativo (> 10%) en 5 ptes (12,2%), de las cuales 4 con FE 30-50% y 1 con FE > 30%. Presentaron afectación moderada 10 ptes (24,4%). En otros 4 ptes (9,7%) se objetivó deterioro de la función diastólica con FE preservada. No encontramos diferencias estadísticas entre grupos de edad o FE previa.

Conclusiones: El empleo de trastuzumab en el tratamiento del ca de mama se asocia a un riesgo no despreciable de cardiotoxicidad. Ésta se puede manifestar en forma de disfunción sistólica, que en la mayor parte de los casos es moderada, o bien como daño incipiente en forma de afectación aislada de la función diastólica. El deterioro en la función ventricular izquierda obliga a la interrupción del tratamiento, por lo que se deben hacer estudios serios a fin de detectar ésta.

C068. UTILIDAD Y SEGURIDAD DE LA TAC EN LA VALORACIÓN CORONARIA DE LOS PACIENTES QUE VAN A SER SOMETIDOS A RECAMBIO VALVULAR

N. Romero Rodríguez, S. Navarro Herrero, M. Fernández Quero, M. Romero Vazquianez, S. Ballesteros, E.M. Cantero Pérez, I. Bibiloni Lage, M. Villa Gil-Ortega, A.M. Campos Pareja, G. Barón Esquivias, M.P. Serrano Gotarredona, J.M. Borrego Domínguez y A. Martínez Martínez

Área del Corazón. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: El TAC coronario se ha incorporado recientemente a la práctica clínica diaria en el estudio coronario y su principal valor reside en su alto valor predictivo negativo. Esto justifica su papel en la valoración coronaria previo a la cirugía de recambio valvular en sustitución del cateterismo diagnóstico.

Objetivo y método: Desde diciembre del 2008 hasta febrero del 2010 fueron incluidos en el estudio todos aquellos pacientes pendientes de intervención de recambio valvular y/o sobre aorta ascendente, que tuvieran indicación de valoración coronaria prequirúrgica, realizándose un TAC coronario con un equipo Toshiba Aquilion mediante protocolo habitual. Fueron excluidos los pacientes con antecedentes isquémicos y aquellos con insuficiencia renal y/o diabetes de más de 15 años de evolución así como aquellos pacientes en los que se realizó coronariografía por falta de disponibilidad de TAC previo a la fecha de intervención (24 pacientes). Se recogieron todos los datos clínicos y ecocardiográficos y se realizó un seguimiento tras la cirugía y al mes de la misma.

Resultados: Durante el periodo de inclusión se intervinieron en nuestro centro un total de 433 adultos, de los cuales 96 fueron finalmente sometidos a valoración coronaria mediante TAC coronario. De ellos 58 fueron varones (60,4%) con una edad media de 68,7 años (SD 7,8) En un paciente la presencia de lesiones significativas y en 5 pacientes un score de calcio > 585 hizo necesario solicitar una coronariografía diagnóstica, demostrando esta lesiones significativas en 3 casos. En el resto de pacientes el TAC coronario descartó la presencia de lesiones significativas, sin tener lugar complicaciones en relación a la prueba. Durante el seguimiento postquirúrgico no se detectó ningún síndrome coronario agudo, falleciendo 4 pacientes por causas no isquémicas.

Conclusiones: El TAC coronario constituye una técnica segura y eficaz para la valoración coronaria previa a la cirugía de recambio valvular, aunque la selección de los pacientes resulta crucial a la hora de indicar la prueba.

C069. REPERCUSIÓN PRONÓSTICA A LARGO PLAZO DE LA EXISTENCIA DE ISQUEMIA MEDIANTE TEST DE INDUCCIÓN DE ISQUEMIA EN MUJERES CON ARTERIAS CORONARIAS ANGIOGRÁFICAMENTE NORMALES

L. Muñoz-Jiménez, M.A. Ramírez-Marrero, B. Luque-Aguirre, J. Cano-Nieto, Pérez B. -Villardón, C. Jiménez-Rubio, J. Mora-Robles, J.L. Delgado-Prieto, J.M. Pérez-Ruiz y M. de Mora Martín

H.R.U. Carlos Haya. Málaga.

Introducción: La fisiopatología de la cardiopatía isquémica en la mujer difiere de la del hombre, con mayor porcentaje de ausencia de lesiones coronarias epicárdicas tras el cateterismo cardíaco, y mayor porcentaje de enfermedad de la microvasculatura y la disfunción endotelial. Nuestro objetivo fue analizar la repercusión pronóstica de la existencia de isquemia mediante test de inducción de isquemia (TIM), bien estudio isotópico y/o prueba de esfuerzo realizado previo al cateterismo cardíaco, en el pronóstico de mujeres con dolor torácico y coronarias normales como expresión de la existencia de enfermedad de la microvasculatura coronaria.

Métodos: Análisis retrospectivo del total de mujeres dadas de alta domiciliar de forma consecutiva por dolor torácico y ausencia de enfermedad coronaria angiográfica, de agosto de 1998 a diciembre de 2008, completándose un seguimiento con una mediana de 62,5 meses. Se estudiaron variables pronósticas específicas, estableciéndose un análisis ajustado de supervivencia.

Resultados: Se incluyeron 181 mujeres, con una edad media de 62,5 ± 8,6 años. El 24,4% fueron diabéticas y el 69,4% hipertensas. En el 28,2% de los casos existió un TIM con isquemia inducible (predominantemente estudio isotópico). Recibieron antiagregantes plaquetarios en el 71,8% de los casos, 34,3% betabloqueantes, 69% antagonistas del calcio, 49,7% IECAs y/o

ARA-II, 32% nitratos y 40,9% estatinas. La fracción de eyección media del ventrículo izquierdo fue $70,2 \pm 10,3\%$. Tras completar el seguimiento, se observó una mortalidad total del 9% (0,7% de causa cardiovascular). El 17,2% sufrieron un ingreso hospitalario por SCA, requiriendo en el 1,5% tratamiento de revascularización coronaria. Ingresaron por insuficiencia cardiaca el 3,7% de los pacientes. De forma global, el 19,4% desarrolló algún evento cardiovascular mayor (MACE) durante el seguimiento. Tras el análisis multivariado, la existencia de isquemia inducible mediante TIM predijo menor riesgo de mortalidad a largo plazo, OR 0,12; IC del 95%, 0,01-0,9 y una tendencia a menor riesgo de aparición de MACEs, aunque sin alcanzar la significación estadística, OR 0,3, IC del 95%, 0,1-1,1).

Conclusiones: Las mujeres con dolor torácico y arterias coronarias angiográficamente normales presentan un pronóstico excelente a largo plazo en términos de mortalidad cardiovascular. La presencia de isquemia mediante test de inducción de isquemia predice una mejor evolución, lo cual pudiera justificarse por la existencia de disfunción de la microvasculatura coronaria como origen de la clínica anginosa.

C070. DISECCIÓN CORONARIA ESPONTÁNEA COMO CAUSA INFRECUENTE DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO

J.M. Durán Guerrero, R. Solanilla Rodríguez, A. Fernández Cisnal, J. Parejo Matos, M. Fernández Quero, M. Villa Gil-Ortega, S. Ballesteros, G. Barón-Esquivias, L. Díaz de la Llera, N. Romero Rodríguez, A. Martínez Martínez y A. Sánchez González

Área del Corazón. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: La disección coronaria espontánea (DCE) es una causa infrecuente de síndrome coronario agudo. Afecta predominantemente a mujeres, en edad más joven y con una incidencia de factores de riesgo cardiovascular menor de lo habitualmente observado en el síndrome coronario agudo. Su presentación varía desde el angor inestable hasta la muerte súbita pero la ausencia de grandes series publicadas hace que su tratamiento e implicaciones pronósticas no estén plenamente establecidos.

Objetivo y método: Presentamos 23 casos en 22 pacientes diagnosticados en nuestro centro desde junio de 1998 hasta enero del 2010. Se analizaron las características demográficas y clínicas y se descartaron alteraciones de la coagulación y colagenopatías.

Resultados: Analizamos un total de 5 hombres y 17 mujeres (77,2%) con una media de edad de 46,2 años (rango 32-71). Un caso tuvo lugar en el puerperio, en 6 casos (26%) se recogió historia de terapia hormonal sustitutiva, en 3 anticonceptivos orales y en 8 una situación de estrés reciente importante (34,7%). Todos los casos fueron sometidos a coronariografía en el contexto de síndrome coronario agudo, 3 tras fibrinólisis y 17 (73,9%) en forma de angioplastia primaria. La coronaria más frecuentemente afectada fue la izquierda, en 15 casos la descendente anterior y en 5 la circunfleja. La Troponina T pico media fue de $1,32 (\pm 0,68)$ mg/dl. Se implantó stent en un total de 6 casos, con un manejo conservador en el resto. Todos los casos presentaban Fracción de eyección normal al alta. La mediana de seguimiento fue de 2,92 años (0,54-5,14 años) y sólo se registró una recidiva en un caso en distinta coronaria. Una paciente superó un embarazo sin incidencias a los dos años del evento.

Conclusiones: Una vez superada la fase aguda, el pronóstico es favorable, con una única recidiva detectada en distinto vaso y sin implicaciones funcionales a largo plazo. No se observaron diferencias en los pacientes tratados de forma con-

servadora frente a los que fueron sometidos a intervención percutánea.

C071. EXPERIENCIA DE UNA UNIDAD DE DOLOR TORÁCICO: CARACTERÍSTICAS Y SEGUIMIENTO DE LOS PRIMEROS 1.000 PACIENTES

P. Cristobo Sáinz, E. Bollaín Tienda, A. Escorcesca Ortega, F. Zafra Cobo, M. Romero Vazquiáñez, F. Gómez Pulido y A. Martínez Martínez

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: La Unidad del Dolor Torácico (UDT) surge como una necesidad asistencial, para dar cobertura al elevado número de consultas por dolor torácico de origen dudoso. Pretende evitar tanto el alta inapropiada como los ingresos innecesarios. Presentamos las características de los primeros 1.000 pacientes valorados.

Objetivos: Describir la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, las características clínicas así como el seguimiento a un año de los primeros 1000 pacientes valorados en la UDT.

Material y métodos: Revisamos de forma retrospectiva 1.000 pacientes que consultan en Urgencias por dolor torácico entre julio de 2006 y diciembre de 2007, derivados a nuestra unidad a criterio del médico de Urgencias. Se excluyen pacientes con movilización de enzimas cardíacas. Se recogieron variables clínicas, demográficas, ecocardiográficas y ergométricas. En función de ellas se estratificó a los pacientes en 5 grupos: alta por probabilidad baja de cardiopatía isquémica, alta para seguimiento en consultas convencionales, alta para prueba de detección de isquemia, ingreso para prueba de detección de isquemia e ingreso para cateterismo. Se realizó seguimiento a 1 año.

Resultados: La edad media fue de 53 años, con un 65,8% de varones. El tabaquismo fue el factor de riesgo cardiovascular más prevalente (55% eran fumadores en activo o exfumadores) seguido de la HTA (42,7%) y la dislipemia (37,2%). La diabetes mellitus estaba presente únicamente en el 14% de los pacientes. La valoración ergométrica resultó negativa en el 70,7% de los estudios, positiva en el 12,8% y dudosa o no concluyente en el resto. Junto con la valoración clínica se asignó cada paciente a uno de los 5 grupos de riesgo descritos, ingresando 19 pacientes para prueba de detección de isquemia y 83 para cateterismo. En el 92,4% de los cateterismos realizados se encontraron lesiones coronarias. En el seguimiento se recogieron 8 eventos cardíacos mayores.

Conclusión: Los resultados obtenidos en nuestros primeros años de funcionamiento son alentadores y coinciden con lo descrito en la literatura. Aunque sin poder cuantificar se evitaron numerosos ingresos innecesarios con un "escape" de isquémicos bajo.

C072. CORRELACIÓN ENTRE LA MEDICIÓN DE FRACCIÓN DE EYECCIÓN REALIZADA POR LAS NUEVAS TÉCNICAS ECOCARDIOGRÁFICAS Y LA ANGIOGRAFÍA EN PACIENTES CON ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA EN EVALUACIÓN DE RECAMBIO VALVULAR PERCUTÁNEO

E. Villanueva Fernández, D. Mesa Rubio, M. Ruiz Ortiz, M. Delgado Ortega, J. López Aguilera, L. Cejudo Díaz del Campo, M. León del Pino, F. Toledano Delgado, D. García Fuertes, E. Romo Peña, M. Romero Moreno, M. Pan Álvarez-Ossorio y J. Suárez de Lezo Cruz-Conde

Servicio de Cardiología. Hospital Reina Sofía. Córdoba.

Introducción: La medida de la fracción de eyección (FE) es fundamental en el manejo rutinario de los pacientes con estenosis aór-

tica severa (EAoSev). En los últimos años se están desarrollando nuevas técnicas, como la ecocardiografía por Speckel Tracking (E2DST) y la ecocardiografía tridimensional (E3D), que permiten la medición cuantitativa de la FE sin necesidad de trazos manuales como precisa la ecocardiografía bidimensional (E2D).

Objetivo: Determinar la correlación de las medidas obtenidas por cada una de estas técnicas frente a la angiografía ventricular izquierda (Angio).

Métodos: Se incluyeron 24 pacientes con EAoSev en evaluación de recambio valvular con prótesis aórtica autoexpandible. Se midieron la FE y los volúmenes ventriculares previos a la implantación valvular por E2D (Fórmula de Simpson), E2DST y E3D (Obtenidas en corte apical 4C, utilizando ecocardiógrafo iE33 y software Qlab, Philips). Para la medida de estos datos por Angio se utilizó el sistema Cass. Las medidas de FE y los volúmenes obtenidos por E2D, E2DST y E3D fueron comparados con los obtenidos por Angio. Además se calculó la variabilidad intra- e interobservador para 15 pacientes con la E2DST y E3D.

Resultados: Aunque la E2D fue la que mostró mejor correlación para la medición de FE ($r = 0,81$, $p > 0,001$), también la E2DST y E3D la mostraron ($r = 0,57$, $p > 0,01$ y $r = 0,49$, $p > 0,01$ respectivamente). Sin embargo, se objetivó que las nuevas técnicas mostraban una constante infraestimación de la FE, resultando esta observación estadísticamente significativa (Diferencia de medias: Angio vs. E2DST $12 \pm 12\%$, $p > 0,001$; Angio vs. E3D $9 \pm 13\%$, $p > 0,001$). La variabilidad intra e interobservador para la medición de la FE fue de 4 y 5% para E2DST y 6 y 4% para E3D.

Conclusión: Todas las técnicas ecocardiográficas, E2D, E2DST y E3D, mostraron una buena correlación para la medición de la FE en relación con la Angio. Sin embargo las técnicas ecocardiográficas emergentes realizan cuantificaciones más bajas de la FE de forma constante y significativa. Además dichas técnicas muestran una baja variabilidad intra e interobservador.

C073. VALOR DEL TAC CORONARIO EN LA ATEROESCLEROSIS CORONARIA DIFUSA CON ANGIOGRAFÍA CORONARIA NORMAL

C. Jiménez Rubio, J. Álvarez Rubiera, C. Urbano Carrillo, B. Pérez Villardón, J.A. Bullones Ramírez y M. de Mora Martín

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Introducción: El TAC coronario (TC) puede detectar aterosclerosis en fase subclínica por su alta capacidad de resolución espacial, comparable tan sólo con los estudios de imagen intracoronarios. Determinamos la prevalencia de enfermedad coronaria difusa en una población de riesgo coronario medio y sin estenosis coronarias significativas por TC. Estudiamos su perfil demográfico, clínico, funcional y por angiografía convencional.

Métodos: Estudio de una serie de 363 TC coronarios consecutivos. Análisis del subgrupo con al menos 3 lesiones no significativas en 3 segmentos coronarios (enfermedad difusa no obstructiva, ED). Definimos lesión como el engrosamiento intimomedial o calcificación coronaria $> 0,5$ mm de grosor.

Resultados: De los 363 pacientes, 120 (33%) tenían placas no significativas en al menos 3 segmentos coronarios diferentes (ED). De ellos, se hizo coronariografía convencional en 28 (23%) que se informó como Arterias epicárdica normales en el 77% y Lesiones no significativas en el 23%. El perfil demográfico de este subgrupo con ED fue: Edad media 52 ± 12 , Varones 62%, Tabaquismo 21%, HTA 33%, DM 28%, Creat $> 1,5$ en el 12%, Angina definitiva o posible 32%, Test de isquemia positivo 28%.

Conclusiones: La coronariografía convencional infraestima la carga aterosclerótica de este subgrupo de pacientes con ED, perfil de riesgo postTC al menos moderado, y frecuentemente sintomáticos y/o con isquemia inducible, posiblemente por existencia de disfunción microvascular o endotelial.

C074. UTILIDAD DEL GATED-SPECT DE PERFUSIÓN MIOCÁRDICA EN EL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON BCRHH

V.M. Pachón Garrudo¹, A. Guisado Rasco², J.V. Ruiz Franco-Baux¹, J. Marín Morgado³, A. Cabello González⁴, A. Ruiz Franco-Baux⁵, M. González Correa⁶, A. Ramos Ruiz¹ y R. Vázquez Albertino¹

¹Unidad de Gestión Diagnóstica de Medicina Nuclear.

²Unidad de Gestión Clínica de Cardiología. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío de Sevilla.

³Servicio de Cardiología.

Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. ⁴Servicio de Cardiología.

Hospital de la Merced de Osuna. ⁵Servicio de Medicina Interna.

Hospital Bajo Guadalquivir de Utrera. ⁶Servicio de Cardiología.

Hospital Universitario Virgen de Valme.

Los pacientes con dolor torácico y bloqueo completo de rama izquierda del Haz de His (BCRIHH) son un grupo problemático a la hora de estudiar su cardiopatía isquémica ya que ofrecen resultados de difícil valoración en ergometría o eco-estrés. El estudio de perfusión miocárdica adquirido en modo GATED-SPECT (SPECT-PM) es la mejor prueba funcional no invasiva disponible en el diagnóstico y seguimiento de estos pacientes.

Objetivo: Evaluar la utilidad del SPECT-PM con estrés farmacológico con adenosina en el diagnóstico y seguimiento de la cardiopatía isquémica en los pacientes con BCRHH.

Material y método: Hemos revisado retrospectivamente 139 pacientes (53 hombres, 86 mujeres; edad media 67 años) en estudio por sospecha de cardiopatía isquémica y con BCRHH que se realizaron un estudio de perfusión miocárdica entre enero de 2007 y julio de 2009. Se les realizó un protocolo de un día con estrés farmacológico con adenosina ($142 \mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$, 6 min) y reposo en modo GATED con 444 MBq y 925-1110 MBq de ^{99m}Tc-MIBI/Tetrofosmina respectivamente. Los estudios se analizaron visualmente y fueron procesados con el programa de Cedars Sinai (QPS/QGS). Además se comprobó si en el seguimiento se les realizó coronariografía diagnóstica/terapéutica de su cardiopatía. En caso contrario, se observó si presentaron los siguientes eventos cardiológicos: Síndrome coronario agudo, muerte súbita o necesidad de revascularización miocárdica (seguimiento 6-12 meses).

Resultados: 53 pacientes obtuvieron un resultado positivo para isquemia o necrosis en el SPECT-PM (38%). De ellos, 14 fueron sometidos a coronariografía, confirmándose lesiones en el árbol coronario en 9 (Verdaderos positivos, 64,2%). No se encontraron lesiones en 5 de ellos. De los 39 a los que no se les realiza coronariografía, 5 tuvieron eventos cardíacos durante el seguimiento. De los 86 pacientes con SPECT-PM negativo (62%), a 4 se les realizó coronariografía sin encontrarles lesiones coronarias. Los 82 restantes no presentaron eventos cardíacos en ningún momento del seguimiento.

Conclusión: El SPECT-PM con estrés farmacológico con adenosina es una técnica muy útil para descartar la existencia de cardiopatía isquémica en pacientes con BCRHH.

COMUNICACIONES PÓSTER-FÓRUM II

C075. VOLTAJE AURICULAR IZQUIERDO EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR PERSISTENTE

E. Arana, M. Frutos, J.A. Sánchez-Brotons, M. Durán, R. Solanilla, L. García-Riesco y A. Pedrote

Unidad de Arritmias. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

La fibrosis y la dilatación auricular son los principales cambios estructurales que contribuyen al mantenimiento de la fibrilación auricular persistente (FAP). Las variaciones del voltaje de la aurícula izquierda (AI) se atribuyen al grado de fibrosis auricular, siendo un marcador de remodelado. Utilizando un sistema de cartografía electroanatómica (CARTO XP) pretendemos realizar un análisis del voltaje auricular de pacientes con FAP.

Pacientes y método: Estudio prospectivo de 26 pacientes con FAP sometidos a aislamiento circunferencial de venas pulmonares (mediana 51 años, rango intercuartil 46-60 años, 88,5% hombres, cardiopatía hipertensiva 42%, antigüedad FAP 36 ± 25 meses). Previo a la ablación realizamos un mapa electroanatómico de alta densidad de puntos de la AI con un catéter irrigado (Navistar Thermocool) (165 ± 32 por paciente, homogéneamente distribuidos en 7 áreas anatómicas). Valoramos el volumen de la AI, voltaje regional y total medio (VM), área de bajo voltaje (< 0,1 mV) y de escara (< 0,05 mV) y presencia regional y total de electrogramas fragmentados y complejos (CFAES).

Resultados: El voltaje de la AI en FAP presenta una distribución heterogénea, siendo el mayor (1,5 ± 0,4 mV) la pared anterior cercana a las venas izquierdas y el menor (0,31 ± 0,16 mV) la pared posterior (p < 0,01). Una FAP de mas de 36 meses se relaciona con un menor VM (p < 0,02, IC 0,022-0,31). La relación entre el VM y el número de CFAES es directamente proporcional (r = 0,662, p < 0,01). El VM no guarda relación con el volumen auricular, presencia de cardiopatía ni factores de riesgo.

Conclusiones: El voltaje regional de la AI en pacientes con FAP presenta una distribución heterogénea. Los pacientes con FAP de mayor antigüedad presentan menor VM y menos CFAES. Estos datos pueden ser de interés para conocer el grado afectación auricular y decidir el procedimiento de ablación ideal para cada paciente.

C076. TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN CARDIACA EN PACIENTES SIN ARRITMIAS VENTRICULARES. USO DE LA TERAPIA ACOMPAÑANTE CON DAI

N. Herrera, P. Santiago, S. Galdeano, M. Álvarez, L. Tercedor, L. Muñoz, J. Jiménez, M. Jiménez, I. Uribe y R. Melgares

Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

Introducción: Pese a que en la actualidad los criterios para un indicar terapia de resincronización cardiaca (TRC) en la insuficiencia cardiaca avanzada son claros, no ocurre lo mismo a la hora de decidir si acompañarla con un desfibrilador (DAI).

Objetivos: Analizar las diferencias clínicas y la evolución de los pacientes (P) a los que se le implantó TRC únicamente (grupo A) frente a los que se optó por el implante de un DAI-TRC como prevención primaria (Grupo B).

Material y métodos: Analizamos características clínicas y de eventos ocurridos en el seguimiento: descargas apropiadas, síncope, hospitalización, muerte súbita (MS), mortalidad cardiovascular (MCV) y mortalidad total (MT). Definimos indicación

por prevención primaria en ausencia de arritmias ventriculares y/o síncope previos al implante.

Resultados: Se implantó TRC en 133 P, sin DAI en 38 (24 hombres) y con DAI en 95 P (71%). En 44 de ellos (34 hombres) en prevención primaria. El grupo A eran pacientes más ancianos que el grupo B (edad media 69 ± 1,8 años vs. 63 ± 1,6 años, p < 0,05). Había menos pacientes con cardiopatía isquémica en el grupo A (15% frente al 48%, p < 0,05), y más con miocardiopatía dilatada (85% frente al 52%, p < 0,05). Era similar el porcentaje de pacientes en clase funcional ≥ III de la NYHA (91% vs. 88%, p.n.s) y la fracción de eyección de ventrículo izquierdo (28 ± 9% vs. 26 ± 8%, p.n.s). La mediana de seguimiento fue de 25 meses (23 grupo A, 26 en el B). Tras el seguimiento habían mejorado al menos una clase funcional el 52% del grupo A y el 50% en el de B (p n.s). No hubo diferencias significativas en la MT (15% grupo A vs. 9% en el B, p 0,50), MCV (grupo A 8% vs. grupo B 5%, p n.s.) ni MS (2,6% en el grupo A vs. 0% en el B, p n.s.). En el grupo B 4 P (9%) sufrieron choques apropiados, en 3 (7%) de ellos se presentaron como tormenta arritmica. Hubo 7 (18%) hospitalizaciones de causa cardiovascular en el grupo A frente a las 11 (25%) del grupo B (p = 0,16).

Conclusiones: La cardiopatía isquémica y la edad fueron las razones fundamentales en nuestro medio para indicar un DAI en pacientes tratados con TRC. La similitud en la evolución clínica y la distribución de los eventos arrítmicos entre grupos apoyaría la validez de los mismos en la selección de terapia.

C077. 15 AÑOS DE OPERACIÓN DE BENTALL. INFLUENCIA DE LA INVESTIGACIÓN EN LA VÁLVULA BICÚSPIDE

M. Such, C. Porras, J.M. Melero, G. Sánchez, S. di Stefano y E. Olalla

Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción: Los nuevos conocimientos de la válvula bicúspide (tipos A o B) y su relación con la dilatación de aorta están cambiando las indicaciones de la cirugía. La operación de Bentall ha sido la más utilizada en nuestro Servicio para tratar la afectación valvular aórtica con aneurisma de aorta hasta el año 2008 en el que las técnicas de conservación de la válvula aórtica ("valve sparing") empezaron a sustituir a la técnica de Bentall. Analizamos los casos realizados en los 15 años de nuestro servicio.

Material: Desde 1996 A 2009 se han intervenido de forma programada a 47 pacientes, con incremento notable desde el año 2004 hasta el 2008. El tamaño de la aorta ascendente para indicar la operación se modificó a lo largo de los años, siendo actualmente de 4,5 cm en válvulas bicúspides y síndrome de Marfan. Se excluyeron los pacientes con endocarditis, cirugía cardiaca previa y las disecciones agudas de aorta en las que la patología de la base representaba un problema mayor que el de la propia cirugía. El score medio fue de 8,3. Analizamos la evolución de indicación en los últimos años en relación a la patología valvular (válvula bicúspide) y en los últimos años, del tipo de fusión de los velos (antero-posterior tipo A o latero-lateral tipo B).

Resultados: La mortalidad hospitalaria fue de 2,1% (1 Paciente por hemorragia tardía). La estancia hospitalaria fue similar a la media de nuestros pacientes valvulares y las complicaciones postoperatorias fueron casi inexistentes.

Conclusión: La técnica de Bentall ha demostrado en nuestro Servicio unos excelentes resultados en la patología combinada de afectación valvular aórtica y de la aorta ascendente, con un progresivo aumento de pacientes a los largo de los 15 años, siendo más agresivos en la válvula bicúspide por su potencial de crear aneurismas y disección. Estos resultados han permitido iniciar en 2008 el programa de conservación valvular en muchos de los casos.

C078. MANEJO POSTOPERATORIO DE LA CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN CORONARIA SIN BYPASS CARDIOPULMONAR VS. CIRUGÍA CONVENCIONAL

L. Muñoz Jiménez, A.M. Cabrera Calandria, J.F. Valderrama Marcos, S. González González, J.M. Pérez Ruiz y M. de Mora Martín

Servicio de Cardiología. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Objetivos: Evaluar el manejo postoperatorio de los pacientes sometidos a cirugía de revascularización coronaria sin bomba y compararlo con el de los pacientes sometidos a cirugía convencional.

Métodos: Para ello diseñamos un estudio en el que se incluyeron los pacientes sometidos a cirugía sin CEC en nuestro centro en los últimos 5 años. Por cada paciente incluido, se seleccionó un paciente sometido a cirugía convencional. Se recogieron datos preoperatorios sobre edad, sexo, factores de riesgo cardiovascular, antecedentes de IAM previo, número de vasos afectados y función ventricular. Tras la cirugía se valoró el tiempo de extubación, sangrado postoperatorio, troponina máxima, necesidad de transfusión, uso de drogas vasoactivas y balón de contrapulsación, desarrollo de insuficiencia renal, fibrilación auricular, complicaciones neurológicas y reintervención.

Resultados: Se incluyeron 69 pacientes en cada grupo. No existen diferencias significativas en relación a la edad media, sexo, factores de riesgo cardiovascular, presencia de infarto previo y fracción de eyección entre cirugía con/sin CEC. Con respecto al manejo postoperatorio de la cirugía con/sin bomba respectivamente, el tiempo medio de extubación fue de 9,6 vs. 9 h, la media del sangrado postoperatorio es de 410 vs. 390 cc, precisó transfusión hemoderivados un 37,7 vs. 1,9% ($P < 0,05$), drogas vasoactivas 38,5 vs. 36,2%, y BCIA 7,7 vs. 2,9% ($P < 0,05$). Se produjo elevación de troponina T en 59,6 vs. 39,1% ($P < 0,05$), alcanzando un valor medio de 9,7 vs. 6,3 ng/ml. Presentaron episodios de fibrilación auricular el 23,3 vs. 15,4%. Se produjo deterioro de función renal en un 15,4 vs. 10,1%. En ninguno de los casos operados sin CEC hubo complicación neurológica inicial, 3,8% en la cirugía convencional. Solamente un caso en ambos grupos fue necesaria la reintervención. La estancia media en UCI fue de $3,9 \pm 4,8$ vs. $3,7 \pm 5,3$ días. La mortalidad total es del 3,9 vs. 2,76%.

Conclusiones: En nuestra experiencia, la cirugía de bypass coronario sin bomba es una alternativa segura y eficaz para la revascularización coronaria, presentando una baja tasa de mortalidad y reduciendo la morbilidad postoperatoria con el consiguiente beneficio para los pacientes coronarios de alto riesgo

C079. UTILIDAD DE UNA CONSULTA DE ACTO ÚNICO DE INSUFICIENCIA CARDIACA PARA PACIENTES REMITIDOS DESDE URGENCIAS A UNA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA

J.M. Pérez Ruiz, J. Cano Nieto, A.M. Espejo Rodríguez*, M. Bujalance Oteros, B. Luque Aguirre y M. de Mora Martín

Servicio de Cardiología. *Enfermería. Hospital Regional Universitario Carlos Haya de Málaga.

Introducción: La Insuficiencia cardiaca (IC) es un problema de salud pública, con elevada morbilidad y mortalidad, la causa más frecuente de ingreso hospitalario en > 65 años y elevada frecuentación en las urgencias hospitalarias. Muchos de estos pacientes tras una adecuada valoración en los servicios de urgencias hospitalarios, en la que se descarta necesidad de ingreso, son derivados a Unidades de Cardiología. Con la finalidad de una mejora de la eficiencia, es necesario una valoración lo más

precozmente posible y a ser posible en el mismo acto, su diagnóstico y tratamiento.

Objetivos: Evaluar la eficiencia de una Consulta de acto único de IC (CAUIC), para reducir los tiempos de espera en la valoración cardiológica de pacientes con sospecha clínica de IC, derivados desde el servicio de urgencias hospitalario. Conocer los motivos de derivaciones de dichas derivaciones. Evaluar la implementación novedosa de dicho circuito en nuestro medio.

Material y métodos: Desde junio de 2008 hasta diciembre de 2009 se atendieron a 440 pacientes dados de alta de urgencias y remitidos a través del servicio de admisión a Cardiología para estudio de disnea. Todos los informes de derivación fueron valorados y tras un adecuado filtro derivados a CAUIC. A todos los pacientes se les realizó: evaluación cardiológica clínica, ECG en consulta y ecocardiograma TT para descartar cardiopatía estructural. A todos se entregó un informe clínico detallado con el diagnóstico final, tratamiento, recomendaciones y destino final donde se remitía al paciente.

Resultados: La edad media de los pacientes fue 70 ± 17 años, 55% eran mujeres. La mediana de tiempo de espera desde el alta en urgencias a la visita en CAUIC fue 11 días. El motivo de derivación fue 37% disnea, 56,6% disnea y fibrilación auricular o flutter, 6,4% disnea y otro síntoma acompañante. Tras su evaluación en CAUIC un 78% fue alta a Atención Primaria (AP), 11,4% seguimiento por su cardiólogo habitual, 6,1% precisó cita para cardioversión eléctrica y 3,2% se derivó a Consulta monográfica de IC para optimización de tratamiento y 1% ingreso hospitalario.

Conclusiones: La CAUIC ofrece a nuestro juicio buenos resultados globales. Los tiempos de espera hasta la consulta son reducidos. La mayor parte de los pacientes una vez estudiados en acto único fueron derivados a AP, por estabilidad o disnea no atribuible al corazón. Un número escaso de pacientes requirieron ingreso.

C080. ANÁLISIS ACTUAL DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN NUESTRA COMUNIDAD, EL REGISTRO CALIC

J. Caballero Güeto, M.A. Ulecia Martínez, E. González Cocina, M. Martín Santana, M. Lagares Caballo, J.M. García Pinilla, B. Jiménez Araque y E. Otero Chulián, en representación de los investigadores del CALIC

Hospital Universitario San Cecilio. Granada. Hospital de Marbella. Hospital de Jerez. Hospital Puerta del Mar. Cádiz. Hospital U. Virgen de la Victoria. Málaga. Hospital Ciudad de Jaén.

Introducción: La Insuficiencia Cardiaca Crónica (ICC) es un problema de salud de gran magnitud suponiendo la primera causa de ingreso hospitalario y el 2% de costes sanitarios, con prevalencia en aumento. Andalucía es una de las regiones con mayor tasa de hospitalizaciones/mortalidad por ICC. El objetivo del registro CALIC es conocer las características clínicas, el perfil en cuanto a etiología, comorbilidad, pautas diagnósticas-terapéuticas y el pronóstico de los pacientes con ICC en régimen ambulatorio que acuden a las consultas de Cardiología en Andalucía; ello permitiría establecer estrategias de intervención orientadas a disminuir la incidencia, las complicaciones y la mortalidad de los pacientes

Material y métodos: 599 pacientes incluidos en el registro CALIC (8 provincias andaluzas). Analizamos las características basales, factores de riesgo y evaluamos las pautas diagnósticas y establecidas y grado de adherencia a las guías de práctica clínica.

Resultados: Edad media 70,6 años, 59,2% ♂. Tabaquismo 44,8%. Diabetes tipo 1 (9,7%), tipo 2 (32,4%). HTA 70%. Dislipemia 78,3%. Alcohol > 8 /sem 5,3%. Antecedentes Fam. 23,2%. SCAEST 17,7%,

SCASEST 15,4%, TIV 7,2%, ACTP 18,5%, Bypass 5%, No revascularizable 5%. Valvulopatía significativa: Mitrál 23,2%, Aórtica 9,8%. Arteriopatía Periférica 13,8%. ACV 13,9%. NYHA: I 11,5%, II 51,9%, III 34,4%, IV 2,2%. Exploración física: IMC 29, FrC > 70: 56%, TAS > 130: 47,2%, TAD > 80: 48,5%. Analítica: Creatinina > 1,2: 21%; Na 139; K 4,4; Hgb 13,5; HgbA_{1c} > 7: 27%; TG 150; HDL 45,7; LDL 109,9. NTproBNP determinado en 23,5%. ECG realizado 80,5%, FA 30,9%, BRIHH 26,2%. Ecocardiograma realizado 87,8%; FEVI 43,3% (> 50: 26%, < 30: 13,5%); HVI 83%. RxT realizada 71,6%.

Conclusiones: Los FR y comorbilidad en nuestro medio es similar a la reportada en otros registros. La IC con FEVI conservada supone 26%. El uso de medidas diagnósticas según guías es adecuado. El BNP es poco utilizado. De los datos obtenidos se puede concluir que el tratamiento farmacológico puede aun ser optimizado. Se estima una indicación de CTR-DAI en 5,3%.

C081. IMPLEMENTACIÓN DE LAS GUÍAS EN INSUFICIENCIA CARDIACA, SITUACIÓN REAL EN NUESTRO MEDIO

Caballero Güeto J., M.A. Ulecia Martínez, E. González Cocina, J.M. García Pinilla, M. Lagares Caballo, M. Martín Santana, E. Otero Chulián y B. Jiménez Araque, en representación de los investigadores del CALIC

Hospital Universitario San Cecilio. Granada. Hospital de Marbella. Hospital U. Virgen de la Victoria. Málaga. Hospital Puerta del Mar. Cádiz. Hospital de Jerez. Hospital Ciudad de Jaén.

Introducción: La Insuficiencia Cardiaca Crónica (ICC) es una enfermedad crónica y progresiva que supone una enorme carga económica para los sistemas de salud (sustancial morbi-mortalidad y causa más frecuente de hospitalización). Existen estrategias terapéuticas coste-efectivas basadas en la evidencia científica y recogidas en las guías que mejoran el pronóstico y cuya implementación es fundamental para intentar reducir los costes de esta enfermedad.

Material y métodos: 599 pacientes incluidos consecutivamente en consultas de Cardiología de todos los ámbitos asistenciales de las 8 provincias andaluzas (año 2008) en el registro CALIC. Analizamos el uso de fármacos y dispositivos, especialmente aquellos de evidencia demostrada en la mejora del pronóstico de la enfermedad.

Resultados: IECAS 55,7%; Captopril 8,1% (65,3 mg), Enalapril 44,3% (15,5 mg), Perindopril 3,3% (3,8 mg), Ramipril 44,0% (6,9 mg), Trandolapril 0,3% (4,0 mg). ARA primera opción (18,8%): Valsartan 35,4% (177,9 mg), Candesartan 30,1% (22,9 mg), Losartan 11,5% (76,9 mg), Irbesartan 10,6% (240,9 mg), Telmisartan 10,6% (76,7 mg), Olmesartan 1,8% (40 mg). ARA asociados a IECA: Candesartan 3%, Valsartán 1,3%, Otros 1,6%. Betabloqueantes 79,3%: Carvedilol 59,8% (23,3 mg), Bisoprolol 25,9% (5,8 mg), Nebivolol 6,9% (5,3 mg), Atenolol 6,3% (61,6 mg), Metoprolol 0,4% (75 mg), Otros 6,9%. Antialdosterona 45,9% (31,6 mg). Diuréticos Tiazídicos 11,3%: Clortalidona 5,9% (50 mg), HCT 94,1% (24,2 mg). Asa 80,3%: Furosemida 70% (52,3 mg), Torasemida 30% (8,6 mg). Antiagregantes: AAS 42%, Clopidogrel 4,3%, Trifusal 1%, AAS + Clopi 11%. ACO indicados en 41%, prescritos solo 28,5%. Otros: Digital 29,9%, Nitratos 30,4%, Hidralazina 0,3%, CTR 1,8%, DAI 3%, CTR+DAI 3%, DAV 0,2%, Transplante 0,2%, Cirugía remodelado 0,2%, Programa específico IC 1,7%.

Conclusiones: El uso de fármacos de evidencia demostrada es elevado en nuestro medio, ha mejorado con respecto a registros internacionales o regionales previos pero aun es susceptible de optimizar (tanto el uso de fármacos como la dosis). El uso de terapias eléctricas se ajusta en general a las indicaciones establecidas. Los programas específicos de ICC apenas están desarrollados.

C082. ESTENOSIS ARTERIAL CORONARIA OCULTA: UN PROBLEMA PREVALENTE EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL

M.F. González Vargas-Machuca, F. Gómez Pulido, M.V. Junco Domínguez, J.D. Arjona Barrionuevo, J. Torres Llergo, A. Ortiz Carrellán, J.A. Urbano Moral, F. López Pardo, G. Barón Esquivias, A. Sánchez González y A. Martínez-Martínez

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos: La enfermedad cardiovascular (ECV) es la primera causa de muerte en los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) y tratamiento renal sustitutivo (TRS). La prevalencia/pronóstico de la estenosis arterial coronaria significativa (ECS) en candidatos a trasplante renal (TR) sin clínica ni antecedentes de cardiopatía isquémica, aun no está bien definida.

Método: 333P con IRCT fueron estudiados entre noviembre 2005 y febrero 2010. 83P (25%) se excluyeron por antecedentes de angina y/o infarto. De los restantes 250P, 159 dieron consentimiento para la realización de coronariografía como parte del estudio cardiológico pre-trasplante. Todos los pacientes tuvieron al menos una prueba no invasiva de detección de isquemia. Se definió como ECS la oclusión del diámetro arterial mayor del 50%. Examinamos la presencia de ECS y la correlación de diversos parámetros respecto al grupo con enfermedad coronaria no significativa.

Resultados: Edad 56,6 ± 10,5 años. H: 107 (67%), M: 52(33%). Todos los pacientes, excepto uno (99%) padecían HTA, 62% dislipemia, 62% tabaquismo, 38% diabetes y un 15% arteriopatía periférica. Etiología de IRCT: Nefropatía diabética 23%, Glomerulonefritis 18%, Vascular 14% y Nefrop. Túbulo intersticial 13%. Un 88% estaban en hemodiálisis. Tiempo medio en TRS: 6,6 meses (2,3-46). Entre los 159 pacientes asintomáticos sometidos a coronariografía, 43P (27%) tenían estenosis coronaria significativa: 26P (61%) enfermedad monovaso, 7P (16%) de dos vasos y 10P (23%) enfermedad multivaso. En 26P con ECS severa (> 75%) se realizó intervenciónismo coronario considerando el futuro riesgo de infarto. El análisis univariante mostró que la diabetes (p = 0,019), la presencia de calcificación coronaria (p < 0,01) y el nivel de triglicéridos (p = 0,032), se correlacionaban positivamente con la ECS, mientras que el sexo femenino se asoció negativamente (p = 0,005).

Conclusiones: Alta prevalencia de ECS silente (27%) en candidatos a trasplante renal sin antecedentes de cardiopatía isquémica. Los resultados demuestran que a pesar de la ausencia de eventos cardiacos, los pacientes con insuficiencia renal en TRS tienen un elevado riesgo de presentar estenosis coronarias significativas silentes.

C083. TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE 64 CORTES IVUS-LIKE VS. IVUS VERDADERO EN PACIENTES CON LESIONES CORONARIAS. UN ESTUDIO COMPARATIVO

M.C. León, M. Romero, S. Espejo, J. Suárez de Lezo, L. Burgos, M. Pan, P. Martín, D.J. Pavlovic, S. Ojeda y J. Suárez de Lezo Jr.

Hospital Universitario Reina Sofía.

Introducción: La capacidad de la tomografía computarizada (TC) de 64 cortes para cuantificar el grado de estenosis y las dimensiones de la carga de placa en las lesiones coronarias todavía no ha sido bien evaluada.

Objetivo: Determinar la fiabilidad diagnóstica de la TC para identificar y cuantificar las placas ateroscleróticas coronarias en comparación con la angiografía (QCA) y la ecografía intravascular (IVUS).

Métodos: Se incluyeron 46 pacientes con angor. Se evaluaron 58 lesiones coronarias con TC de 64 cortes realizado con contraste. Partiendo de los hallazgos de la TC, todos los pacientes fueron programados para angiografía y todas las lesiones fueron examinadas por IVUS. La correlación entre las mediciones de las diferentes técnicas se determinó utilizando el coeficiente de correlación de Pearson (r).

Resultados: 32 lesiones (55%) tenían un área luminal mínima menor de 4 mm² en el estudio por IVUS, requiriendo consecuentemente revascularización coronaria. En la figura que muestra la correlación observada entre la TC y la ecografía intravascular se puede ver que en 14 pacientes con un área luminal mínima menor de 4 mm² por TC se determinó un área de más de 4 mm² con el IVUS. La tabla 1 muestra los resultados comparativos de las 3 técnicas.

Conclusiones: La TC es capaz de identificar y caracterizar la estenosis coronaria. Las mediciones de TC se correlacionaron significativamente con los parámetros angiográficos y de ecografía intravascular. Sin embargo, la TC no demostró suficiente precisión como para identificar las áreas lumbinales < 4 mm².

IVUS r TC r QCA ML área 5,4 ± 3,3 0,87* 3,4 ± 2,1 - - (mm²) MLD 2,37 ± 0,7 0,75* 1,84 ± 0,6 0,80* 1,78 ± 0,84 (mm). *p < 0,01; ø: diámetro; MLD: diámetro luminal mínimo.

C084. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL AISLAMIENTO DE LAS VENAS PULMONARES CON CATÉTER MESH

M. Durán, A. Pedrote, J.A. Sánchez-Brotons, M. Frutos, R. Solanilla, L. García Riesco y E. Arana

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivo: Pretendemos analizar los resultados inmediatos y a medio plazo del uso de un catéter expandible (HD Mesh Ablator,

Bard) que permite tanto mapear como aplicar radiofrecuencia en los ostia de las venas pulmonares (VVPP) para el tratamiento de la fibrilación auricular.

Material y métodos: Siete pacientes (edad 53 ± 4 años), sin cardiopatía estructural, con antecedentes de fibrilación auricular paroxística resistentes a 1,2 ± 0,2 fármacos antiarrítmicos, fueron sometidos a ablación ostial de las VVPP con catéter Mesh. Cada VVPP fue sondada secuencialmente, expandiéndose el catéter en el ostia, que fue identificado por angiografía, radioscopia y señales eléctricas. La aplicación de radiofrecuencia se hizo en la circunferencia completa de la VVPP, pudiéndose aplicar por cuadrantes si se consideró necesario. El end point del procedimiento fue el aislamiento eléctrico de la VVPP responsable de la FA y si no se identificaba de las 4 VVPP.

Resultados: No hubo complicaciones durante el procedimiento. En 2 pacientes se identificó una sola VVPP arritmogénica no abordándose el resto de VVPP. En 5 pacientes se intentó el sondaje de todas las VVPP (n = 20) consiguiéndose en 14 (fracaso en 5 venas inferiores derechas y una inferior izquierda) En 13 de las 14 VVPP abordadas se consiguió el aislamiento eléctrico. El end point del procedimiento se consiguió sólo en 2 pacientes. En un seguimiento de mínimo de 6 meses, 3 de los pacientes han tenido arritmias auriculares tras el periodo de blanking.

Conclusiones: El catéter Mesh es seguro, sin complicaciones durante el aislamiento de las VVPP y el seguimiento. Su uso está limitado por la anatomía de las VVPP que impiden el sondaje de las VVPP inferiores. Los resultados en el seguimiento son mediocres comparadas con el aislamiento con catéter convencional.



Cardiocre

www.elsevier.es/cardiocre



SAC 2010 – XLV Congreso Andaluz de Cardiología

Córdoba, 20-22 de mayo de 2010

COMUNICACIONES PÓSTER

C085. FÁRMACOS RECOMENDADOS EN INSUFICIENCIA CARDIACA, ¿TRATAMOS IGUAL A TODOS LOS PACIENTES?

J. Caballero Güeto, M.A. Ulecia Martínez, F.J. Caballero Güeto, E. González Cocina, J.M. García Pinilla, M. Lagares Caballo, M. Martín Santana, E. Otero Chulián y B. Jiménez Araque, en representación de los investigadores del CALIC

Hospital Universitario San Cecilio-Granada. Hospital de Marbella. Hospital Universitario Virgen de la Victoria-Málaga. Hospital Puerta del Mar-Cádiz. Hospital de Jerez. Hospital Ciudad de Jaén.

Introducción: La Insuficiencia Cardíaca Crónica (ICC) supone una enorme carga por su morbi-mortalidad. Existen estrategias terapéuticas que mejoran el pronóstico y cuya implementación es fundamental para intentar reducir los costes de esta enfermedad. El registro CALIC pretende evaluar la realidad de esta enfermedad en nuestra comunidad, detectar posibles deficiencias en el manejo y establecer las medidas correctoras pertinentes.

Material y métodos: 599 pacientes incluidos consecutivamente en consultas de Cardiología (8 provincias andaluzas, año 2008) en el registro CALIC. Analizamos el uso de fármacos que mejoran el pronóstico en los distintos subgrupos de pacientes.

Resultados: % Betabloq/IECA/ARA/Antialdost/Estatinas/ACO FEVI > 50% 62,8 82,8/32,1 50 33,3 FEVI < 50% 83 99,1/55,8 65,3 39,7 Hombre 80,4 94,1/47,6 62,7 27,7 Mujer 76 90/39,7 55 41 > 75 años 76 91/43,3 59,6 38,4 < 75 años 79,8 93/45,4 59,8 31.

Conclusiones: El uso de fármacos de evidencia demostrada es elevado en nuestro medio. Los fármacos recomendados por las guías para mejorar el pronóstico son más utilizados en pacientes con función sistólica deprimida que en aquellos con función conservada. Estos fármacos (con la excepción de los anticoagulantes), son más utilizados en pacientes menores de 75 años y hombres frente a mayores de 75 años y mujeres. Es preciso estudiar los motivos y establecer las correcciones necesarias para que estos colectivos de alto riesgo se puedan beneficiar de tratamientos que mejoran el pronóstico.

C086. PREDICTORES DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA Y HOSPITALIZACIONES PROLONGADAS EN INSUFICIENCIA CARDIACA

L. Muñoz Jiménez, C. Urbano Carrillo, E. Chaffanel Peláez, B. Luque Aguirre, J.M. Pérez Ruiz y M. de Mora Martín

Servicio de Cardiología. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

La insuficiencia cardíaca (IC) se considera un importante problema de salud en las sociedades occidentales con mal pronóstico en términos de morbi-mortalidad. En España el 10% de la población por encima de los 60 años tiene IC, constituyendo ésta la primera causa de hospitalización en mayores de 65 años. En la IC crónica se han identificado diversos factores pronósticos en la evolución a largo plazo. Sin embargo, la información que existe en relación a los factores de riesgo en pacientes hospitalizados por IC es escasa.

Objetivos: Analizar factores pronósticos de mortalidad intrahospitalaria y hospitalización prolongada en pacientes ingresados por IC.

Material y métodos: Para ello se incluyeron de forma prospectiva 100 pacientes consecutivos hospitalizados por IC en nuestro centro. Se analizaron características demográficas, comorbilidades, antecedentes de hospitalizaciones previas por IC, etiología de la cardiopatía de base, factores de descompensación de la hospitalización actual, hallazgos analíticos, electrocardiográficos y ecocardiográficos, el tratamiento al ingreso, alta y evolución intrahospitalaria.

Resultados: De los 100 pacientes incluidos, 58% son hombres y 42% son mujeres. La edad media es 69 ± 13 años. Sobre la distribución de los factores de riesgo cardiovascular, 78% presentan hipertensión arterial, 33% diabetes mellitus, 30% tabaquismo y 32% dislipemia. Las principales etiologías fueron hipertensiva (29%), isquémica (28%) y valvular (20%). El 18% se encuentran en fibrilación auricular. El motivo de descompensación más frecuente es la infección respiratoria (31%), seguida de la crisis hipertensiva (29%). El tiempo medio de hospitalización fue de 10 ± 7 días. La mortalidad intrahospitalaria fue del 6%. Como variables predictoras independientes de mortalidad u hospitalización mediante análisis univariado que resultaron significativas fueron la natremia < 130 mEq/l al ingreso, albúmina < 3 mg/dl, la fibrilación auricular y el antecedente de hipertensión arterial.

Conclusiones: La presencia de hipoalbuminemia e hiponatremia al momento del ingreso, junto al antecedente de fibrilación auricular e hipertensión arterial, son predictores independientes de mortalidad intrahospitalaria y hospitalización prolongada

C087. CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS DEL ADULTO: UNA PATOLOGÍA EMERGENTE

J. Robledo Carmona, E. Rueda Calle, J.M. García Pinilla, A. Montiel Trujillo, L. Morcillo Hidalgo, J.J. Gómez Doblas y E. de Teresa Galván

Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción: Las cardiopatías congénitas (CC) en la edad adulta constituyen una población de pacientes (p) relativamente nueva y que va creciendo progresivamente en los últimos años gracias a los avances de la medicina y cirugía. Se espera que la población de adultos con CC pronto supere a la pediátrica.

Objetivo: Analizar de forma descriptiva la labor asistencial de una Consulta de Cardiopatías congénitas del adulto.

Material y métodos: Se analizan los pacientes valorados en la consulta desde el 1 de julio del 2007 al 22 de febrero del 2010.

Resultados: Se han valorado 158 pacientes, 54% varones y 46% mujeres con edad media 31 años (rango de 13-78 años). Tenían hipertensión 28p (17,72%), diabetes 20p (12,65%), dislipemia 22p (13,9%), eran fumadores 24p (15,18%), un paciente tenía cardiopatía isquémica y 14 p tenían síndrome de Down (8,86%). Presentaban una CC simple un 37%, CC moderada un 48% y una CC compleja un 15%. Diez p eran portadores de marcapasos (6,32%) y 22 p presentaron fibrilación auricular en el seguimiento (13,92%). Se realizó ecocardiograma transtorácico a 158p (100%), ecocardiograma transesofágico a 11p (6,96%), ergometría a 24p (15,18%), holter en 46p (29,11%), cardiiorresonancia en 41p (25,94%), resonancia de aorta a 18p (11,39%), TC de coronarias en 1p y Test 6 min a 5p (3,16%). Durante el seguimiento se operaron 13 p (8%), se realizaron cateterismo diagnóstico a 23p (15%), cateterismo terapéutico a 14p (9%) (8 cierres de CIA, 4 valvuloplastias, 4 angioplastias), ablación de venas pulmonares a 1p y ablación de TPSV en 1p. Se ha realizado el seguimiento de 5 embarazos. Consultaron por urgencias 15 p (9,4%), presentando ingresos no programados 5p (3,16%). Por último, 4 pacientes fallecieron (2,53%).

Conclusiones: La complejidad de las cardiopatías congénitas del adulto es evidente. Por todo ello es necesaria la creación de consultas específicas dirigidas a atender las necesidades asistenciales de este grupo de pacientes.

C088. EXPERIENCIA EN LA ABLACIÓN TRANSCATÉTER DE LAS ARRITMIAS CARDIACAS EN NIÑOS

L. Muñoz Jiménez, P. Santiago Díaz, R. Sebastián Galdeano, N. Herrera Gómez, R. Peñas Gil, M. Álvarez López y L. Tercedor Sánchez

Unidad de Arritmias. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción: La ablación transcatóter constituye una alternativa terapéutica potencialmente curativa para diferentes taquiarritmias cardíacas en la edad pediátrica.

Objetivo: Evaluar los resultados de la ablación transcatóter en pacientes menores de 16 años en nuestro centro.

Material y métodos: Entre febrero de 2000 y febrero de 2010 se trataron 76 pacientes. Un 52,9% son niños y 47,1% niñas, con una edad media de 11,38 ± 4 años, y un peso medio de 48,8 ± 21

kg. En 18 casos el peso fue inferior a 30 kg. El 92,9% no tenían cardiopatía estructural, un 4,7% presentaba disfunción ventricular y el 2,4% eran portadores de cardiopatías complejas. El 54% de los pacientes había recibido tratamiento con fármacos antiarrítmicos previamente, requiriendo un 10,6% la combinación de varios fármacos. Los sustratos más frecuentes tratados fueron las vías accesorias en 57 casos (67%) y la taquicardia intranodal en 23 casos (27%). En 2 casos se abordó taquicardia auricular, 1 caso taquicardia ventricular, 1 caso fibrilación auricular y 1 caso flutter auricular. En la mayoría de los casos (94%) se utilizó la ablación mediante radiofrecuencia, en 4 casos la crioblación y en uno ambas. El tiempo medio de escopia del procedimiento fue de 26,5 ± 24 min. El éxito inmediato se consiguió en 68 pacientes (89,4%). En 7 casos fue necesario un segundo procedimiento y solo un caso precisó un tercer procedimiento. En dos casos hubo complicaciones relacionadas con el procedimiento, con aparición de bloqueo de rama derecha transitorio en uno de ellos y derrame pericárdico sin repercusión hemodinámica en otro caso. La media de seguimiento es 37,6 ± 29 meses, durante el cual en dos casos han aparecido recurrencias tardías y en un único caso apareció BAV 2:1 como complicación tardía. En los 4 casos con taquimicardiopatía se ha producido normalización de la fracción de eyección en el seguimiento.

Conclusiones: En nuestra experiencia, la ablación transcatóter en niños es un procedimiento con una alta tasa de efectividad y baja tasa de complicaciones.

C089. ANÁLISIS DE CARGAS DE TRABAJO Y RELEVANCIA CLÍNICA DEL SISTEMA DE MONITORIZACIÓN REMOTA CARELINK® EN LA CONSULTA DE SEGUIMIENTO DE DISPOSITIVOS IMPLANTABLES

J. Fernández Pastor, J. Burgos Mora, J.L. Peña Hernández, M.J. Molina Mora, C. Galacho Ramírez, F. Cabrera Bueno, A. Barrera y J. Alzueta Rodríguez

Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción: Los nuevos avances en la tecnología asociada a desfibriladores y marcapasos, han desarrollado sistemas de seguimiento remoto de estos dispositivos, con lo que se podría reducir el número de visitas presenciales, aumentando los niveles de seguridad y confianza de los pacientes.

Objetivo: Evaluar el número de alarmas clínicas relevantes. Valorar las cargas de tiempo que supone la implementación en las consultas de seguimiento de esta herramienta.

Método: Estudio descriptivo transversal. Muestra de 109 pacientes. Todos recibieron entrevista de adiestramiento para realizar seguimiento remoto de su dispositivo, mediante sistema de monitorización domiciliar. Se programaron revisiones periódicas bimensuales de forma automática a los dispositivos inalámbricos, y mediante calendario que se entregó al paciente, en el caso de los no inalámbricos. Definimos como eventos clínicos relevantes aquellos obligaron a tomar una actuación clínica con respecto al dispositivo o al paciente.

Resultado: Realizamos seguimiento durante 17 meses, con un seguimiento medio de 10,1 meses. Calculamos el tiempo medio empleado en cada adiestramiento (12'), tiempo medio en cada llamada telefónica al paciente (6'), tiempo medio de revisión de una transmisión sin eventos (2') y con eventos (6'). El tiempo medio en consultas presenciales de un dispositivo resincronizador es de 20' y de un convencional de 10'. Se recibieron un total de 702 transmisiones, 387 sin eventos y 315 con eventos. Hubo 100 transmisiones perdidas que obligaron a comunicación telefónica con el paciente. Del total de transmisiones, en 25 de ellas se registraron eventos clínicos relevantes (3,5%).

Conclusiones: El sistema de monitorización constituye una herramienta eficaz en el seguimiento intensivo de pacientes, ayudando a detectar eventos clínicos relevantes. No obstante, las cargas de trabajo medidas en tiempo de dedicación a cada paciente, aumentan considerablemente debido a la necesidad de instrucción, análisis de las transmisiones y comunicaciones telefónicas con el paciente.

C090. ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE ABCIXIMAB Y EPTIFIBATIDE EN PACIENTES SOMETIDOS A ANGIOPLASTIA PERCUTÁNEA. INFLUENCIA EN PARÁMETROS ANALÍTICOS

F. García, J. Herrador, J.C. Fernández, M. Guzmán, V. Aragón y P. Castellano

Complejo Hospitalario de Jaén.

Introducción: El uso de los inhibidores de la GP IIb/IIIa (IGP) en pacientes (pts) con SCA de alto riesgo que van a someterse a angioplastia percutánea (ICP) es cada vez más frecuente. Existen pocos estudios comparativos entre los distintos IGP, y sobre su efecto sobre diferentes parámetros analíticos.

Pacientes y métodos: Entre octubre de 2006 y febrero de 2009 se aleatorizaron 208 pts consecutivos con riesgo elevado (SCA-SEST, lesiones complejas, presencia de trombo) en proporción 1:1, a recibir tras la coronariografía diagnóstica abciximab (ABX: 103 pts) o eptifibatide (EPT: 105 pts). A todos se les realizó antes del cateterismo una determinación analítica completa, un control de enzimas cardíacas a las 6 y 12 h tras ICP, y un nuevo hemograma a las 12 h. El objetivo primario fue el análisis de las diferencias entre ambos IGP en eficacia (eventos cardíacos adversos) y seguridad (complicaciones hemorrágicas), y como objetivo secundario se estudiaron las diferencias entre ambos grupos en la modificación de algunos parámetros bioquímicos basalmente y tras ICP: Troponina I (TnI), hemoglobina (Hb) y plaquetas.

Resultados: No hubo diferencias en las características clínicas y angiográficas entre los grupos ABX y EPT. La mediana de cifras de TnI previa y tras ICP fueron: 0,09-0,6 ng/dl para ABX y 0,04-0,42 ng/dl para EPT ($p = \text{NS}$). Hubo elevación significativa de TnI ($> 1 \text{ ng/dl}$) tras ICP en 21 pts de ABX y 26 pts en EPT ($p = 0,45$), siendo con cifras de TnI $> 5 \text{ ng/dl}$ en 8 pts en ABX vs. 12 en EPT ($p = 0,3$). La cifra de Hb disminuyó tras ICP en ABX una media de $1,08 \pm 1,11 \text{ g/dl}$ y en EPT $0,95 \pm 1,25 \text{ g/dl}$ ($p = 0,4$), siendo la disminución $> 2 \text{ g/dl}$ en 19 vs. 15 pts ($p = \text{ns}$). Las plaquetas disminuyeron en ABX una media de $19.430 \pm 50.000/\text{mm}^3$ y en EPT $14.010 \pm 38.200/\text{mm}^3$ ($p = 0,4$). Hubo plaquetopenia < 100.000 plaquetas/ mm^3 tras ICP en 3 pts en ABX y 1 en EPT, sin episodios hemorrágicos en ninguno. Sólo precisó transfusión sanguínea 1 pts de EPT debido a un hematoma inguinal importante.

Conclusiones: Tras ICP, se observa una disminución mayor de cifras de Hb y plaquetas en el grupo ABX, aunque sin significación estadística en nuestra muestra y sin repercusión clínica importante.

C091. STENTS LIBERADORES DE EVEROLIMUS VS. STENTS LIBERADORES DE SIROLIMUS EN PACIENTES CON LESIONES EN BIFURCACIÓN TRATADAS MEDIANTE ESTRATEGIA SIMPLE. UN ESTUDIO ALEATORIZADO

M.C. León, M. Pan Álvarez-Osorio, M. Romero, J. Segura, S. Ojeda, F. Mazuelos y J. Suárez de Lezo

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción: Los stents liberadores de everolimus han demostrado reducir la restenosis en muchos tipos de lesiones. Sin em-

bargo, aún no se ha demostrado su eficacia en lesiones bifurcadas, y no se han publicado comparaciones aleatorizadas con otros stents liberadores de drogas en este contexto.

Objetivo: Comparar la eficacia de stents liberadores de sirolimus y everolimus en pacientes con lesiones bifurcadas tratadas mediante estrategia simple.

Métodos: De febrero de 2007 a diciembre de 2008 se reclutaron prospectivamente 293 pacientes con lesiones bifurcadas de cualquier categoría de Medina. Los pacientes incluidos se aleatorizaron 1:1 a tratamiento con stent de sirolimus ($n = 145$) o everolimus ($n = 148$). Se incluyeron diámetros del vaso principal de más de 2,5 mm y de la rama lateral de más de 2,25 mm. Los pacientes con estenosis difusa de la rama lateral fueron excluidos. La incidencia de eventos mayores (muerte, revascularización de la lesión diana o infarto agudo de miocardio) al año de seguimiento fue el end-point primario.

Resultados: No hubo diferencias significativas entre los grupos de sirolimus y everolimus en cuanto a edad, factores de riesgo, estado clínico, localización de las lesiones o fracción de eyección ventricular izquierda. Los diámetros del vaso principal ($3,1 \pm 0,4$ vs. $3,1 \pm 0,4 \text{ mm}$) y la rama lateral ($2,4 \pm 0,3$ vs. $2,4 \pm 0,4 \text{ mm}$) fueron casi idénticos en ambos grupos, así como los resultados inmediatos e intrahospitalarios. 4 pacientes sufrieron infarto no Q durante el ingreso: 2 en el grupo de sirolimus (1,3%) y 2 en el de everolimus (1,3%). Se produjeron 2 muertes intrahospitalarias, 1 de cada grupo. Hubo 4 pérdidas en el seguimiento; el resto completó el año. 9 pacientes precisaron revascularización de la lesión diana: 4 (3%) del grupo de sirolimus y 5 (3%) del de everolimus. Se dieron 4 muertes tardías en el grupo de sirolimus y 1 en el de everolimus. La tasa de eventos mayores al año fue similar en ambos grupos: 11 (8%) en el de sirolimus y 9 (6%) en el de everolimus ($p = \text{NS}$).

Conclusiones: En pacientes con lesiones bifurcadas, no hubo diferencias significativas en los resultados clínicos, al año de seguimiento, entre los grupos de stents liberadores de sirolimus y de everolimus.

C092. COMPARACIÓN DE IODIXANOL FRENTE A IOHEXOL EN LA PREVENCIÓN DE LA NEFROPATÍA POR CONTRASTE

B. Pérez Villardón, C. Jiménez Rubio, C. Lópezosa Moya, J.A. Bullones Ramírez, J. Álvarez Rubiera, C. Urbano Carrillo, F. Álvarez Cienfuegos, J.L. Castillo Castro, M. de Mora Martín y O. Pérez González*

Servicio de Cardiología. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga. *Fundación Imabis.

Introducción: La nefropatía inducida por contraste (NIC) se considera la tercera causa más frecuente de insuficiencia renal aguda en pacientes (p) hospitalizados. Nuestro objetivo fue comparar la incidencia de NIC tras la administración de un medio de contraste isoosmolar (MCIO, iodixanol) o medio de contraste de baja osmolaridad (MCBO, iohexol) en una serie de p sometidos a cateterismo cardíaco. Establecer predictores independientes y evaluar la eficacia del protocolo de protección renal utilizado en nuestro medio.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo que incluye 267p, 129p recibieron MCIO (reclutados de abril-junio 2009) y 138 MCBO (agosto-octubre 2009). Se clasificó el riesgo de NIC según un sistema de puntuación, administrándose hidratación iv con suero salino isotónico y acetilcisteína oral según un protocolo similar en ambos periodos.

Resultados: La edad del grupo de p que recibió MCBO fue ligeramente superior ($65,3 \pm 9,8$ vs. $62,1 \pm 10,5$, $p = 0,01$), y en este grupo había más prevalencia de mujeres (40,6% vs. 24,8%, $p = 0,006$); sin diferencias significativas en el resto de características

basales y clínicas. No hubo diferencias en la media de volumen de contraste administrado ($237,9 \pm 109,8$ MCBO vs. $222,9 \pm 99,2$ cc MCIO, $p = 0,7$) ni en el porcentaje de ICP ($42,4\%$ MCBO vs. $39,3\%$ MCIO, $p = 0,2$). La prevalencia total de NIC fue del 16% , $21,4\%$ con MCBO frente a $10,4\%$ con MCIO ($p = 0,018$). Ningún paciente incluido en el estudio precisó diálisis, aunque sí motivó mayor estancia hospitalaria (36 vs. 96 h, $p < 0,001$). Análisis multivariable: utilización del MCIO resultó factor protector (OR $0,48$; IC 95% : $0,22-0,80$, $p = 0,03$); resultaron predictores independientes de NIC la diabetes mellitus (OR $1,9$; IC 95% : $1,2-4,1$; $p = 0,04$), hematocrito $< 39\%$ (OR $2,7$; IC 95% : $1,2-6,7$; $p = 0,015$); IAM (OR = $2,9$; IC 95% : $1,4-6,3$; $p = 0,006$); tratamiento diuréticos (OR = $4,3$; IC 95% : $1,9-10$; $p = 0,001$).

Conclusiones: El medio de contraste de baja osmolaridad iohexol se asoció una incidencia significativamente mayor de NIC. Los pacientes que desarrollaron NIC tuvieron mayor estancia hospitalaria. La utilización de un sistema de puntuación que incluya predictores independientes de NIC como diabetes mellitus, hematocrito $< 39\%$, IAM, tto con diuréticos permite clasificar el riesgo y aplicar un protocolo de protección renal adecuado.

C093. CIERRE PERCUTÁNEO DEL FORAMEN OVAL PERMEABLE CONTROLADO MEDIANTE ECOCARDIOGRAFÍA TRANSTORÁCICA

E. Díaz Retamino, F.J. Camacho Jurado, S. Gamaza Chulián, A. Giráldez Valpuesta, V. Escolar Camas, P. Egea Serrano, E. Marante Fuertes, M. Sancho Jaldón y R. Vázquez García

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Introducción: El foramen oval permeable (FOP) es una alteración del septo interauricular (SIA) relativamente prevalente en la población general, asociado en ocasiones a una importante comorbilidad (fenómenos embólicos arteriales). Una de las opciones de tratamiento consiste en el cierre percutáneo de dicho defecto. Hasta ahora, el control del procedimiento se realizaba principalmente a través de ecocardiografía transesofágica (ETE) o intracardiaca (EIC). La ecocardiografía transtorácica (ETT) podría convertirse en una alternativa de control menos invasiva.

Métodos: Se analizan descriptivamente 45 pacientes consecutivos (julio 2004-enero 2010) con FOP y antecedentes de embolia arterial, derivados a nuestro laboratorio de Hemodinámica para cierre percutáneo. Se comparan los resultados obtenidos mediante control mediante ETT con el uso de EIC.

Resultados: El procedimiento fue exitoso en todos los pacientes (100%). En el grupo de pacientes con control guiado mediante ETT ($n = 34$, $75,6\%$) las características basales son: edad $45,5 \pm 10,5$ años, IMC $26,8 \pm 4,2$ kg/m², presencia de aneurisma del SIA en el 66% , duración media de la sesión 40 min, duración de escopia $7,26$ min, abordaje venoso femoral único en el 100% , duración del ingreso $1,9 \pm 0,7$ días y presencia de complicaciones en 2 pacientes (6%). El grupo de pacientes en los que se utilizó EIC ($n = 11$, $24,4\%$), presentaba una edad de $50 \pm 7,5$ años, con IMC de $27 \pm 4,2$ kg/m², encontrándose aneurisma del septo interauricular (SIA) en el 45% . La duración media del procedimiento fue de 46 min y de escopia de 13 min, precisando el 100% doble abordaje venoso femoral. Permanecieron ingresados $2 \pm 1,3$ días, registrándose complicaciones en 2 pacientes (18%).

Conclusiones: Tras 5 años de experiencia en nuestro centro, el uso de la ETT como prueba de imagen complementaria a la fluoroscopia en el cierre percutáneo del FOP ha demostrado ser un procedimiento seguro, disminuyendo la complejidad del intervencionismo y la comorbilidad asociada a la técnica.

C094. PAPEL PRONÓSTICO DE LA ELEVACIÓN DE LA TROPONINA POSTOPERATORIA EN LA CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN CORONARIA

L. Muñoz Jiménez, C. Urbano Carrillo, I. Piñero Uribe, J. Valderrama Marcos, S. González González y M. de Mora Martín

Servicio de Cardiología. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

La troponina es un marcador específico de daño miocárdico. La elevación de la troponina es un hallazgo frecuente tras la cirugía cardíaca, sin embargo la significación clínica de esta elevación es controvertida.

Objetivos: Evaluar si el aumento de la troponina en el postoperatorio de la cirugía cardíaca de revascularización miocárdica esta relacionada con un mayor riesgo de mortalidad hospitalaria.

Métodos: Se han incluido 120 pacientes sometidos a cirugía de revascularización coronaria en nuestro centro en los últimos 2 años. Se recogieron datos preoperatorios sobre edad, sexo, factores de riesgo cardiovascular, antecedentes de IAM previo, número de vasos afectados y función ventricular. Tras la cirugía se valoró el tipo de intervención realizada, número de injertos, tiempo de extubación, sangrado postoperatorio, troponina máxima, necesidad de trasfusión, uso de drogas vasoactivas y balón de contrapulsación, desarrollo de insuficiencia renal, fibrilación auricular, complicaciones neurológicas y reintervención.

Resultados: De los 120 pacientes incluidos, el 80% son hombres y el 20% son mujeres, con una edad media de 65 ± 8 años. Sobre la distribución de los factores de riesgo cardiovascular, $66,9\%$ son hipertensos, $56,2\%$ fumadores, $39,7\%$ diabéticos y $59,5\%$ dislipémicos. Tienen antecedentes de IAM previo el $63,6\%$. La enfermedad de tres vasos es la afectación más frecuente, $69,4\%$. Precizaron trasfusión de hemoderivados el $32,2\%$, drogas vasoactivas 38% y un 5% balón de contrapulsación. Desarrollaron insuficiencia renal $12,4\%$, de los cuales solo 3 pacientes necesitaron hemodiálisis. Hubo complicaciones neurológicas en el $2,5\%$ y necesitaron reintervención el $1,7\%$. Presentaron fibrilación auricular el $19,8\%$. El tiempo medio de extubación es de $9,3$ h. Se produjo elevación de troponina en el $47,9\%$, con un valor medio de $7,9 \pm 11$ ng/ml. La mortalidad intrahospitalaria es del 5% . Tras el análisis multivariante la elevación de troponina resultó un predictor de mortalidad independiente (OR $1,14$, IC del 95% , $1,05-1,24$, $P = 0,002$).

Conclusiones: La elevación de la troponina postoperatoria se asocia con un mayor riesgo de mortalidad intrahospitalaria en pacientes sometidos a revascularización coronaria.

C095. SEGURIDAD Y EFICACIA DE LA IVABRADINA TRAS EL TRASPLANTE CARDIACO

E. Lage Gallé, M. Gonzales Vargas Machuca, N. Romero Rodríguez, M. Sobrino Marquez, R. Solanilla Rodríguez, A. Guisado Rasco, J. Nevado Portero y A. Martínez Martínez

Área del Corazón. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: La denervación del corazón trasplantado es la principal causa de la taquicardia sinusal que presentan estos pacientes con frecuencia y que en los casos sintomáticos precisa un abordaje farmacológico.

Objetivo: Evaluar la seguridad y eficacia de la ivabradina, un bloqueador de la corriente I(f) en los pacientes trasplantados de corazón.

Método: Dentro de la cohorte de 316 pacientes trasplantados en un único centro desde 1991 se utilizó ivabradina en un total de 25 pacientes, añadido a betabloqueantes en 6 de los 25 casos. Se

realizó un seguimiento prospectivo de la cohorte con el fin de identificar posibles efectos adversos y comprobar el efecto sobre la frecuencia cardiaca y el control de los síntomas.

Resultados: De los 25 pacientes, 22 eran hombres, con una edad media de 44 años (SD = 4,7). En todos los casos se comprobó una frecuencia cardiaca sinusal en reposo de más de 100 lpm, descartándose otras causas de taquicardia sinusal. Durante un seguimiento medio de 1,15 años (SD = 0,32) no se registraron efectos adversos significativos, alcanzándose la dosis máxima en todos los pacientes y lográndose una reducción media de la frecuencia cardiaca en reposo de 32 lpm (SD 6,2). Todos los pacientes refirieron en la anamnesis una mejoría clínica y de la capacidad funcional.

Conclusiones: La ivabradina es segura y eficaz en los pacientes trasplantados de corazón.

C096. DIFERENCIAS EN LA EVOLUCIÓN DE LOS NIVELES DE BNP EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CON FUNCIÓN SISTÓLICA CONSERVADA Y DEPRIMIDA EN UNA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA

M.C. Durán Torralba, C. Rus Mansilla, G. Cortez Quiroga, M.M. Martínez Quesada, M.G. López Moyano, C. Recuerda Casado, M. Delgado Moreno y M. López González

Hospital Alto Guadalquivir. Andújar. Jaén.

Introducción: El papel del BNP para el diagnóstico de la insuficiencia cardiaca está ampliamente demostrado, siendo más controvertido su valor en el seguimiento y orientación del tratamiento de los pacientes.

Objetivos: Analizamos la evolución de los niveles de BNP y el pronóstico de la enfermedad en el grupo de pacientes (pac) con insuficiencia cardiaca con fracción de eyección (FE) preservada y deprimida.

Métodos: De 114 pac valorados en la unidad de insuficiencia cardiaca, incluimos en el grupo de intervención dirigida a 67. De ellos, 53 pac (80%) presentaban disfunción sistólica y 14 (20%) tenía fracción de eyección preservada. Se recogieron características demográficas, factores de riesgo cardiovascular y etiología de la miocardiopatía. Se programaron visitas trimestrales durante el primer año, realizando una determinación de BNP en cada una de ellas.

Resultados: Ambos grupos tenían una edad similar (67 ± 11 en el grupo de FE deprimida vs. 69 ± 10 años en el grupo de FE conservada, $p = 0,6$). El porcentaje de varones fue superior en el grupo de FE deprimida (85% vs. 35%, $p < 0,05$). La isquémica fue la causa más frecuente de disfunción sistólica y la hipertensión la causa más frecuente en el grupo de FE conservada. No existieron diferencias en relación a la mortalidad y los reingresos por insuficiencia cardiaca. En el grupo de FE conservada se produjeron 11 exitus (20%) vs. 3 exitus en el grupo de FE preservada (21%). Tampoco encontramos diferencias en la incidencia de reingresos (22% FE deprimida vs. 28% FE conservada). En el grupo de FE deprimida los niveles de BNP no sufrieron cambios en el primer trimestre ($430,4 \pm 101,7$ ng/dl vs. $299,4 \pm 68,2$ a los 3 meses) y sí experimentaron una reducción significativa al año ($299,4 \pm 68,2$ a los 3 meses vs. $192,2 \pm 55,6$ ng/dl al año, $p < 0,05$). En el grupo de FE conservada no se observó ninguna diferencia a lo largo del seguimiento ($153,6 \pm 36,2$ basal; $124,6 \pm 28,5$ a los tres meses; $128,1 \pm 26,6$ a los 12 meses).

Conclusiones: El pronóstico de la ICC con FE preservada es el mismo que el de pac con FE deprimida, a pesar de sus diferencias en etiología y género. La determinación de BNP seriados no confiere ningún beneficio adicional para la monitorización del tratamiento en este último grupo.

C097. ENFERMEDAD VASCULAR DEL INJERTO EN EL TRASPLANTE CARDIACO: MARCADORES ANALÍTICOS Y EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD

S. Gómez Moreno, E. Lage Gallé, A. Caro Pérez, J. Jiménez Díaz, A. Sánchez González y A. Martínez Martínez

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: La enfermedad vascular del injerto (EVI) es una forma de aterosclerosis acelerada del injerto que afecta a más del 40% de los pacientes trasplantados cardíacos a los 5 años de seguimiento y es la primera causa de muerte a partir del primer año del trasplante.

Objetivos: Dado que algunos estudios han encontrado que la adiponectina predice la progresión de la aterosclerosis coronaria, en nuestro trabajo nos planteamos analizar la relación entre las concentraciones de adiponectina con el desarrollo de EVI. También estudiamos los niveles de adiponectina según el sexo y el tiempo transcurrido hasta el diagnóstico de EVI.

Método: Incluimos 52 pacientes trasplantados cardíacos, les determinamos las cifras de adiponectina y los clasificamos en 4 grupos según la existencia o no de EVI.

Resultados: Tenían EVI según los hallazgos de la coronariografía 17 pacientes y según ultrasonidos intravascular (IVUS) 31 pacientes. Se agruparon a los pacientes diagnosticados de EVI según IVUS en 2 grupos; grupo 1, cuando no padecieron EVI (21 pacientes) y un segundo grupo, cuando sí tenían EVI (31 pacientes). Asimismo, se clasificaron los pacientes diagnosticados de EVI en función de la coronariografía en otros dos grupos; grupo 3, los que no tenían EVI (35 pacientes) frente al grupo 4, que tenían EVI de cualquier grado (17 pacientes). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,5$) en los niveles de adiponectina entre los grupos 1 y 2, ni entre los grupos 3 y 4. Hallamos diferencias estadísticamente significativas en los niveles de adiponectina en función del sexo ($p = 0,002$) con niveles superiores en las mujeres. También fueron más frecuentes los eventos cardíacos mayores en los pacientes diagnosticados de EVI ($p = 0,001$). El tiempo medio en meses desde el trasplante cardíaco hasta el diagnóstico fue de 67 meses para el grupo 1; 107 para el grupo 2; 71 meses para el grupo 3 y 101 para el grupo 4. Encontramos diferencias estadísticamente significativas entre los grupos 1 y 2 ($p = 0,032$) y entre los grupos 3 y 4 ($p = 0,081$). Por tanto estos resultados están en consonancia con la conocida relación entre el aumento de la incidencia y severidad de EVI con el mayor tiempo transcurrido desde el trasplante.

C098. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN PULMONAR EN UN HOSPITAL REGIONAL

T. Gil Jiménez, C. Medina Palomo, L. Fernández, C. Corona Barrio, P. Chinchurreta Capote, J. Siles Rubio, F. Torres Calvo, M. Pombo y F. Ruiz Mateas

Unidad de Cardiología. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga.

Introducción: La hipertensión pulmonar (HP) se define como la existencia de una presión media en arteria pulmonar superior a 25 mmHg en reposo. Si bien se conoce gran cantidad de datos epidemiológicos de la HP primaria, existen pocos datos en la literatura de las características de la población general con HP.

Objetivo. Conocer las características clínicas de los distintos tipos de HP en los pacientes de un Hospital General.

Material y método: El criterio de inclusión fijado fue una presión sistólica pulmonar (PSAP) "persistente" y estimada por ecocardiografía doppler ≥ 50 mmHg. La recogida de casos se realizó del CMBD de las altas hospitalarias cuyo diagnóstico principal o secundarios incluía el GRD de HP primaria o secundaria, y el

Eissenmenger; así como la base de datos de la Unidad de Insuficiencia Cardíaca.

Resultados. Entre enero de 1994 y diciembre de 2009 cumplían el criterio de inclusión 204 de los 321 pacientes evaluados. La edad media de dichos pacientes fue de $73,35 \pm 17,48$ años en el momento del diagnóstico. Eran mujeres 112/204 (55%) de los casos. La PSAP inicial media fue de $74 \pm 9,2$ mmHg. Encontramos como tipo predominante la HP asociada a enfermedades del corazón con 88 casos (43,13%), siendo la etiología más frecuente la valvulopatía mitral (53/88). La HP asociada a enfermedades respiratorias fue el 25% del global. La HP debida a trombosis crónica fue 25 casos (12,25%) del global. La HP arterial fue 42 (20,58% del global) 26 casos eran shunts izquierda-derecha, 8 casos de HP primaria, 2 casos de esclerodermia, 2 casos con anorexígenos y 4 casos con hipertensión portal. La HP asociada a enfermedad respiratoria con 37 casos (18,13%). Los otros 12 pacientes (5,88% del total) correspondió a misceláneas. La edad de los casos con HP arterial fue inferior a los casos de HP asociada a enfermedad del corazón. El sexo predominante en todos los tipos de HP fue el femenino (2:1), salvo en los casos de shunts sistémicos, donde no encontramos diferencias (1:1), y en los secundarios a enfermedad respiratoria con predominio de varones (1:4,5).

Conclusiones. 1. La mitad de los casos registrados en nuestra serie corresponden a HP asociada a enfermedades del corazón, fundamentalmente relacionada con la valvulopatía reumática. 2. La edad de nuestros pacientes fue elevada, siendo significativamente menor en los casos de HP arterial. 3. Encontramos un predominio del sexo femenino en todos los casos, salvo en el cor pulmonale, donde eran predominantemente varones.

C099. EVALUACIÓN DE PRETRASPLANTE RENAL EN CONSULTA CARDIOLÓGICA MONOGRÁFICA DE VALORACIÓN DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS SÓLIDOS

B. Pérez Villardón, D. Gaitán Román, M.A. Ramírez Marrero, A. García Bellón, A. González González, C.B. Jiménez Rubio y M. de Mora Martín

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Desde octubre de 2009 fueron analizados en consulta 30 pacientes (p) en insuficiencia renal terminal. Las indicaciones para trasplante renal fueron vascular en 10 p (23,5%), diabetes en 12 p (27,9%), glomerulonefritis en 2 p (4,7%), enfermedad poliquística en 3 p (7%), enfermedad sistémica en 1 p (2,3%), no hereditaria en 1 p (2,3%), uropatía obstructiva en 1 p (2,3%) y no filiada en 3 p (7%). En cuanto a las características clínicas de estos pacientes: la media de edad fue de 56,83 años. 28 p (93,3%) tenían hipertensión arterial, 11 p diabetes (36,6%), 22 p dislipemia (73,3%), 4 p tabaquismo activo (13,3%), 3 p fibrilación auricular permanente (10%), 2 p ACV previo (6,6%), 3 p enfermedad arterial periférica (10%), 13 p tenían cardiopatía previa (43,3%) y 6 p (20%) un trasplante del mismo órgano previo. Se realizó ecocardiograma doppler a todos los pacientes, sólo 2 p (6,6%) tenían disfunción sistólica, en 10 p (33,3%) encontramos hipertrofia ventricular izquierda y en 23 p (76,6%) disfunción diastólica. Además en 16 p (53,3%) se realizó gammagrafía, en 6 p (20%) ecocardiograma de stress y en 14 p cateterismo (46,6%). Del estudio cardiológico se derivaron 4 actuaciones terapéuticas cardiovasculares previas al trasplante: en 2 casos intervencionismo percutáneo con implante de stent, en un caso cirugía de aneurisma de aorta ascendente y en otro caso cirugía de revascularización miocárdica quirúrgica. Desde el comienzo de la consulta en octubre de 2010 se han trasplantado 5 enfermos de riñón (1 de ellos combinado), sin incidencias cardiovasculares peri ni postoperatorias. La enfermedad cardiovascular es la principal causa de morbimortalidad en los pacientes trasplantados rena-

les. Ante la disminución del número de donantes actual, el aumento de la demanda y la alta prevalencia de la enfermedad renal son necesarios protocolos de actuación que garanticen la seguridad de estos enfermos y les permitan mejorar su calidad y cantidad de vida recibiendo el trasplante.

C100. IAMEST: IDENTIFICACIÓN DE PARÁMETROS DE CALIDAD Y OPORTUNIDADES DE MEJORA

J. Caballero Güeto, F.J. Caballero Güeto*, M.A. Ulecia Martínez y J.M. Candel Delgado

Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

*Hospital de Montilla y Cruz Roja. Córdoba.

Objetivo: Las guías de práctica clínica establecen una mayor uniformidad y rigor científico en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades por parte de todos los profesionales que atienden a los pacientes. Un segundo aspecto de las guías es realizar un esfuerzo para mejorar la calidad de los cuidados desarrollando medidas para su evaluación. Pretendemos conocer el nivel de adherencia a las guías en condiciones de la práctica clínica habitual.

Material y métodos: 6.486 pacientes con IAMEST incluidos en la base de datos del EuroHeart Survey-Acute Coronary Syndrome por 85 países hasta septiembre 2009 (129 pacientes procedentes de nuestro centro, 1086 de otros centros españoles y 5271 de centros del resto de Europa). Evaluamos el cumplimiento de los indicadores de calidad en el IAMEST establecidos por las guías Americanas (ACC/AHA 2008 Performance Measures for Adults With ST-Elevation and Non-ST-Elevation Myocardial Infarction).

Resultados: Indicadores de calidad: Granada/España/Europa AAS las primeras 24 h 97,7/98,1/96,7 anticoagulantes 100/92/100 betabloqueantes en 1.ª 24 h 86,9/83,8/86,8 Reperusión IAMEST 64/93/97 Determinación de FEVI 100/99/89,5 AAS al alta 95,2/93,4/94,6 betabloqueantes al alta 83,2/83,8/88,2 IECAs/ARA al alta 93,6/73,5/86,4 estatinas al alta 91,2/89,7/90,3.

Conclusiones: La evaluación de los indicadores facilita la medida de la calidad en los cuidados y permiten identificar oportunidades y establecer ciclos de mejora. En nuestro medio, el uso de terapias farmacológicas de eficacia demostrada en manejo del IAMEST esta muy optimizado. No obstante, el grado en reperusión aguda es bajo, por lo que procede identificar las causas y establecer las medidas para su corrección.

C101. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA E INGRESO URGENTE EN ANDALUCÍA DURANTE EL AÑO 2007

J.M. García Torrecillas, E. Moreno Millán, M.C. Lea Pereira, F. Ortega Martos, J.M. Aznar Lara y C. García Rodríguez

Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería.

Objetivos: Principal: Evaluar el comportamiento de los GRDs 121 a 125 referentes a cardiopatía isquémica (CI) en Andalucía durante el año 2007. Secundarios: Detección de principales diferencias entre el ingreso urgente (IU) frente al programado (IP). Evaluar el esfuerzo diagnóstico-terapéutico en relación con la edad.

Diseño: Estudio descriptivo, transversal, no concurrente.

Material y métodos: Todos los mayores de 45 años ingresados en Andalucía bajo los GRDs 121-125. Fuente: CMBD del MSC. Variables principales: edad, sexo, provincia, estancia, tipo de ingreso-alta, reingreso, número de diagnósticos (NDA) y procedimientos (NPA) al alta.

Resultados: Se realizaron 10441 ingresos en 2007 (70,3% IU). Distribución por GRD: 121 (17,4%), 122 (23,9%), 123 (7,3%), 124 (19,5%), 125 (31,8%). IU vs. IP: edad $69,84 \pm 11,38$ vs. $64,59 \pm 9,58$ años, $p =$

0,000. Estancia $8,77 \pm 7,0$ vs. $3,34 \pm 3,85$ días, $p = 0,000$. NDA: $6,77 \pm 2,96$ vs. $4,96 \pm 2,64$, $p = 0,000$. NPA: $3,46 \pm 2,12$ vs. $3,37 \pm 1,27$, $p = 0,005$. El 72% del GRD 125 es IP frente al resto de GRDs donde el IU se da en el 72-95% de los casos ($\chi^2 = 3,670$, $p = 0,000$); el 71,2% de los varones ingresan de modo urgente, frente al 68,9% de las mujeres, $p = 0,013$. Reingresan a 30 días el 5% de los IP vs. un 7% de los IU, $p = 0,000$. En el análisis de regresión logística binaria se asociaron al IU: edad (OR 1,03), sexo masculino (OR 1,3), estancia (OR 1,4), NDA (OR 1,12) y NPA (0,93) con $p = 0,000$ y reingreso (OR 0,81, $p = 0,045$). Respecto al NPA al que son sometidos los pacientes, hay un declive significativo en el mismo a medida que envejecen, siendo sometidos a $3,74 \pm 1,8$ procedimientos los pacientes entre 45 y 64 años, a $3,48 \pm 1,8$ aquellos con 65-79 años y a $2,62 \pm 1,99$ aquellos con 80 o más años.

Conclusiones: 1. Casi dos tercios de los ingresos por GRDs relacionados con CI ingresan de modo urgente siendo mayoritario el 125 (CI con cateterismo y diagnóstico no complejo). 2. Los IU son con más frecuencia varones, de mayor edad, generan más estancias y reingresan más, presentan más comorbilidad expresada como NDA y son sometidos a más procedimientos (variable proxy del esfuerzo) que los IP. 3. Existe una disminución del esfuerzo diagnóstico-terapéutico en relación creciente con la edad, que merece estudios analíticos futuros.

C102. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES OCTOGENARIOS SOMETIDOS A ANGIOPLASTIA PRIMARIA

F.J. Camacho Jurado, E. Díaz, S. Gamaza, A. Giraldez, V. Escolar, J.L. López, J.M. Pedregal, A. Gutiérrez, G. Calle, M. Sancho, R. de Zayas, E. Marante, R. Arana y R. Vázquez

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Introducción y objetivos: Se está produciendo un aumento en el número de procedimientos intervencionistas en una población cada vez más añosa, poco representada en las guías de práctica clínica. Nuestro objetivo es describir las características de los pacientes octogenarios sometidos a angioplastia primaria por síndrome coronario agudo.

Métodos: Revisamos de forma retrospectiva 36 pacientes octogenarios en los que se realizó angioplastia primaria, entre marzo de 2002 y febrero de 2010.

Resultados: La edad media fue de 84 ± 4 años, con un rango de edades entre los 80 y los 94 años; 19 pacientes eran varones y 17 mujeres. La prevalencia de factores de riesgo cardiovascular fue: DM (49%), HTA (63%), dislipemia (32%), tabaquismo (34%). Presentaban: anemia (43%), IRC (20%), arteriopatía periférica (26%), FA (14%), IAM previo (14%) y neoplasia (23%). Se realizó en EAP/ Shock el 20% de los casos, y el 11% por bradicardia extrema. El 80% presentaba enfermedad multivazo (media 2,4 vasos), realizándose una revascularización completa en el 28% de los casos. El número medio de segmentos enfermos por paciente fue de 3,5, tratándose 1,61 s/pac. El vaso responsable más frecuente fue la coronaria derecha (41%), seguido por la descendente anterior (39%). El número medio de stents implantados por paciente fue 1,56, utilizándose stents convencionales en el 75% de los casos. El diámetro máximo/mínimo de los stents fue de 3,13/2,95 mm de media, con una longitud media de 27 mm. El uso de bivalirudina y antiIIb-IIIa fue de 8% y el 33% respectivamente. Se usó catéter Export en 4 casos, los cuales no se asociaron a MACE en el seguimiento ($p < 0,05$). La FEVI media fue del $46,5 \pm 12\%$. El éxito inicial del procedimiento fue del 80%. El seguimiento medio fue de 25,5 meses (0-86 meses), siendo la frecuencia de MACE del 51%. Al final del seguimiento la supervivencia global fue del 49% (5 éxitos en el ingreso y 13 en el seguimiento), asociándose a peor pronóstico, con diferencias estadísticamente significativas aquellos que presentaban DM ($p = 0,016$).

Conclusiones: En estos pacientes, la angioplastia primaria es un procedimiento con gran porcentaje de éxito, aunque significativa mortalidad periprocedimiento.

C103. RETRASO DEL TIEMPO INICIO SÍNTOMAS: CONTACTO SANITARIO Y SU REPERCUSIÓN PRONÓSTICA EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO

B. Pérez Villardón, J.A. Cano Nieto, M.A. Ramírez Marrero, C. Jiménez Rubio, A.M. García Bellón, M. Álvarez Bueno, A. Vera y M. de Mora

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Introducción y objetivo: El retraso desde el inicio de los síntomas hasta el momento en el que el paciente es atendido por Síndrome Coronario Agudo (SCA), está relacionado con la morbimortalidad, siendo una prioridad universal en los sistemas sanitarios acortar dichos retrasos. Nuestro objetivo fue estudiar este aspecto en nuestro medio y analizar la influencia que tiene en nuestros resultados.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo del total de pacientes (p) ingresados consecutivamente por SCA en la Unidad Coronaria entre junio del 2009 y febrero del 2010, incluidos en el Registro ARIAM.

Resultados: Analizamos un total de 204 p, con una edad media de $63 \pm 12,8$ años, predominio de varones (70,1%). Un 17,5% tenían antecedentes de IAM previo. El retraso medio entre el inicio de los síntomas y el primer contacto con el sistema sanitario fue de $60,41 \pm 9,44$ min; 86 p (42,2%) iniciaron sus síntomas entre las 20:00 y las 08:00 h, encontrándose un mayor retraso con respecto a los p atendidos durante el resto de franja horaria ($84,56 \pm 18,9$ min vs. $43,17 \pm 9,20$ min, $p = 0,001$). Tiempos de retraso > 60 min se asociaron a mayor porcentaje de complicaciones del SCA (arritmicas, mecánicas, isquemia recurrente, hemorrágicas) (42,4% vs. 28,3%, $p = 0,05$). No encontramos diferencias en el tiempo de retraso entre p con/sin antecedentes de IAM previo ($58,12 \pm 10,69$, sin antecedentes; $76,09 \pm 25,2$, con antecedentes, $p = 0,48$). Las mujeres acuden con mayor retraso comparado con los hombres, sin alcanzar significación estadística ($72,3 \pm 18$ vs. $55,3 \pm 10,9$ min, $p = 0,40$) y presentan mayor porcentaje de complicaciones (42,6% vs. 26,6%, $p = 0,019$).

Conclusiones: En nuestro medio, el tiempo medio de retraso de los pacientes hasta que contactan con el sistema sanitario es aceptable. Su prolongación se asocia a mayor riesgo de complicaciones de SCA. Las mujeres presentan mayor porcentaje de complicaciones relacionadas con el SCA, con tendencia a mostrar un mayor retraso.

C104. PERFIL CLÍNICO Y EPIDEMIOLÓGICO DE LOS PACIENTES INCLUIDOS EN EL REGISTRO ARIAM

B. Pérez Villardón, C. Jiménez Rubio, M.A. Ramírez Marrero, A.M. González González, B. Luque Aguirre, M. Álvarez Bueno, A. Vera y M. de Mora, en representación del Grupo de Trabajo ARIAM

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Introducción: El Síndrome coronario agudo (SCA) se refiere a una gama de presentaciones clínicas que van desde el infarto de miocardio con elevación del segmento (IAMCEST) al infarto de miocardio sin elevación del segmento (IAMSEST) y la angina inestable. El pronóstico en la fase aguda depende del tipo de SCA y del manejo. El objetivo fue conocer si nuestra práctica se asemeja a los grandes ensayos.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo de los pacientes (p) ingresados consecutivamente por SCA en la Uni-

dad Coronaria entre junio del 2009 y febrero del 2010, incluidos en el Registro ARIAM.

Resultados: Analizamos 204 p, edad media de 63 ± 12 años, predominio de varones (70,1%). 66,2% eran HTA, 59,3% fumadores, 46,6% dislipemia, 38% diabéticos, 26,5% IMC > 30, 17,4% antecedentes familiares; 17,5% tenían IAM previo. El modo de acceso más frecuente fue a través del sistema sanitario (58,6%), medios propios (35,5%) y procedentes de otros servicios (5,9%). Respecto al tipo de SCA, 54,7% fueron SCACEST y 45,3% SCASEST; encontramos mayor prevalencia de SCASEST entre las mujeres (55,7% vs. 40,8%) y más SCACEST entre los hombres (44,3% vs. 59,2%, $p = 0,036$). No hayamos diferencias significativas entre el tipo de SCA y la frecuencia de complicaciones (31,5% SCACEST vs. 30,4% SCASEST, $p = 0,88$). La realización de una coronariografía a lo largo de la estancia del paciente en Unidad Coronaria (llevada a cabo en 73,5%, con 88,2% de revascularizaciones) se asoció a menor tasa de complicaciones (26% vs. 46,3%, $p = 0,005$), se llevó a cabo con mayor frecuencia en los hombres (73,3% vs. 26,7%, $p = 0,002$). La arteria coronaria responsable del evento fue con mayor frecuencia la descendente anterior (40,4%); no encontramos diferencias significativas entre la arteria responsable y la aparición de complicaciones ($p = 0,42$). En 98,4% se prescribió tratamiento antiagregante al alta; 61,3% IECAS/ARA II; 78% betabloqueantes; 10,4% antagonista del calcio (amlodipino); 24,7% nitratos; 92,9% hipolipemiantes (atorvastatina); 17% diuréticos, 3% antagonista aldosterona.

Conclusiones: En contra a lo que cabría esperar, los pacientes con SCACEST tuvieron un pronóstico similar a los SCASEST, en ausencia de un programa de Angioplastia primaria. Tales resultados pueden explicarse por una política invasiva precoz independientemente del tipo de SCA.

C105. SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE UNA SERIE CONSECUTIVA DE DISQUINESIA APICAL TRANSITORIA: CAUSA INFRECUENTE DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO

M. Gómez Matarín, J. Aceituno Cubero, R. Nieto Leal, R. Lázaro García, R. Fajardo Molina, M. Vida Gutiérrez, F. Valencia Serrano y M. Gómez Recio

Servicio de Cardiología. Hospital Torrecárdenas. Almería.

Introducción: El Síndrome de Takotsubo o Disquinesia apical transitoria, es una entidad clínica que simula al IAM (dolor torácico, cambios ECG y elevación moderada de enzimas cardíacas). Angiográficamente las arterias coronarias son normales. La ventriculografía muestra disquinesia/aquinesia apical, con hiperquinesia de segmentos basales. Supone el 0,5-2% de los pacientes (pac) con sospecha de IAM, siendo más frecuente en mujeres. **MÉTODO:** Realizamos un estudio retrospectivo, analizando los pacientes con SCA y sospecha de síndrome de Takotsubo entre junio 2004 y diciembre de 2009, con el objeto de describir factores epidemiológicos, clínicos y evolutivos.

Resultados: Durante ese periodo ingresaron en la U. Coronaria 975 pac con IAM. Al 90% (730 pac) se les realizó cateterismo cardíaco; 5% (44 pac) tenían coronarias sin estenosis significativa. Se excluyeron 19 pac por localización de IAM distinta de anterior, 12 por fibrinólisis y/o estenosis o trombosis residual no significativa y 3 por vasoespasmó demostrado. Registramos 10 casos de IAM anterior: 6 desencadenados de estrés físico y 4 tras estrés emocional. ECG: 8 con ST elevado ($2 \pm 1,5$ mm), 2 con inversión onda T). Troponina T se elevó en todos los casos con una media de 2,31 (0,11-11,40 ng/ml). La angiografía mostró aquinesia/disquinesia apical del ventrículo izquierdo y coronarias normales en todos los pac. 9 eran mujeres, la edad media 69 años (57-76). 2 de ellos se objetivaron signos y síntomas de insuficiencia cardíaca (IC). La FE era de $0,45 \pm 0,039$. Se realizó seguimiento de todos los pac (media 12 meses). Todos normalizaron el ECG

(sin Q patológica) y recuperaron función ventricular (FE en seguimiento de $0,58 \pm 0,71$) con normalización de las alteraciones segmentarias. No hubo reingresos por isquemia o IC. Hubo una muerte a los 28 meses de causa no cardíaca.

Conclusiones: 1.- El Síndrome de Takotsubo es poco frecuente, de etiología incierta y difícil diagnóstico. 2.- Su incidencia es muy superior en mujeres. 3.- Presenta buen pronóstico a medio/largo plazo. 4.- Debería incluirse en el diagnóstico diferencial del SCA con coronarias normales.

C106. EXPERIENCIA INICIAL EN ECO TRANSESOFÁGICO 3D EN TIEMPO REAL

R. Vivancos, J.M. Sánchez, A. González, A. García y M. de Mora

Servicio de Cardiología. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Objetivo: Evaluar la metodología inicial para la obtención de imágenes transesofágicas tridimensionales en tiempo real (T3DTR).

Material y métodos: Se incluyeron los primeros 30 pacientes a los que se les realizó T3DTR con una sonda X7-2. Se recogió: edad, sexo, ritmo, indicación, duración estudio, dosis de midazolam, tolerancia, número de "zoom 3D", volúmenes completos, eficacia de las capturas, aportación a la imagen, y aportación al diagnóstico. Las indicaciones más frecuentes de T3DTR son: endocarditis 26%, fuente de émbolos 23%, insuficiencia aórtica 16%, insuficiencia mitral 13%, estudio tabique interauricular 1,6%.

Resultados: La duración media de los estudios fue de 14,5 min, frente a los 9,5 de nuestros 100 primeros ETE multiplano, la dosis media de midazolam es de 4,5 mg frente a 3,1 mg de nuestros primeros 100 ETE multiplano. La tolerancia fue buena en el 100%, no teniendo que interrumpirse ningún estudio. Pudimos visualizar con live 3D y zoom 3D la válvula mitral en el 73%, la aórtica en el 84% el tabique interatrial en el 60% y la válvula tricúspide en el 46%. Hemos realizado un total de 120 capturas de volúmenes completos (VC) y pudimos visualizar bien la válvula mitral en el 90%, hubo que desechar un 35% de las capturas por calidad subóptima. Se capturó 34 VC de Doppler color que no contribuyó al análisis de la severidad de regurgitaciones pero sí mostró la distribución espacial inicial de los chorros en todos los casos. Consideramos que la iconografía mejoró en todos los estudios pero sólo hubo dos aportaciones diagnósticas decisivas (6%), en una endocarditis sobre catéter y en el mecanismo de una regurgitación mitral.

Conclusiones: La T3DTR es una técnica que requiere un aprendizaje importante incluso para expertos en ETE. La duración de los estudios es mayor y requiere más sedación. La riqueza iconográfica es genérica y en algunos casos existe aportación adicional al diagnóstico bidimensional. La calidad de la captura inicial es fundamental para poder tratar las imágenes a posteriori.

C107. PRONÓSTICO A LARGO PLAZO TRAS IMPLANTE DE DAI EN PACIENTES CON SÍNDROME DE BRUGADA

M.J. Molina-Mora, F.J. Cabrera-Bueno, F.J. Alzueta-Rodríguez, J.L. Peña-Hernández, A. Barrera-Cordero, J. Fernández-Pastor, G. Isasti-Aizpurúa, F. Carrasco-Chinchilla y E. de Teresa-Galván

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción y objetivos: De acuerdo a las recomendaciones de las guías de práctica clínica, en la actualidad un elevado porcentaje de los pacientes con Síndrome de Brugada (SB) reciben un desfibrilador automático implantable (DAI). El curso y pronóstico

co de estos pacientes se encuentra aún en controversia, con grandes diferencias en cuanto a terapias recibidas entre las diferentes series publicadas. El objetivo del presente estudio fue conocer la evolución de una cohorte de pacientes con SB sometidos a implante de DAI.

Métodos: Se realizó el seguimiento de 19 pacientes con SB consecutivos sometidos a implante de DAI entre 1999 y 2009. Todos los pacientes con patrón electrocardiográfico tipo 2 y 3 incluidos presentaron test de flecainida positivo. Se realizó estudio electrofisiológico en los casos indicados de acuerdo a las recomendaciones actuales. Se registraron características demográficas, electrocardiográficas, sintomatología y presencia de antecedentes familiares. En el seguimiento se documentaron las terapias administradas por el DAI, así como la aparición de complicaciones derivadas del implante o recambio del dispositivo.

Resultados: Se incluyeron 19 pacientes (edad media 45 ± 12 años, 26,3% mujeres). El 63,2% de los pacientes mostraban un patrón electrocardiográfico tipo 1 espontáneo, 15,8% tipo 2 y 21,1% tipo 3. El 26,4% presentaban antecedentes familiares de muerte súbita, y el 73,8% sufrieron síntomas previos al diagnóstico. La indicación de DAI fue clase I en 10 pacientes, clase IIa en 8 y IIb en 1 paciente de acuerdo a las guías de práctica clínica. No se registró ninguna terapia adecuada tras un seguimiento medio de 5 años. Sin embargo, 5 pacientes (26,3%) presentaron eventos adversos relacionados con el dispositivo: 2 pacientes recibieron terapias inapropiadas, y 3 pacientes sufrieron complicaciones relacionadas con el implante o recambio del dispositivo.

Conclusiones: La tasa de terapias apropiadas en seguimiento a largo plazo en el Síndrome de Brugada es baja. Sin embargo, una cuarta parte de los pacientes presentan eventos adversos relacionados con el dispositivo.

C108. NIVELES DE NT-PROBNP TRAS LA ABLACIÓN DE FIBRILACIÓN AURICULAR EN PACIENTES CON FUNCIÓN SISTÓLICA CONSERVADA

R. Solanilla, E. Arana, M. Frutos, J.A. Sánchez-Brotons, L. García-Riesco, M. Durán y A. Pedrote

Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: Los niveles de NT-proBNP están elevados en pacientes con fibrilación auricular (FA) y función sistólica normal. Las variaciones de sus niveles tras un procedimiento de ablación de venas pulmonares están por definir. Objetivos: Describir el comportamiento del NT-proBNP en pacientes con FA y función sistólica conservada sometidos a aislamiento circunferencial de venas pulmonares.

Material y métodos: En 53 pacientes (81% hombres, mediana de edad 53 años, RIC 46-60, HTA 58,5%, paroxística 56,6%) realizamos un estudio prospectivo con determinaciones basales de NT-proBNP (pg/ml) y volumen auricular, a las 24 h y a los 3 meses de seguimiento.

Resultados: Los niveles medios de NT-proBNP basales son mayores en FA persistente (354, RIC 223-873) que en FA paroxística (82 RIC 54-218) ($p < 0,01$), correlacionándose positivamente con el volumen auricular ($Rho = 0,53$; $p < 0,01$). A las 24 h del procedimiento hay una reducción de los niveles medios de NT-proBNP en los pacientes con FA persistente (249, RIC 150-447, $p < 0,05$), y un aumento en los paroxísticos (198, RIC 122-373, $p < 0,05$). En estos pacientes, los valores vuelven a los niveles basales a los 3 meses (176, DE 118; $p = n.s.$ respecto al basal), reduciéndose en los persistentes (156, DE 127; $p < 0,05$).

Conclusiones: Los niveles basales de BNP se correlacionan positivamente con el volumen auricular y son mayores en la FA persistente. En estos pacientes, los niveles descienden en primer trimestre tras la ablación. En la FA paroxística se mantienen sin cambios tras una subida inicial.

C109. EVOLUCIÓN DEL ESTADO INFLAMATORIO TRAS LA ABLACIÓN DE FIBRILACIÓN AURICULAR

J. A. Sánchez-Brotons, E. Arana, M. Frutos, M. Durán, R. Solanilla, L. García-Riesco y A. Pedrote

Unidad de Arritmias. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivos: La ablación circunferencial amplia de la aurícula izquierda (ACAI) provoca una reacción inflamatoria local que puede estar relacionada con recidivas precoces. Mediante la determinación de los niveles plasmáticos de proteína C reactiva (PCR), fibrinógeno (F) y leucocitos (L) pretendemos monitorizar la evolución del estado inflamatorio tras la ACAI.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo en el que se incluyeron a 37 pacientes sometidos a ACAI (31 hombres, edad $53,7 \pm 7,5$ años). Se determinaron los niveles plasmáticos de PCR (mg/l), F (mg/dl) y L ($\times 1.000/\mu l$) basales, a las 24 h y a los 3 y 6 meses del procedimiento.

Resultados: Veinte pacientes tenían una FA paroxística. No hubo diferencias significativas en los niveles de los marcadores inflamatorios entre FA paroxística y persistente. Los niveles basales de la población total fueron PCR 3,45 (2-5,28), F 3,4 (3,05-4,1) y L $6,92 \pm 1,36$. Se detectó una elevación a las 24 h, PCR 7,65 (5,73-16,93), F 3,6 (3,5-4,4) y L $8,55 \pm 1,8$, $p < 0,05$. A los 3 y 6 meses no hubo diferencias en comparación con los valores basales.

Conclusiones: Los niveles plasmáticos de PCR, F y L se elevan tras la ACAI, normalizándose a los 3 meses del procedimiento. Este estado inflamatorio podría apoyar fisiopatológicamente un período de blanqueo con fármacos antiarrítmicos tras el procedimiento.

C110. IDENTIFICACIÓN DEL SUSTRATO ELECTROFISIOLÓGICO DE LA DISPLASIA ARRITMOGÉNICA DEL VENTRÍCULO DERECHO MEDIANTE MAPEO ELECTROANATÓMICO CON EL SISTEMA CARTO

M. Frutos, A. Pedrote, J.A. Sánchez-Brotons, A.M. Campos-Pareja, M. Durán, R. Solanilla y E. Arana

Unidad de Arritmias. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Málaga.

Introducción: La displasia arritmogénica del ventrículo derecho (DAVD) se caracteriza por la sustitución fibrograsa progresiva del miocardio ventricular, conformando un sustrato arritmogénico. El mapeo electroanatómico (ME) con el sistema CARTO ha demostrado ser útil en la identificación del mismo.

Objetivos: Describir nuestra experiencia en el ME con CARTO en pacientes diagnosticados de DAVD.

Método: Mediante un catéter de mapeo y ablación de irrigación abierta se realizó un mapa de voltaje bipolar y activación con el sistema CARTO XP a 3 pacientes diagnosticados de DAVD según los criterios aceptados. Se aseguró un adecuado contacto del catéter en la adquisición de puntos. Se consideraron escaras las áreas con voltaje menor a 0,5 mV, sanas las mayores a 1,5 mV y de transición entre ambos valores. La densidad de recogida de puntos fue de mayor densidad (fill threshold 15 mm o menos) en las áreas identificadas como patológicas para caracterizarlas con mayor precisión. El mapa de activación fue codificado situando el corte tras el fin del QRS para identificar las zonas de activación tardía (potenciales tardíos).

Resultados: Los casos 1 y 3 eran varones. Las edades fueron de 55, 33 y 26 años respectivamente. Los casos 2 y 3 presentaban

1 criterio diagnóstico mayor y 3 menores. El caso 1, dos mayores y 1 menor. Ninguno presentaba antecedentes familiares, síncope ni habían sido resucitados. En dos últimos, el sistema CARTO permitió identificar áreas patológicas en el ventrículo derecho (también del ventrículo izquierdo en el caso 3), coincidiendo el bajo voltaje con la activación tardía. En ambos se observó afectación de la porción inferior y lateral basal. En el caso 2 se identificaron canales, realizándose una ablación efectiva hasta la fecha. El caso 1, sin sustrato identificable, sólo refería 4 meses de evolución clínica de la enfermedad (136 y 12 meses los otros dos).

Conclusiones: El mapeo electroanatómico con CARTO es una herramienta útil en la identificación del sustrato de pacientes con DAVD y permite apoyar el diagnóstico y guiar con eficacia la ablación de las taquicardias ventriculares.

C111. ESTIMULACIÓN VENTRICULAR DESDE EL TRACTO DE SALIDA DE VENTRÍCULO DERECHO. COMPARACIÓN ELECTROANATÓMICA DEL ELECTRODO IMPLANTADO EN LA POSICIÓN SEPTAL Y PARED LIBRE

R. Picón Heras, J. Leal del Ojo, M. González Correa, R. Pavón Jiménez, D. García Medina, G. Villagómez Villegas, J. Quintana Figueroa y L. Pastor Torres

Hospital Virgen de Valme. Sevilla.

La estimulación prolongada en el ápex de Ventrículo Derecho (AVD) tiene efectos adversos a largo plazo sobre la función ventricular izquierda. Por su facilidad de implantación el Tracto de Salida de Ventrículo Derecho (TSVD), y especialmente la parte septal del mismo, se considera un sitio alternativo. Pero no siempre se consigue implantar el electrodo en la posición septal y no están bien establecidas sus características electrocardiográficas. El TAC de 64 cortes se considera una excelente herramienta en pacientes con sospecha, de enfermedad coronaria.

Objetivo: Analizar el ECG de 12 derivaciones de pacientes estimulados desde el TSVD y compararlo con la posición del electrodo a nivel septal y pared libre (PL)/anterior del TSVD de la imagen obtenida de TAC de 64 cortes.

Material y método: Entre los pacientes sometidos a TAC-64 cortes, 41 eran portadores de MP con estimulación ventricular en TSVD por indicación estándar. Se realizó ECG de 12 derivaciones con velocidad de registro a 100 mm/s. Se analizó la duración y eje del complejo QRS, presencia de melladuras en II, III y aVF, morfología y amplitud del voltaje del complejo QRS en DI y aVL y complejo de transición en las derivaciones precordiales.

Resultados: El 75,6% eran varones, la edad media de la muestra fue de 65 ± 12 años. De los 41 pacientes, 23(56%) tenían el electrodo en posición septal y 18 (44%) en PL/anterior en la imagen del TAC. La duración del complejo QRS era menor a nivel septal que en la pared libre (172 ± 14 ms vs. 193 ± 15 ms, $p < 0,001$). La presencia de melladuras DII, III y aVF era más frecuente en PL respecto a septum (72,2% vs. 4,3%, $p < 0,001$). La transición precoz del complejo QRS en precordiales ($\leq V3$) es significativamente más frecuente en la posición septal que en PL (43,3% vs. 11,1%; $p < 0,024$). La estimulación a nivel septal presentaba con mayor frecuencia un voltaje negativo o isoeléctrico en DI (48% vs. 11%, $p = 0,012$). El resto de parámetros analizados no muestra diferencia significativa.

Conclusiones: Un complejo QRS relativamente estrecho, la ausencia de melladuras en la derivaciones II, III y aVF, voltaje negativo o isoeléctrico en DI y la transición precoz en precordiales indican que el electrodo implantado en TSVD está posición septal.

C112. ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE TRATAMIENTO CON ABCIXIMAB Y EPTIFIBATIDE EN PACIENTES CON RIESGO ELEVADO SOMETIDOS A ANGIOPLASTIA CORONARIA PERCUTÁNEA

F. García, J. Herrador, J.C. Fernández, M. Guzmán, V. Aragón y P. Castellano

Complejo Hospitalario de Jaén.

Introducción: El uso de los inhibidores de la GP IIb/IIIa (IGP) de inicio intralaboratorio en pacientes (pts) a los que se va a realizar revascularización percutánea (ICP) es frecuente, pero hay pocos estudios comparativos entre diferentes IGP.

Pacientes y métodos: Entre octubre de 2006 y febrero de 2009 se aleatorizaron 208 pts consecutivos en proporción 1:1, a recibir tras la coronariografía diagnóstica abciximab (ABX: 103 pts) o eptifibatide (EPT: 105 pts). Se incluyeron pts con SCASEST o angor estable con enfermedad multivaso y lesiones complejas, y se excluyeron los IAM con elevación del ST en fase aguda. Se realizó a todos una analítica a las 6 y 12 h tras ICP. El objetivo primario fueron los eventos cardíacos adversos en el primer mes (muerte e IAM, considerándose significativas elevaciones de TnI > 1 ng/dl o un re-ascenso importante tras la ICP), así como aparición de complicaciones vasculares. El acceso vascular fue femoral en todos.

Resultados: No hubo diferencias en las características clínicas y angiográficas entre los grupos ABX y EPT: Diabetes 35,9% vs. 37,1%; Fracción eyección $63,1 \pm 14,2\%$ vs. $62,3 \pm 12,4\%$; afectación multivaso: 79,6% vs. 76,1% respectivamente ($p = NS$). La situación clínica mas frecuente fue SCASEST en 76,7% vs. 74,3% ($p = NS$). La mediana de cifras de TnI previa y tras ICP fueron: 0,09-0,6 ng/dl para ABX y 0,04-0,42 ng/dl para EPT ($p = NS$). Se suspendió precozmente la perfusión del fármaco en 8 pts de ABX y 7 de EPT por sangrados autolimitados. No hubo diferencias en eventos adversos: ABX 22 pts (21%) vs. EPT 26 pts (24%) ($p = 0,5$). Hubo una muerte en ABX por probable trombosis del stent a los 15 días; IAM: 21 vs. 26 pts ($p = 0,45$), siendo con cifras de TnI > 5 ng/dl en 8 pts en ABX vs. 12 en EPT ($p = 0,3$). Complicaciones Vasculares: hubo mayor numero de casos en ABX (8), que en EPT (4), pero sin significación estadística ($p = 0,22$): 4 hematomas en ambos grupos (1 precisó transfusión); 1 fistula AV en ABX. Hubo 3 pts en ABX que necesitaron cirugía vascular y ninguno en EPT ($p = 0,07$). No hubo hemorragias intracraneales.

Conclusiones: No encontramos diferencias entre ambos IGP en eventos adversos, pero hay una mayor tasa de complicaciones vasculares con ABX, aunque sin significación estadística.

C113. FACTORES IMPLICADOS EN LA NECESIDAD DE MARCAPASOS DEFINITIVO TRAS LA IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS PERCUTÁNEA AÓRTICA EN PACIENTES ANCIANOS CON ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA

J. López, E. Villanueva, D. García, J. Suárez de Lezo Jr., M. Crespin, M. Pan, M. Romero, J. Segura, D. Pavlovic, S. Ojeda y J. Suárez de Lezo

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción y objetivos: La implantación percutánea de prótesis aórtica se está convirtiendo en una alternativa efectiva a la cirugía en pacientes ancianos con estenosis aórtica severa. Sin embargo, se han documentado trastornos de la conducción tras el tratamiento que pueden requerir la implantación de marcapasos definitivo. Los factores que influyen en este hecho no son bien conocidos. Nuestro objetivo es analizar los predictores clínicos, electrocardiográficos, ecocardiográficos, angiográficos y relacionados con el procedimiento, que influyen en la aparición de esta complicación.

Resultados: Se incluyeron 54 pts con una edad media de 77 ± 4 años y un Euroscore logístico medio de 16 ± 12 y un STS de 9 ± 9 . El 18% de los pacientes tenían historia previa de síncope (10 pts). Basalmente 2 portaban marcapasos definitivo (4%), 6 (11%) tenían un bloqueo auriculoventricular (BAV) de primer grado y 8 (14%) tenían bloqueo de la rama derecha del haz de His (BRDHH). Tras el tratamiento, el gradiente transaórtico picopico disminuyó de forma significativa (77 ± 32 mmHg vs. 4 ± 5 mmHg; $p < 0,001$). Se produjo una progresión de BAV de primer grado a BAV completo. El intervalo PR medio se prolongó desde 172 ± 43 ms a 184 ± 42 ms ($p = 0,059$). La aparición de bloqueo completo de rama izquierda, transitorio o definitivo, se produjo en 33 pts (61%). Se observó aparición de BAV avanzado en 17 pacientes (30%), todos ellos requirieron marcapasos definitivo previo al alta. Los factores asociados con la necesidad de marcapasos fueron: 1) presencia de BRDHH basal (100% vs. 20%; $p < 0,001$), y 2) historia de síncope (60% vs. 24%; $p < 0,03$). La existencia de enfermedad coronaria asociada (50% vs. 25%; n.s.) o la implantación más profunda de la válvula en el ventrículo izquierdo ($14,3 \pm 3,8$ mm vs. $12,8 \pm 3,8$ mm; n.s.) no tuvieron repercusión sobre la necesidad de marcapasos.

Conclusión: Los trastornos de la conducción son frecuentes en pacientes mayores con estenosis aórtica severa candidatos a implantación percutánea de una prótesis valvular aórtica, pudiendo progresar o aparecer tras el tratamiento. La necesidad de implantación de un marcapasos definitivo parece estar asociada con la historia previa de síncope y la presencia basal de BRDHH.

C114. ANGIOPLASTIA CON BALÓN FARMACOACTIVO RECUBIERTO DE PACLITAXEL: SEGUIMIENTO A MEDIO PLAZO

R. García-Borbolla Fernández, A.E. Gómez Menchero, A. Agarrado Luna, J. Oneto Otero y J.C. Vargas-Machuca Caballero

Hospital de Jerez.

Objetivos: A pesar de los continuos avances en el tratamiento percutáneo, la restenosis intrastent continúa siendo un problema importante, incluso en la era de los stents farmacoactivos, siendo más evidente cuando se trata de lesiones en vasos pequeños (menores de 2,25 mm), estenosis de la rama lateral en las bifurcaciones o restenosis intrastent. Recientemente, se ha postulado el uso de balón farmacoactivo para intentar mejorar los resultados en este tipo de lesiones.

Métodos: Se realizó un estudio prospectivo que incluyó a 26 pacientes sometidos a ICP con balón farmacoactivo DIOR en nuestro laboratorio de Hemodinámica. Las indicaciones por las que se realizó la angioplastia fueron: restenosis intrastent, lesiones en vasos menores de 2,25 mm y afectación de rama lateral en bifurcaciones (tipo 001, 111 ó 011 de Medina). Se realizó seguimiento clínico a todos los pacientes.

Resultados: Se realizó angioplastia con balón farmacoactivo a 26 pacientes. La edad media de los mismos fue de 65 ± 10 años (75% ♂). La prevalencia de factores de riesgo fue similar a la de estudios previos. La indicación de uso fue restenosis intrastent en 17 pacientes (67%), lesión en vaso pequeño en 3 (11%) y lesiones en rama lateral de bifurcación en 6 (22%). El balón fue usado con éxito en 24 casos (93%). Se realizó predilatación con balón convencional en todos los casos. El diámetro medio del balón fue de $2,71 \pm 0,5$ mm, la longitud media de $20,26 \pm 5,3$ y el tiempo medio de inflado fue de 105 ± 37 s. Se ha realizado seguimiento a los 6 meses a 23 pacientes (89%). En el seguimiento la tasa de eventos acumulada es la siguiente: TLR 11,6%, Muerte: 1 paciente (3%). MACE: 4 (15%). Hubo una trombosis probable en un paciente al que se le implantaron además dos stents farmacoactivos en otra arteria.

Conclusiones: En nuestra experiencia el uso de balón farmacoactivo recubierto de paclitaxel es una herramienta válida y segura en el tratamiento de este subgrupo de lesiones coronarias. Será necesaria la realización de estudios más amplios para una mejor validación de sus indicaciones.

C115. EFECTO DE NITROGLICERINA SUBCUTÁNEA SOBRE LA AMPLITUD DEL PULSO MEDIDA POR DOPPLER, Y EN LA OPTIMIZACIÓN DE LA PUNCIÓN ARTERIAL EN LOS PROCEDIMIENTOS DE CATETERISMO CARDIACO VÍA ARTERIA RADIAL

C. Urbano-Carrillo, J.A. Bullones-Ramírez, J. Álvarez-Rubiera, J.L. Castillo-Castro, F. Álvarez de Cienfuegos y M. de Mora Martín

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Introducción: El abordaje radial en el cateterismo cardiaco se ha demostrado igual de eficaz y más seguro, respecto a la punción de la arteria femoral, una vez superada una curva específica de aprendizaje. Elaboramos un protocolo de implantación de la vía radial derecha, dentro del cual se introdujo la infiltración periarterial con nitroglicerina (NGC) subcutánea (SC) añadida al anestésico local habitual.

Objetivos: Analizar los efectos de la administración de NGC SC en los procedimientos de cateterismo cardiaco vía arteria radial, y su repercusión en el pulso, así como en la obtención de una canalización rápida y eficaz de la arteria radial.

Métodos: Estudio randomizado prospectivo doble ciego monocéntrico sobre la efectividad de la administración de 100 µg de NGC SC periarterial, valorando: la calidad del pulso por palpación del operador y velocimetría por Doppler (sonda Duplex); así como la rapidez, tasa de primo-punciones y número de intentos de las mismas.

Resultados: 182 procedimientos radiales derechos consecutivos realizados por personal ya entrenado en el abordaje radial. Grupo I (método convencional, sin NGC SC), 82 casos. Grupo II (con 100 µg de NGC SC), 100 casos. Sin diferencias en las características basales de cada grupo (edad, sexo, superficie corporal, tensión arterial, calidad de pulso prepunción). End Points principales: calidad palpatoria del pulso en escala 1-4 (grupo I: $2,5 \pm 0,5$ - grupo II: $3,7 \pm 0,3$, $p < 0,01$), velocidad máxima Doppler post-infiltración y pre-punción (grupo I: $7,8 \pm 8,6$ cm/s - Grupo II: $38,2 \pm 12,9$ cm/s, $p < 0,001$), tiempo de punción (punción efectiva de inserción y lavado del introductor) Grupo I: 47 ± 25 s - Grupo II: 31 ± 12 s, $p < 0,05$, porcentaje de primopunciones efectivas (Grupo I: 84,2% - Grupo II: 95,3%, $p < 0,001$) y número de punciones totales (Grupo I: $2,1 \pm 0,3$ - Grupo II: $1,2 \pm 0,4$, $p < 0,001$). No hubo episodios vagales ni de hipotensión significativa.

Conclusiones: La nitroglicerina subcutánea mejora la percepción del pulso y la amplitud del mismo valorada palpatoriamente y por Doppler, y como consecuencia facilita una rápida y primera punción en los cateterismos cardiacos vía arteria radial derecha, sin producir efectos sistémicos adversos.

C116. TROMBOCITOPENIA INDUCIDA POR TRATAMIENTO PROLONGADO CON HEPARINA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

L. Muñoz Jiménez, G. Ballesteros Derbenti, I. Vegas Vegas, I. Piñero Uribe, M.A. Ramírez Marrero, D. Gaitán Román, J.M. Pérez Ruiz y M. de Mora Martín

Servicio de Cardiología. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

La heparina es el fármaco anticoagulante más usado en la actualidad. La complicación más habitual de la utilización de

cualquier tipo de heparina es la hemorragia; sin embargo, existe otra complicación potencialmente grave, la trombocitopenia inducida por heparina (TIH). Todos los pacientes expuestos a heparina de cualquier tipo y a cualquier dosis están en riesgo de TIH.

Objetivos: Determinar la incidencia, los predictores y el pronóstico de la TIH, definida como un número de plaquetas inferior a $150 \times 10^9/L$, reducción del número de plaquetas del 50% o más con respecto al número del ingreso o ambos.

Métodos: Para ello diseñamos un estudio prospectivo en el que se incluyeron los pacientes hospitalizados en el servicio de Cardiología durante 3 meses consecutivos y que son tratados con heparina durante al menos 4 días.

Resultados: Se incluyeron 73 pacientes, con edad media de 65,6 años. 67,6% son hombres y 32,4% mujeres. Sobre los factores de riesgo cardiovascular, el 37,1% son diabéticos y 51,4% hipertensos, El índice de masa corporal medio de los pacientes es de 28 kg/m^2 . Tienen antecedentes de insuficiencia cardiaca el 24,3%, infarto agudo de miocardio el 25,7%, de revascularización coronaria el 30% y revascularización quirúrgica el 4,3%. Un 7,1% había sufrido accidente cerebrovascular y el 5,7% presentan insuficiencia renal. Un 14,5% había recibido tratamiento con heparina previa en los últimos 12 meses. Los motivos del ingreso actual son por síndrome coronario agudo 54,3%, fracaso cardiaco 24,3%, bradi-taquiarritmias 7,1%, síncope 4,3%. La dosis de heparina administrada es profiláctica en el 54,4%. El 15,7% desarrollan plaquetopenia. Ninguno de los pacientes ha presentado complicaciones tromboembólicas. La duración media del ingreso es de 8 días y la tasa de exitus durante este periodo es 1,4%. Tras el análisis multivariante no se observa relación estadísticamente significativa entre el desarrollo de trombocitopenia y la aparición de complicaciones ni la tasa de mortalidad.

Conclusiones: La trombocitopenia tras el tratamiento prolongado con heparina es una alteración frecuente, no obstante en nuestra experiencia no se asocia a un mayor índice de eventos cardiacos mayores ni mortalidad intrahospitalaria.

C117. RELACIÓN ENTRE LA FRECUENCIA CARDIACA (FC), LA TOMA DE BETABLOQUEANTES (BB) Y LOS EVENTOS CLÍNICOS EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA (CI) EN UNA CONSULTA DE INSUFICIENCIA CARDIACA (IC)

T. Gil Jiménez, C. Medina Palomo, L. Fernández, P. Chinchurreta Capote, F. Torres Calvo, C. Corona Barrio, J.R. Siles Rubio, G. Rosas Cervantes y F. Ruiz Mateas

Hospital Costa del Sol. Marbella.

Introducción: Una FC en reposo mayor a 70 lpm se asocia con un peor pronóstico en los pacientes con CI estable y disfunción ventricular izquierda (DVI).

Objetivo: Estudiar la FC en los pacientes con CI estable en seguimiento en nuestra consulta de IC y su relación con la toma de tratamiento y las incidencias de eventos cardiovasculares.

Resultados: 139 pacientes. 82% varones; edad media de 67 ± 10 años. Han presentado DVI en algún momento (FEVI < 45%) un 85,6%. La fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) en el último seguimiento es de $41 \pm 14\%$. Están en ritmo sinusal un 78,5%. Se encuentra en CF II-II/III un 67,6%, y un 9,4% en CF III-III/IV. Toman BB el 91,4% (dosis máximas un 55%), toman IECAs el 68,3%, ARA2 un 32,4% y digoxina un 13,7%. La FC media en la última visita es de $69,8 \pm 11,4$, presentando los pacientes hipertensos y/o diabéticos una FC superior ($p < 0,05$), sin encontrarse diferencias en cuanto al uso de tabaco, alcohol, drogas, presen-

cia de anemia o ser portadores de dispositivos. Los pacientes en fibrilación auricular (FA) tienen FC superiores ($p < 0,05$), sin estar relacionado con la toma de medicación. No encontramos relación entre la toma de BB o la toma de dosis máximas de BB, y/o la toma de digoxina con presentar una FC mayor a menor a 70 lpm. En cuanto al seguimiento no encontramos relación entre la FC y la supervivencia a los 24 meses, ingreso por ICC a los 24 meses, o incidencias de IAM. Se observan menos ingresos por ICC en aquellos con ausencia de asincronía y toma de ARA2, siendo los pacientes en tto con dosis máximas de BB los que tienen una supervivencia mayor a los 24 meses.

Conclusión: - Un porcentaje elevado de los pacientes con CI estable en seguimiento en nuestra consulta de IC presenta una FC superior a 70 lpm. - Los pacientes en FA tienen una FC superior a los que se encuentran en ritmo sinusal, no existiendo un mejor control, independientemente de la toma de digoxina y/o tomas máximas de BB. - No encontramos relación entre la FC y la presencia de muerte o ingresos por ICC/IAM a los 24 meses de seguimiento. - Según los estudios publicados en poblaciones mayores, sería necesario el uso de medicaciones adicionales para la búsqueda de FC inferiores.

C118. VALVULOPLASTIA MITRAL PERCUTÁNEA COMO TÉCNICA PALIATIVA EN PACIENTES RECHAZADOS PARA CIRUGÍA DE SUSTITUCIÓN VALVULAR

J. Aceituno Cubero, R. Nieto Leal, M. Gómez Matarin, S. Muñoz Troyano, R. Ferrer López, R. Lázaro García y M. Gómez Recio

Hospital Torrecárdenas. Almería.

Introducción: La valvuloplastia mitral percutánea (VMP) con balón de Inoue, es una técnica ampliamente validada en pacientes (ptes) con estenosis mitral severa y score Wilkins < 8. Sin embargo la experiencia en ptes con score > 8 y que han sido rechazados para la cirugía de sustitución valvular es menor.

Método: Realizamos un estudio observacional retrospectivo, incluyendo los pacientes sometidos a VMP, en nuestro centro, desde enero de 2005, hasta diciembre de 2009, con objetivo de analizar posibles complicaciones de la técnica, así como evolución clínica y ecocardiográfica de los pacientes con score Wilkins alto rechazados para la cirugía de sustitución valvular.

Resultados: Durante ese periodo se realizaron 28 valvuloplastias percutáneas, en ptes con estenosis mitral severa e insuficiencia cardiaca (GF II-IV NYHA). El rango de edad comprende 24-81 años, 1/3 de los pacientes tienen menos de 50 años, y de estos el 100% son extranjeros. En el 58% de pacientes se objetivó un score wilkins < 8, y en el 42% (11 ptes) > 8. Analizamos el grupo de score alto: Estos 11 ptes (todas mujeres), presentaron una media de edad más elevada 72 años (54-85) y no se sometieron a cirugía por euroscore alto. La clase funcional previa a la valvuloplastia: CF III en 9/11 ptes y II en 2/11 ptes. La PAP media fue 59,3 mmHg (rango 43-100). El incremento medio de área mitral postvalvuloplastia en este grupo fue de $0,63 \text{ cm}^2$, con área final superior a 1,1 en todos los casos (salvo en uno que se consideró fracaso), alcanzando en 7 p. (63%) área > 1,5. La media en la disminución del gradiente medio transvalvular fue de 9,63 mmHG. Ningún paciente presentó más de un grado de aumento de IM y en ningún caso fue severo. No hubo complicaciones. La PAP sistólica media postprocedimiento inmediato era 49,3 mmHg. Todos los pacientes con HTP severa, disminuyeron al menos un grado. El 100% mejoró al menos una clase funcional de NYHA. El periodo medio de seguimiento ha sido de 36 meses (6-60 meses). Actualmente la clase funcional es: 1/11 ptes CF

I-II, 5/11 ptes en CF II y 5/11 ptes en CF III y el área mitral media por ecocardiografía es de 1,2 cm² (0,85-1,5): 3 ptes con área (< 1 cm²) y 8 ptes con área (1-1,5 cm²).

Conclusión: 1- La VMP es una alternativa paliativa para pacientes rechazados para cirugía de sustitución valvular. 2- Mejora la clase funcional, incluyendo ptes con score Wilkins > 8. 3- En nuestra serie, no hubo complicaciones en el procedimiento y no se produjo ningún incremento clínicamente relevante en la IM residual postvalvuloplastia.

C119. TAPONAMIENTO CARDIACO EN LA ENFERMEDAD PERICÁRDICA PRIMARIA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ETIOLÓGICAS

T. Gil Jiménez, C. Medina Palomo, L. Fernández López, J.R. Siles Rubio, P. Chinchurreta Capote, C. Corona Barrio, A. Ramírez Moreno*, F. Torres Calvo y L.I. García

Servicios de Cardiología del Hospital Costa del Sol de Marbella. Málaga. *Hospiten Estepona. Málaga.

Introducción: El taponamiento cardiaco sin causa etiológica aparente en su primera valoración no ha sido analizado sistemáticamente respecto a sus posibles etiologías ni variables clínicas y pronósticas.

Objetivos y pacientes: Estudio prospectivo de 70 pacientes con taponamiento cardiaco como forma de debut de una pericarditis aguda primaria (PAP), con el fin de evaluar las principales características clínicas y etiológicas de este grupo de pacientes.

Resultados: La totalidad de los pacientes del estudio presentaban una PAP. La edad media fue de 53 años. El protocolo de diagnóstico etiológico utilizado obtuvo un rendimiento del 52%. Dentro de las etiologías específicas el grupo más numeroso fue el de las neoplasias. La rentabilidad diagnóstica de los diferentes métodos de diagnóstico específico fue: 23% para el protocolo general y del 36% tras el análisis de líquido pericárdico y biopsia pericárdica. Por tanto en un 48% no se alcanzó un diagnóstico etiológico de pericarditis (formas idiopática). Las características clínicas en los grupos de etiología idiopática y específica se muestra en la tabla 1.

Específicas (n = 36) Idiopáticas (n = 34) P edad 51 ± 18 56 ± 14 0,07 Sexo (varón) 20 (56%) 18 (52%) 0,8 Pericard. Previa 2 3 0,59 Recidiva tapón. 10 (27%) 8 (23%) 0,68 Líquido no seroso 29 (80%) 20 (58%) 0,06 Cuantía líquido 614 ± 298 592 ± 340 0,22

Conclusiones: La aplicación del protocolo diagnóstico etiológico en pacientes con taponamiento sin causa evidente alcanza una rentabilidad diagnóstica en torno al 50%, siendo el análisis del líquido pericárdico el más rentable. Es destacable la ausencia de características clínicas diferenciales entre las formas idiopáticas y las específicas de pericarditis. Esto último justificaría esta investigación etiológica exhaustiva, ya que en más de la mitad de los casos, subyace de fondo una causa, en la mayoría de los casos neoplásica.

C120. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN EL MANEJO DEL SCASEST

J. Caballero Güeto, F.J. Caballero Güeto*, M.A. Ulecia Martínez, J.M. Candel Delgado y J. Sánchez Barrejón Ruiz

Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

*Hospital Montilla y Cruz Roja. Córdoba.

Objetivos: La Práctica Basada en la Evidencia incluye fases como la implementación y la evaluación de las guías. Es difícil establecer el nivel de adherencia a las guías de actuación clínica en condiciones de la práctica clínica habitual, pero los registros

multicéntricos nos permiten cierta aproximación. Pretendemos evaluar en nuestro medio los datos respectivos a la adherencia a los indicadores de calidad en el SCASEST.

Material y métodos: 8.334 pacientes con SCASEST incluidos en la base de datos del EuroHeart Survey-Acute Coronary Syndrome-II por 85 países hasta septiembre 2009 (235 pacientes procedentes de nuestro centro, 1583 de otros centros españoles y 6516 de centros del resto de Europa); determinamos el grado de cumplimiento de los indicadores de calidad en el manejo establecido por las guías (ACC/AHA 2008 Performance Measures for Adults With ST-Elevation and Non-ST-Elevation Myocardial Infarction).

Resultados: Indicadores de calidad Granada/España/Europa AAS las primeras 24 h 97,9/96,4/94,3 Anticoagulantes 99,1/96,8/98 Betabloqueantes las 1.ª 24 h 85,1/88,6/86,8 Determinación de FEVI 100/97,2/88,8 AAS al alta 93,4/92,3/91,2 Beta-bloqueantes al alta 75,4/88,8/84,0 IECAs/ARA al alta 82,8/69/79,4 Estatinas al alta 98,2/89,5/83,7.

Conclusiones: Las dimensiones actuales de la actividad asistencial incluyen la disminución de la variabilidad clínica y la aplicación y evaluación de los indicadores clínicos y normas de calidad. En nuestro medio, la adherencia a los indicadores de calidad en el manejo del SCASEST esta muy optimizado, este hecho puede contribuir a la explicación de la disminución de la mortalidad en esta enfermedad documentado en los últimos años.

C121. INFARTO DE MIOCARDIO SIN ELEVACIÓN DE ST EN OCTOGENARIOS: PRONÓSTICO Y CALIDAD DE VIDA

A. González González, D. Gaitán Román, A. García Bellón, B. Pérez Villardón, C. Jiménez Rubio, A. Cordero Aguilar, B. Zayas Ganfornina y M. de Mora Martín

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Objetivo: Analizar la supervivencia y calidad de vida a los 6 meses del alta de los pacientes octogenarios, con el diagnóstico de infarto de miocardio.

Método: Se estudió a 27 pacientes octogenarios ingresados de forma consecutiva, en planta de cardiología, por infarto de miocardio, durante el año 2005. Analizamos sexo, TIMI score, origen, destino al alta, supervivencia tras el alta y calidad de vida (Escala de Karnofsky).

Resultados: Se analiza a 27 pacientes (p), 15 pacientes eran hombres (55,6%). TIMI: en 20 p (74%) de 3-4 puntos y en 17 p (26%) de 5-7. Grado clínico de Killip: 15 p (55,6%) en grado I, 6 p (22,2%) en grado II, 4 p (14,8%) en grado III y 2 (7,4%) en grado IV. Origen: 23 p (85,2%) ingresaron desde Urgencias, 3 p (11,1%) desde la UCI y 1 p (3,7%) procedía de otro Centro. Se realizó coronariografía en 3 p (11,1%). En 1 p (3,7%) la coronariografía se realizó en las primeras 48 h de ingreso. Se realizó ICP a los 3 p (11,1%), todos en grado I-II de Killip. El vaso responsable fue la DA en 2 p (66,6%), y la CX en 1 p (3,7%). No se precisó angioplastia de rescate en ningún paciente. Ninguno se sometió a cirugía de revascularización coronaria. El destino al alta fue el siguiente: 24 p (88,9%) a domicilio, 3 p (11,1%) fallecieron en planta en grado III y IV de Killip, 2 con TIMI 4-5, no realizándose coronariografía a ninguno de ellos. Supervivencia: de los 24 pacientes encuestados telefónicamente, 18 p (75%) sobreviven a los 3 meses y 6 p (25%) fallecen en los 2 primeros meses. A los 6 meses sobreviven 9 p (50%). Todos los pacientes con ICP sobrevivían a los 6 meses de seguimiento tras su alta. Calidad de vida: a los 6 meses: 3 p (16,6%) con > 70 puntos, 2 p (11,1%) con 60 puntos, 3 pacientes (16,6%) con 50 puntos y 1 paciente (5,5%) con 40 puntos.

Conclusiones: 1. El infarto de miocardio en pacientes octogenarios supone una causa mayor de pérdida de cantidad y calidad de vida. 2. La mayoría de estos enfermos son dados de alta a su

propio domicilio, si bien con un alto grado de dependencia para el desarrollo de las actividades de la vida diaria.

C122. INDICACIONES DE LA ECOCARDIOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA DURANTE EL IMPLANTE DE LA PRÓTESIS AÓRTICA PERCUTÁNEA COREVALVE: INFLUENCIA DE LA CURVA DE APRENDIZAJE

L. Cejudo Díaz del Campo¹, D. Mesa Rubio¹, M. Ruiz Ortiz¹, M. Delgado Ortega¹, E. Romo Peñas, E. Villanueva Fernández², J. López Aguilera¹, F. Toledano Delgado¹, M. León del Pino¹, M. Crespín Crespín¹, J. Segura Saint-Gerons¹, S. Ojeda Pineda¹, M. Pan Álvarez-Osorio¹, J. Suárez de Lezo Cruz Conde¹ y M. Lafuente²

¹Departamento de Cardiología. ²Departamento de Anestesiología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Objetivo: Estudiar la utilidad de la ecocardiografía transesofágica (ETE) en el curso de la implantación de la Prótesis aórtica percutánea CoreValve (PAoCV) y la influencia de la curva de aprendizaje en las indicaciones.

Métodos: Desde abril 2008 hasta enero 2010 hemos tratado 53 pacientes (pt) con EAo severa sintomática con una PAoCV (25 varones, edad media 77 ± 4 años). Durante el procedimiento se realizó un ETE: 1) antes de la implantación si había discrepancia entre las medidas del anillo aórtico realizadas con diferentes técnicas o 2) durante el procedimiento, si aparecía una complicación. Éstas se consideraron graves, cuando se produjo inestabilidad hemodinámica. Los pacientes fueron divididos en dos grupos según la curva de aprendizaje (grupo I: los primeros 25 casos y el grupo II el resto).

Resultados: Se realizaron 35 ETE en 28 pt (53%). En 15 casos (28%) la indicación fue elegir el tamaño de la prótesis. En 20 casos más (37%) la ETE se hizo para valorar una complicación: cinco pt con IM transitoria tras la implantación, determinando el ETE la causa en todos; en 12 casos se realizó para estudiar el mecanismo y la gravedad de las fugas aórticas mostrando la ETE una insuficiencia perivalvular grado III; en 2 casos de hipotensión grave, se evidenció la presencia de derrame pericárdico severo. El último caso se realizó por disección de la aorta ascendente, mostrando la extensión y la puerta de entrada. En 8 casos, la complicación se consideró grave. El número de estudios ETE intraprocedimiento fue similar en ambos grupos de la curva de aprendizaje, pero la proporción de los estudios indicados por complicaciones graves fue significativamente menor después de superar la curva de aprendizaje (75% en el grupo I, frente al 25% en el grupo II, $p < 0,05$).

Conclusiones: En nuestra experiencia, la ETE es muy útil durante la implantación en la mitad de los pacientes. En un cuarto de ellos, decidió el tamaño de la prótesis a implantar y en un tercio, ayudó al diagnóstico y manejo terapéutico de las complicaciones. Después de superar la curva de aprendizaje, la indicación de la ETE, debido a las complicaciones graves durante el procedimiento disminuye de manera significativa.

C123. EL DIÁMETRO TRANSVERSAL DE LA AI COMO PREDICTOR DE DISFUNCIÓN DIASTÓLICA

R. Picón Heras, D. Villagómez Villegas, M. González Correa, J.M. Cubero Gómez, J.M. Masero Carretero, I. Lara de la Fuente, C. Navarro, I. Estrada, F. Sánchez Burguillos y L. Pastor Torres

Hospital Virgen de Valme. Sevilla.

Introducción: El estudio mediante ecocardiografía (ETT) de la dilatación de la aurícula izquierda (AI) se ha relacionado con la

presencia de disfunción diastólica (DD) a largo plazo. Alteraciones en la morfología de la misma, independientemente del tiempo de evolución de la disfunción diastólica, puede ayudarnos a conocer con mejor exactitud a conocer la repercusión hemodinámica que presenta así como su a mejorar el manejo terapéutico de esta patología.

Objetivo: Usando como referente el diámetro transversal de la AI medido en plano apical 4C (A4C) determinar un punto de corte que nos permita relacionarlo con la presencia de disfunción diastólica determinada acorde con las determinaciones del estudio mediante doppler y doppler tisular (TDI) independientemente del tiempo de evolución de la misma.

Metodología: Desde mayo hasta octubre de 2009 se estudió en nuestras consultas mediante ETT la morfología y volumen de la AI así como los parámetros de función diastólica en 43 pacientes. Se valoró el eje transversal en plano A4C así como los parámetros habituales para cuantificar la función sistólica y la función diastólica mediante uso de doppler y TDI (onda E, onda A, E/A, TDE, TRIV, E' medial, E' lateral, relación E/E' media). Se determinó como punto de corte del diámetro transversal de AI 40 mm diferenciando en 2 grupos: G1 si ≤ 40 mm y G2 > 40 mm.

Resultados: En nuestra muestra el 58,1% eran mujeres, la edad media fue de $65,8 \pm 14$ años, el IMC medio fue de $29,34 \pm 5,3$ kg/m², el volumen medio BP indexado de AI de 36 ± 14 ml, la media de eje transversal de AI fue $4,36 \pm 0,8$ cm, la FE media fue de $57 \pm 15,4\%$. El grupo G2 presentó una relación E/E' media mayor ($12,6$ vs. $9,6$; $p = 0,026$) dependiente principalmente de la relación E/E' a nivel lateral (G1 $8,1$ vs. G2 $11,2$; $p = 0,011$).

Conclusiones: La dilatación aislada del diámetro de la AI determinando un punto de corte por encima de 40 mm se correlaciona de forma directa con aumento de la relación E/E' media siendo por tanto un factor predictor independiente de la presencia de disfunción diastólica.

C124. FACTORES PREDICTORES DE DESARROLLO DE DISFUNCIÓN DIASTÓLICA

D. Villagómez Villegas, R. Picón Heras, M. González Correa, J.M. Cubero Gómez, I. Estrada, C. Navarro, J.M. Masero Carretero, I. Lara de la Fuente, F. Molano Casimiro y L. Pastor Torres

Hospital Virgen de Valme. Sevilla.

Introducción: La función diastólica deteriorada es un marcador de mal pronóstico de los pacientes postisquémicos tanto en fase aguda como en fase crónica relacionándose con un aumento de la morbimortalidad de los mismos. Es necesario el estudio exhaustivo de todos los factores que pueden contribuir a su desarrollo de la misma en la población, independientemente de la presencia de sintomatología de insuficiencia cardiaca.

Objetivo: Definir los factores implicados en la aparición de afectación de la función diastólica medido mediante ecocardiograma transtorácico en una muestra no aleatorizada de la población.

Método: Desde mayo hasta octubre de 2009 se estudió en nuestras consultas mediante ETT la morfología y volumen de AI biplano indexado así como los parámetros de función diastólica en 43 pacientes. Se valoró el índice de esfericidad de la AI definido mediante una relación entre el eje longitudinal y eje transversal medido con ETT en plano apical 4C, los parámetros habituales para valorar la función diastólica mediante doppler y doppler tisular TDI (onda E, onda A, E/A, TDE, TRIV, E' medial, E' lateral, relación E/E' media) así como la función sistólica definida por la fracción de eyección del VI (FE) según método de Simpson biplano. Se definieron como presencia de disfunción diastólica establecida la presencia de un valor de la relación E/E' media > 12 .

Resultados: El 58,1% eran mujeres, la edad media fue de $65,8 \pm 14$ años, el IMC medio fue de $29,34 \pm 5,3$ kg/m², el volumen medio BP indexado de AI de 36 ± 14 ml, la media del eje transversal de AI fue $4,36 \pm 0,8$ cm, la FEVI media fue de $57 \pm 15,4\%$. La relación E/E' media fue de $11,5 \pm 4,3$. En el análisis multivariado se definieron como predictores independientes de presencia de disfunción diastólica: el IMC ($p = 0,044$) y la edad de los pacientes ($p = 0,002$).

Conclusiones: El aumento del IMC y la edad se definen como factores predictores de desarrollo de disfunción diastólica en nuestro grupo de pacientes. El control del peso puede contribuir a mejorar la calidad de vida a largo plazo en la población que presenta disfunción diastólica.

C125. DESFIBRILADORES AUTOMÁTICOS IMPLANTABLES EN JÓVENES. PERFIL CLÍNICO Y SEGUIMIENTO

N. Herrera Gómez, P. Santiago Díaz, R.S. Galdeano, M. Álvarez López, L. Tercedor Sánchez, R. Macías Ruiz, M. López, A.L. Arrebola Moreno, M. Molina Lerma y R. Melgares Moreno

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción: La muerte súbita (MS) es hoy en día un problema relevante especialmente en la población joven donde es la primera manifestación clínica de diversas afecciones. En la actualidad los dispositivos desfibriladores automáticos implantables (DAI) son una opción terapéutica eficaz y segura para la prevención de MS.

Objetivos: Analizar la proporción de implantes que representan la población de menores de 18 años del total. Ver las características de esos pacientes y los eventos en su seguimiento.

Material y métodos: Analizamos los implantes de DAI en los últimos 10 años en nuestro centro, seleccionando los menores de 18 años. Estudiamos datos clínicos y de seguimiento.

Resultados: Desde enero de 2000 a diciembre de 2009 se han implantado en nuestro centro 11 DAIs (4% de los primoimplantes) en menores de 18 años (3 niñas; edad media 12 ± 5 años, una niña de 2 meses), 3 entre 2000-2006 y 8 en los últimos 3 años. Todos los pacientes se encontraban en grado funcional I y en ritmo sinusal al implante. La indicación fue por Fibrilación Ventricular (FV) en 6, 2 por taquicardia ventricular (TV) sincopal, 1 por síncope y TV inducida en el estudio electrofisiológico (EEF), 1 por TVNS y antecedentes familiares de MS y 1 asintomático con antecedentes familiares de MS. Hubo 3 casos de síndrome de QT largo, 1 miocardiopatía (MP) dilatada idiopática con disfunción biventricular, 1 caso de MP no compactada, 1 presentaba MP hipertrófica, 1 L- trasposición de grandes arterias, 1 atresia pulmonar con CIA y 2 casos FV idiopática. Solo 2 pacientes presentaban disfunción ventricular. En 6 se realizó previamente un EEF y en 3 de se indujo FV. En 7 de los casos se implantó un DAI bicameral y en 4 se optó por un monocameral. La mediana de seguimiento fue 25 meses con 100% supervivencia. Se produjeron descargas inadecuadas por taquicardias supraventriculares en el 27% mientras que el 18% sufrieron choques apropiados. Se produjo 1 recambio debido a un "recall", así como un decúbito.

Conclusiones: La implantación de DAIs en la población joven continua siendo escasa (< 5%). El perfil de los pacientes en nuestro medio suele ser el de un paciente con cardiopatía estructural o eléctrica y en prevención secundaria, siendo pocos los casos de FV idiopática.

C126. RESULTADOS DE CRIOABLACIÓN EN LA UNIDAD DE ARRITMIAS DEL HOSPITAL VIRGEN DE LAS NIEVES

R.S. Galdeano, M. Álvarez López, L. Tercedor Sánchez, J. Jiménez Jaimez, N. Herrera, L. Muñoz y P. Santiago

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Objetivos: Evaluar la eficacia de la técnica en pacientes (P) sometidos en nuestro centro a Crioablación (CrioAbl) de diferentes sustratos.

Introducción: La CrioAbl ofrece tres ventajas sobre la radiofrecuencia (RF): ausencia de dolor, mayor estabilidad del catéter y posibilidad de criomapeo que permite reversibilidad del daño en caso de afectar al sistema de conducción.

Materiales y métodos: Entre mayo del 2008 y enero del 2010, se realizaron 33 procedimientos de crioablación en nuestra Unidad de Arritmias. Los datos fueron analizados con el programa SPSS versión 15.

Resultados: Los sustratos tratados fueron: vías accesorias (VA) (16 P, 2 tipo Coumel), flutter común (FLT) (10 P), taquicardia intranodal (TIN) (5 P, 3 con PR largo basal), taquicardia auricular (1 P) y extrasistolia de rama derecha (1 P). El motivo de elección de la técnica de CrioABL fue evitar analgésicos por presencia de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en 10 P, riesgo de bloqueo AV en 18 P e inestabilidad del catéter en 5 P. En la tabla 1 se expresan los resultados por sustratos.

Éxito CrioAbl RF PostCrio Éxito Agudo BAV criomapeo Complicación Recurrencia 6 Meses TIN (5 P) 5 (100%) - 5/5 3/5 1/5 1/5 FLT (10 P) 9 (90%) 0/1 9/10 0/10 0/10 1/9 VA derecha (5 P) 2 (40%) 1/3 3/5 0/5 0/5 2/3 VASEptal (11 P) 8 (72,7%) 3/3 10/11 2/11 1/11 1/10 Otros (2 P) 1 (50%) 0/1 1/2 1/2 0/2 1/1 Total (33 P) 25 (76%) 4/8 28/33 (85%) 6/33 (18%) 2/33 (6%) 6/28 (21%)

De los 8 P (24%) con procedimiento fallido de crioablación, se continuó en 4 de ellos con RF teniendo éxito en 3. Las complicaciones fueron un derrame pericárdico sin taponamiento y un bloqueo AV 2:1 asintomático.

Conclusión: La crioablación es una técnica eficaz y segura para el tratamiento de sustratos arrítmicos cercanos al sistema de conducción y de flutter auricular en pacientes con EPOC. En otros sustratos su eficacia es limitada. La tasa de recurrencias a medio plazo es alta.

C127. EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE SEGUIMIENTO REMOTO DE PACIENTES PORTADORES DE DAI

F. Laguarda, E. Arana, J.A. Sánchez-Brotóns, M. Frutos, M. Durán, R. Solanilla, A. Campos y A. Pedrote

Unidad de Arritmias. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

La telemedicina se plantea como la solución para el seguimiento del número creciente de pacientes portadores de DAI, permitiendo espaciar la visita presencial y mantener una monitorización continua del dispositivo. Sin embargo el éxito de los proyectos de telemedicina depende de la interacción entre la tecnología y su entorno de aplicación, fracasando frecuentemente por falta de aceptación o problemas organizativos.

Objetivo: Analizar un programa de monitorización remota diseñado en nuestro centro para pacientes portadores de DAI mediante el sistema Carelink® network (Medtronic). Valoramos la adecuación tecnológica y el grado de aceptación y satisfacción de los distintos agentes implicados (pacientes y médicos).

Método y resultados: Se incluyen 30 pacientes consecutivos portadores de DAI Medtronic (Concerto y Virtuoso) desde septiembre de 2008 (87% hombres, 65 ± 9 años, CF NYHA II-III 75%, FEVI $26,6 \pm 8\%$). Se analizan 92 transmisiones (3 ± 1 por paciente, 92% programadas). No hubo complicaciones relacionadas con el sistema. Hubo un malfuncionamiento de un monitor que se resolvió cambiándolo. El 78% de las transmisiones programadas se realizaron adecuadamente. Hubo 6 alertas del dispositivo (1 por estimulación $< 90\%$ en un DAI-resincronizador, 1 terapia por sobresensado de T y 4 por TV/FV) valoradas correctamente en < 48 h. El 78,3% de los pacientes considera el sistema manejable y seguro, sin haber relación con su nivel de estudios académicos (básicos 87%). El 87% aprecia un beneficio claro del servicio, simplificando su seguimiento al evitar los desplazamientos (46,7% reside a > 50 km). Los médicos (4 usuarios) consideran el sistema fiable y de fácil uso, comparable a la revisión presencial el 100%. El 75% piensan que modifica la dinámica de trabajo, aumentando las tareas administrativas, valorando negativamente la no universalidad del sistema. Sin embargo valoran positivamente la comodidad y seguridad del paciente.

Conclusiones: El programa de seguimiento remoto implantado en nuestro centro es seguro, de fácil uso, ahorra tiempo al paciente y mejora su asistencia, a costa de una modificación en los hábitos de trabajo con mayores labores administrativas.

C128. MEDIDA TELEMÁTICA DE LA IMPEDANCIA INTRATORÁCICA EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA: RESULTADOS PRELIMINARES

J.A. Sánchez-Brotons, E. Arana, M. Frutos, M. Durán, R. Solanilla, A. Campos y A. Pedrote

Unidad de Arritmias. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivos: En pacientes con disfunción ventricular severa e insuficiencia cardiaca (IC) no existen parámetros fiables que permitan predecir episodios de descompensación clínica. La disminución de la impedancia intratorácica, medida en algunos desfibriladores automáticos implantables (DAI) y resincronizadores (TRC), se ha utilizado como índice precoz de acumulación de líquido pulmonar (Optivol®) con resultados prometedores, aunque aún no está plenamente establecida su forma óptima de aplicación. Pretendemos analizar nuestra experiencia inicial con esta nueva herramienta en el seguimiento telemático de pacientes con disfunción ventricular severa.

Material y métodos: Se incluyeron 19 pacientes (17 hombres, edad $65,2 \pm 9,9$ años) portadores de un DAI Virtuoso ($n = 11$) o DAI/TRC Concerto ($n = 8$) (Medtronic Inc.) entre junio y diciembre de 2009. Se registraron los cruces de umbral (CU) del índice Optivol® (punto de corte 60 Ohm • día) mediante alertas telemáticas, así como los episodios de IC significativa (aquellos que implican reajustes de medicación), considerando como verdadero positivo cuando ocurren en los 30 días siguientes al CU.

Resultados: A los 30 días del implante la FEVI media fue $27 \pm 5\%$, encontrándose 14 (74%) pacientes en clase funcional II de la NYHA y 5 (26%) en clase III. Durante un seguimiento de $5,5 \pm 2,4$ meses se registraron un total de 14 CU, siguiéndose 4 de ellos de episodios de IC significativa. No se documentó ningún episodio no precedido de CU. El índice Optivol® con el punto de corte considerado muestra una sensibilidad del 100% y un valor predictivo positivo del 28,5% para la detección precoz de episodios de IC significativa.

Conclusiones: La medida telemática de la impedancia intratorácica podría ser una herramienta útil en el seguimiento de pacientes con disfunción ventricular severa portadores de dispositivos antiarrítmicos, aunque son necesarios más estudios que definan la mejor forma de utilización y su punto de corte ópti-

mo, ya que el propuesto hasta el momento parece tener una buena sensibilidad a expensas de una especificidad excesivamente baja.

C129. INTERVENCIONISMO PERCUTÁNEO EN PACIENTES DIABÉTICOS

M. González Correa, J.M. Masero Carretero, R. Picón Heras, I. Lara de la Fuente, J.M. Cubero Gómez, P.L. Pérez-Santigosa, F.J. Sánchez Burguillos, F.J. Molano Casimiro y L. Pastor Torres

Hospital Virgen de Valme. Sevilla.

Introducción: Los pacientes diabéticos son un subgrupo de alto riesgo para sufrir eventos adversos en el seguimiento a medio plazo tras intervencionismo coronario percutáneo (ICP). La opción tradicional es la revascularización coronaria de bypass, pero con la llegada de los stents farmacoactivos (SF) se han abordado pacientes más complejos, no hay muchos datos de los últimos dispositivos de 2.ª generación, aunque parecen más seguros. El objeto de este estudio es analizar los resultados en los pacientes (p) diabéticos tratados mediante el implante de stent.

Metodología: De enero de 2008 a diciembre de 2008 se trataron mediante intervencionismo percutáneo a 192 p, 399 lesiones. Se determinó la lesión principal (LS) para el análisis estadístico en relación a los siguientes criterios: Localización en Tronco coronario, SF, mayor longitud del sumatorio de stent, menor diámetro stent. Se definió como Endpoint Primario (EP): Muerte de causa cardiaca, infarto de miocardio y trombosis de stent.

Resultados: Un 66% eran varones, 38% insulin-dependientes. Las LS fueron tratadas mediante stents farmacoactivos en 146 p (76%): 97p (66,4%) Xience V y 49 p (33,6%) Endeavor. El resto 46 p (24%) fueron tratados mediante stents convencionales (SC). La enfermedad multivaso se presentó en el 73,5%. La fracción de eyección (FE) de 55,4%. Las complicaciones mayores relacionadas periprocedimiento fueron tres IAM no Q (1,5%). La mortalidad hospitalaria fue del 1,5%. En el seguimiento a medio plazo de 12 meses la mortalidad por causa cardiaca fue 4,6%, trombosis de stent (angiográfica, probable) del 2%. Los pacientes libres eventos mayores fueron el 86,5%. En el análisis univariado las variables asociadas ($p < 0,05$) fueron: La presencia de Calcio, FE, Edad, el número de vasos (NV), n° total stent implantado y uso de stent convencional. En el análisis multivariado mediante regresión de logística fueron predictores independientes de EP: La presencia de Calcio OR: 4,0 (95% IC 1,3-11; $p < 0,01$), el NV OR: 2,6 (95% IC 1,4-4,7; $p < 0,001$) y el uso de stent convencional OR: 6,2 (95% IC 2,1-18; $p < 0,005$).

Conclusiones: La tasa de eventos adversos se relaciona con la complejidad de la lesión, la extensión de la enfermedad y el uso de stent convencional.

C130. UTILIDAD DEL CATÉTER VENTURE PARA ACCEDER AL RAMO LATERAL EN LESIONES BIFURCADAS TRATADAS CON LA TÉCNICA DE STENT PROVISIONAL: UNA ALTERNATIVA EN ANATOMÍAS DESFAVORABLES

S. Ojeda, F. Toledano, J. Suárez de Lezo, M. Pan, M. Romero, J. Segura, F. Mazuelos, J. Suárez de Lezo Jr, D.J. Pavlovic, M.C. León y D. García

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba.

En un pequeño porcentaje de pacientes (pts) con lesiones coronarias en bifurcación (BI) resulta imposible cruzar la guía hacia el ramo lateral (RL). En estos casos, un dispositivo con punta deflectable y dirigible puede ser útil.

Objetivo: Analizar nuestra experiencia con el catéter Venture-TM (CV) en pts con lesiones en BI tratados con la técnica de stent provisional en los que fue imposible cruzar al RL con la tecnología habitual.

Métodos: Desde abril-2006 hasta septiembre-2009, tratamos a 553 pts con lesiones en BI. En 20 pts (4%), utilizamos el CV por imposibilidad de acceder al RL, siempre como último recurso y en diferentes etapas del tratamiento de la BI (basal, tras la suelta del stent en el vaso principal, o en ambas). El éxito del procedimiento fue definido por el paso de la guía a la luz verdadera del RL permitiendo su posterior tratamiento junto con la ausencia de complicaciones.

Resultados: Se emplearon un mínimo de 2 guías antes de recurrir al CV (mediana 3, percentiles 25-75: 2-3) mientras que sólo fue necesaria 1 con el CV en los pts tratados exitosamente (mediana 1, percentil 25-75: 1-1) ($p < 0,01$). Se requirió una mediana de tiempo de 16 min para cruzar al RL en el primer intento (percentiles 25-75: 11,7-20,5), disminuyendo a 2,5 min (percentiles 25-75: 1,8-3) con el empleo del CV. En 17 pts (85%), se consiguió pasar la guía al RL y tratar la BI, mientras que en 3 (15%) fue imposible acceder al RL. El CV se utilizó para acceder basalmente al RL en 10 pts (50%), en 7 (35%) para cruzar al ramo enjaulado y en 3 (15%) fue empleado en ambas etapas del tratamiento. Sólo se produjo una complicación relacionada con el empleo de un CV monorraíl que se resolvió satisfactoriamente. La mayoría de los pts (17/20; 85%) fueron dados de alta sin complicaciones. Un pt con enfermedad multivaso y disfunción ventricular izquierda severa murió por insuficiencia cardíaca 10 días después del procedimiento y 2 pts, en los que el recuce al RL tras la implantación del stent en el vaso principal fue imposible, sufrieron un infarto no Q.

Conclusión: El CV es útil y seguro, permitiendo finalizar con éxito el tratamiento de lesiones en BI complejas que estaban abocadas al fracaso con la tecnología habitual.

C131. COMPARACIÓN DE UNA ESTRATEGIA QUIRÚRGICA VS. PERCUTÁNEA EN ENFERMEDAD DE TRONCO COMÚN IZQUIERDO NO PROTEGIDO

B. Luque Aguirre, B. Pérez Villardón, J.A. Bullones Ramírez, M.A. Ramírez Marrero, C. Jiménez Rubio, J. Álvarez Rubiera, C. Urbano Carrillo, F. Álvarez Cienfuegos, J.L. Castillo Castro y M. de Mora Martín

Servicio de Cardiología.

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Introducción: La enfermedad de tronco común izquierdo (TCI) se encuentra en 5% de las coronariografías diagnósticas; la técnica actualmente aceptada para su tratamiento es la cirugía de revascularización coronaria (CABG).

Objetivo: Comparar las características diferenciales en un grupo de p con enfermedad TCI que se someten a una estrategia percutánea frente a CABG. Evaluar resultados inmediatos y pronóstico a largo plazo.

Material y métodos: Estudio retrospectivo que incluye 130p consecutivos con enfermedad de TCI sometidos a coronariografía entre enero 2005-diciembre 2009. 39p (30%) fueron tratados mediante ICP, y 90p (70%) mediante CABG. Excluimos pacientes en shock cardiogénico, así como TCI protegido.

Resultados: Edad media del total de p fue $68,3 \pm 9,7$ (rango: 42-86), mayor frecuencia de $p \geq 75$ años en el grupo ICP (35,9% vs. 25,5%, $p = 0,03$); en las características basales encontramos predominio de varones en el grupo quirúrgico (64,5% vs. 35,5%, $p = 0,02$), sin diferencias significativas en el resto de características demográficas. Antecedente de IAM/ICP más frecuente en el grupo de ICP ($p = 0,05$), así como más p con FEVI $< 50\%$ ($p = 0,03$). La revascularización completa se consiguió con mayor frecuen-

cia en el grupo de CABG, sin significación estadística. El retraso entre el diagnóstico y la estrategia terapéutica, así como la estancia total hospitalaria fueron superiores en el grupo de CABG ($p = 0,001$). Mediana de seguimiento 21 meses. Tendencia a mayor re-ICP, mayor mortalidad seguimiento y mayor MACE en el grupo de ICP, sin significación estadística. Análisis multivariado: la estrategia terapéutica no se asoció con mortalidad intrahospitalaria; CABG se asoció a menor mortalidad en el seguimiento (OR 0,21; IC 95%: 0,56-0,77; $p = 0,019$) y a menor tasa de MACE (OR 0,50; IC 95%: 0,2-1,3; $p = 0,08$). El antecedente de IAM predijo mayor mortalidad (OR 4,57; IC 95%: 1,3-14,3; $p = 0,04$); sexo femenino se asoció a peor pronóstico en el seguimiento (OR 0,41; IC 95%: 0,2-0,9; $p = 0,05$).

Conclusiones: La estrategia intervencionista en la enfermedad de TCI es una alternativa terapéutica para pacientes con características anatómicas favorables y alto riesgo quirúrgico. Son pacientes más añosos, con más antecedentes de IAM y peor FEVI; sin embargo, ofrece unos resultados inmediatos y en el seguimiento aceptables.

C132. VENTAJAS Y DESVENTAJAS DEL ACCESO RADIAL

B. Pérez Villardón, C. Jiménez Rubio, J.A. Bullones Ramírez, C. Lópezosa Moya, J. Álvarez Rubiera, C. Urbano Carrillo, F. Álvarez Cienfuegos, J.L. Castillo Castro y M. de Mora Martín

Servicio de Cardiología.

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Introducción: El acceso radial representa una alternativa eficaz y segura al abordaje femoral. El propósito de nuestro estudio fue analizar las características de los pacientes (p) sometidos a coronariografía, las diferencias observadas en el procedimiento y la frecuencia de complicaciones.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo de p sometidos a cateterismo cardíaco consecutivamente de agosto-octubre 2009.

Resultados: Analizamos 380p, edad media de $65 \pm 10,8$, predominio de varones 65,3%; 34,7% fueron angioplastias. Se realizó abordaje vía radial en 203p (53,4%; 64,8% con introductores 5F y 35,2% introductores 6F), y abordaje femoral en 177p (46,6%). No encontramos diferencias significativas en las características basales de los p; se realizó un mayor número de angioplastias por vía femoral (55,6% vs. 44,4%, $p = 0,04$). Los tiempos de procedimiento y de fluoroscopia fueron ligeramente más prolongados en el grupo de acceso radial ($p = 0,06$). 10p fueron crossover de radial a femoral por espasmo severo, tortuosidad, loop radioulnar, inestabilidad del catéter o disección arterial; 1p fue crossover de femoral a radial izquierdo con tortuosidad severa a nivel iliaco. Los procedimientos IVUS/Rotablator se realizaron siempre por vía femoral. Encontramos mayor porcentaje de complicaciones en el grupo de acceso femoral (20,9% vs. 12,8%, $p = 0,015$); las complicaciones del acceso radial fueron todas hematomas de carácter leve en antebrazo, 0% oclusión arteria radial mediante test de Allen invertido; sin embargo, las complicaciones del acceso femoral fueron 13,5% hematomas peripunción de carácter leve, 2,8% hematomas importantes que requirieron transfusiones sanguíneas, 2,8% pseudoaneurismas femorales, 0,6% fistulas av, 0,6% hematomas retroperitoneales, 0,6% ACV. Estas complicaciones demoraron de forma significativa la estancia hospitalaria ($5,5 \pm 2$ vs. $1,2 \pm 0,4$ días, $p = 0,001$).

Conclusiones: El abordaje radial permite reducir de forma significativa la morbilidad relacionada con el punto de punción, lo que disminuye la estancia hospitalaria. Favorece la deambulación precoz postprocedimiento lo que aumenta la comodidad del paciente. Necesita una curva de aprendizaje superior a las

de otras vías de acceso; el tamaño de la arteria puede limitar el uso de determinados dispositivos.

C133. VALOR DE LA HEMOGLOBINA GLICOSILADA EN PACIENTES NO DIABÉTICOS CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO Y REVASCULARIZACIÓN PERCUTÁNEA

C. Jiménez Rubio, J.A. Bullones Ramírez, B. Pérez Villardón, J. Álvarez Rubiera, C. Urbano Carrillo, F.C. Soriguer Escofet y M. de Mora Martín

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Introducción: La Hemoglobina Glicosilada (HbA_{1c}) se ha establecido en los últimos años como factor de riesgo independiente para enfermedades cardiovasculares. Su papel predictor y pronóstico en pacientes no diabéticos con necesidad de revascularización percutánea no está aún bien definido.

Material y métodos: Análisis en nuestro medio de una serie consecutiva de 196 pacientes no diabéticos ingresados por Síndrome Coronario Agudo (SCA) con necesidad de revascularización percutánea durante el año 2009. Determinación de HbA_{1c} y realización de sobrecarga oral de glucosa (SOG) previo a intervención coronario percutáneo (ICP) electivo. Se definió una HbA_{1c} normal con valores $\leq 6\%$ y anormal con valores $> 6\%$. Tras SOG diabetes con glucemia > 200 mg/dl e intolerancia a la Glucosa de 140 a 199 mg/dl.

Resultados: La edad media fue 62 ± 10 años, 77% varones. El 47% (102 pacientes) presentó HbA_{1c} > 6 . La prevalencia de dislipemia, HTA y obesidad (IMC ≥ 30) fue mayor en este subgrupo con $p < 0,05$. Tras realización de SOG, 26 pacientes (13%) fueron diagnosticados de diabetes (22 en subgrupo HbA_{1c} > 6) y 50 (26%) de intolerancia a la glucosa. Presentaron IAM con elevación de biomarcadores un 50%, 55 pacientes con HbA_{1c} ≤ 6 y 43 con HbA_{1c} > 6 ($p 0,07$). No hubo diferencias estadísticas en nº de vasos, presencia de enfermedad multivascular o disfunción ventricular ($p > 0,05$), si bien se registró un mayor número de lesiones monovasculares y de CD en el subgrupo HbA_{1c} ≤ 6 . En todos se realizó ICP, 57% de stents farmacoactivos, media de diámetro de stent $3 \pm 0,5$ y de longitud de 19 ± 5 mm, igualmente sin diferencias estadísticas. Las complicaciones del ICP fueron infrecuentes 6%, con mayor tendencia a espasmo y no reflow en subgrupo HbA_{1c} > 6 .

Conclusiones: La prevalencia de alteraciones de metabolismo hidrocarbonado en pacientes ingresados por SCA sin diabetes conocida y con necesidad de revascularización es elevada. No se encontraron en nuestro medio diferencias significativas en la presentación clínica, perfil angiográfico ni manejo invasivo de la enfermedad coronaria de pacientes no diabéticos y con cifras anormales de HbA_{1c}.

C134. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES DERIVADOS POR SOPLO CARDIACO A LA CONSULTA DE CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

J. Cano Nieto, C. Jiménez Rubio, V. Cuenca, J.L. Delgado Prieto, J.M. Pérez Ruiz y M. de Mora Martín

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Introducción: Más del 80% de los niños tienen en algún momento de su vida lo que se define como soplo funcional o benigno y menos del 5% de los niños con soplo tendrán cardiopatía estructural. Teniendo en cuenta que es el signo clínico soplo cardiaco el más frecuente en la consulta de cardiología pediátrica, estuvimos interesados en investigar las características de los pacientes derivados y los hallazgos que encontramos.

Material y método: Analizamos a los pacientes que fueron derivados a nuestra consulta de cardiología pediátrica del Hospital Carlos Haya de Málaga en 1 año. A los pacientes se les realizó exploración física completa, realización de ecocardiograma transtorácico. En total fueron 766 niños de 3 orígenes diferentes: neonatología 88; atención primaria 475 y hospitalización pediátrica 114. Se analizaron los datos con tablas de cálculos Excel y análisis estadístico simple con SPSS 11.0. Los 3 grupos se analizaron por separado por sus características diferenciales.

Resultados: Los pacientes derivados desde neonatología (88) tuvieron de media 6 días de edad y 56% de sexo femenino. Tuviron cardiopatía estructural el 52,2%, destacando entre ellos 42% CIV muscular, 23% ductus arterioso persistente y 8% CIA ostium secundum. De atención primaria fueron 564 pacientes con media de edad de 18 meses y predominio de sexo femenino 53%. El 84% se definió como soplo funcional, 2% no tenían soplo en el momento de la exploración y el 12,9% tenían cardiopatía estructural destacando entre ellos: 26% tenían CIV muscular, 23% CIA tipo ostium secundum y 14% estenosis pulmonar leve. De la hospitalización de pediatría se remitieron para estudio 115 pacientes con media de edad de 28 meses y predominio femenino 61%, de los cuales fueron diagnosticados de soplo funcional 57(49%). Del resto, 31% CIV muscular, 17% CIA ostium secundum y 15% DAP. Existieron diferencias significativas entre pacientes derivados desde atención primaria vs. hospitalizados.

Conclusiones: El rendimiento de la valoración cardiológica desciende cuando la valoración se produce desde atención primaria.

C135. PERFIL CLÍNICO Y EPIDEMIOLÓGICO DE LOS PACIENTES DERIVADOS A UNA UNIDAD DE DOLOR TORÁCICO. EXPERIENCIA INICIAL DE NUESTRO CENTRO

B. Luque-Aguirre, M.A. Ramírez-Marrero, D. Gaitán-Román, G. Ballesteros, N. Fernández-Borrego, A. García-Bellón, A. González-González, B. Pérez-Villardón, C. Jiménez-Rubio, J. Mora-Robles, J.L. Delgado-Prieto, J.M. Pérez-Ruiz y M. de Mora Martín

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Introducción: El dolor torácico es una de las entidades clínicas que requiere mayor asistencia por los servicios de urgencias de un centro hospitalario. El objetivo de nuestro estudio fue analizar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes derivados a la Unidad de Dolor Torácico (UDT) para estudio.

Métodos: Análisis prospectivo del total de pacientes derivados a la UDT de forma consecutiva por clínica de dolor torácico desde los dispositivos de urgencias hospitalarias, en el periodo comprendido de junio a diciembre de 2009. Se estudiaron variables clínico-epidemiológicas, analíticas y tratamiento farmacológico prescrito.

Resultados: Se incluyeron 247 pacientes, con edad media de $58,91 \pm 13,30$ años, 98 (39,7%) mujeres. El 27,1% de los pacientes eran fumadores, 48,2% hipertensos, 20,2% diabéticos (28% insulín-dependientes) y 44,5% dislipémicos. El 24,3% presentó antecedentes de cardiopatía isquémica previa, precisando el 13,4% revascularización coronaria (93,9% percutánea). La comorbilidad media de los pacientes (expresada mediante el índice de Charlson) fue reducida, $0,97 \pm 0,86$. El 18,6% del total de pacientes presentó anemia y broncopatía, el 15,8% insuficiencia renal, el 2,8% antecedente de ictus y el 3,6% enfermedad arterial periférica. Un 2% de los pacientes fueron diagnosticados previamente de fibromialgia reumática. Prácticamente el 100% de los pacientes fueron derivados desde atención primaria.

ticamente la totalidad de los pacientes presentaron una fracción de eyección de ventrículo izquierdo conservada (97,6%) y el 6,9% fibrilación auricular. En lo referente al tratamiento farmacológico prescrito previo a la primera revisión por la UDT, el 40,1% de los pacientes empleaba antiagregantes plaquetarios, 3,6% anticoagulantes orales, 23,5% betabloqueantes, 24,7% antagonistas del calcio, 38,5% IECAs y/o ARA-II, 21,5% nitratos, 34% estatinas y un 17,4% diuréticos. El 20,2% de los pacientes hacía uso de fármacos psicotrópicos (mayoritariamente ansiolíticos).

Conclusiones: El dolor torácico es un motivo frecuente de consulta a urgencias hospitalarias. Existe un predominio de los hombres, con una edad media próxima a los 60 años. Una cuarta parte de estos pacientes presentaba antecedentes de cardiopatía isquémica previa, y de forma general presentaban un riesgo cardiovascular nada despreciable y un empleo de fármacos significativo.

C136. CORRELACION DE LA FUNCIÓN ENDOTELIAL MEDIDA MEDIANTE FDDL Y LA PRESENCIA DE ENFERMEDAD CORONARIA SEVERA

M. González Correa, J. Santos Morano, R. Picón Heras, J.M. Maseró Carretero, J.M. Cubero Gómez, A. Grilo Reina, F.J. Molano Casimiro, P.L. Pérez Santigosa, F.J. Sánchez Burguillos y L. Pastor Torres

Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

La relación de la disfunción endotelial (DE) con la aterotrombosis, los factores de riesgo cardiovascular y aquellas condiciones patológicas que predicen un alto riesgo de eventos ha sido bien documentada. El método más utilizado para el estudio de la función endotelial (FE) hasta ahora es la ultrasonografía de alta resolución en arterias de conducción (braquial), si bien resulta un procedimiento dependiente de observador. El test de hipermia postisquémica mediante Flujiometría Doppler Digital Láser (FDDL) es un método no invasivo y de menor dependencia interobservador, validado en estudios de FE y con una aplicabilidad cada vez más creciente en la correlación con el perfil de riesgo cardiovascular. En nuestro trabajo relacionamos los parámetros de FE medidos mediante FLDD con la presencia de enfermedad coronaria severa medida por angiografía coronaria en pacientes que ingresan en nuestro hospital por dolor torácico y con criterios de alto riesgo de evento coronario a corto plazo.

Métodología: Entre marzo 2009 y enero 2010 se registraron 19 pacientes (p) con una mediana de edad (Q1-Q3) de 52 años (45-64) de los que el 78,9% eran varones, 31,6% diabéticos, 68,4% hipertensos, 47,4% fumadores, 36,8% hiperlipémicos, el 10,5% presentaban claudicación intermitente, 5,3% estaba diagnosticado de EPOC, el 5,3% presentó un accidente cerebrovascular previo y el 47,4% presentaban hipertrofia ventricular en el ecocardiograma con una función sistólica conservada sin trastornos de la contractilidad segmentaria en el 100%. Se llevó a cabo la realización de test de FE mediante FDDL y posterior angiografía coronaria en el 100% de los cuales presentaron enfermedad coronaria severa el 47,4% que requirió al menos del implante de un stent. Entre los parámetros medidos de FE mediante FDDL, el tiempo de recuperación del flujo basal (TRFB) se mostró, en el análisis univariado, como predictor de enfermedad coronaria severa (0,62 s (0,19-0,96) vs. 0,99 s (0,65-1,16); p = 0,044).

Conclusión: Los pacientes con enfermedad coronaria severa presentan menor TRFB desde el pico de flujo de hipermia lo cual podría permitir crear nuevas hipótesis en la relación de la DE y el riesgo de evento coronario agudo en nuestros pacientes.

C137. DIFERENCIAS EN EL MANEJO Y REPERCUSIÓN PRONÓSTICA DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO SEGÚN LA EDAD DEL PACIENTE

B. Pérez Villardón, J.A. Cano Nieto, M.A. Ramírez Marrero, C. Jiménez Rubio, D. Gaitán Román, M. Álvarez Bueno, A. Vera y M. de Mora, en representación del Grupo de Trabajo ARIAM

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Introducción y objetivo: Los pacientes ancianos con Síndrome Coronario Agudo (SCA) suelen recibir una actitud conservadora, a pesar de que cada vez más se demuestra el beneficio de una política invasiva. El aumento progresivo en la esperanza de vida hace que este subgrupo sea cada vez más frecuente en nuestro día a día. El propósito del presente estudio fue conocer el manejo en nuestro medio del paciente anciano con SCA.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo del total de pacientes (p) ingresados de forma consecutiva por SCA en la Unidad Coronaria entre junio del 2009 y febrero del 2010, incluidos en el Registro ARIAM. Se estudiaron las diferencias en el manejo y el pronóstico según la edad.

Resultados: Analizamos un total de 204 p, de los cuales 76 (37,4%) eran ancianos (definido como edad mayor de 70 años), 61% hombres. En los ancianos predominó el SCASEST comparado con los no ancianos (55,3% vs. 39,4%, p = 0,02). Contactan con el sistema sanitario con un mayor retraso desde el inicio de los síntomas (87,65 ± 19,48 min vs. 43,89 ± 9,27 min, p = 0,024), presentan mayor porcentaje de complicaciones (39% vs. 26,8%, p = 0,049) y menor indicación de coronariografía (59,7% vs. 81,9%, p = 0,001). No encontramos diferencias significativas en los porcentajes de revascularización percutánea (81,4% vs. 79,2%, p = 0,47). Aquellos pacientes a los que se les realizó coronariografía presentaron de forma significativa menor riesgo de complicaciones (OR = 0,4; IC 95%: 0,1-0,9; p = 0,034). En cuanto al tratamiento prescrito al alta, no encontramos diferencias significativas en antiagregantes, IECAS/ARA II, hipolipemiantes (atorvastatina); si mayor utilización de nitratos (37,7% vs. 16,8%, p = 0,002) y de diuréticos (54,8% vs. 45,2%, p = 0,03), tendencia a mayor utilización de antagonistas del calcio (amlodipino) y menor empleo de betabloqueantes y antiarrítmicos.

Conclusiones: En nuestro medio, a pesar de que el manejo del paciente anciano es más conservador, una actitud invasiva precoz muestra claros beneficios en la reducción de las complicaciones.

C138. PERFIL CLÍNICO Y EMPLEO DE RECURSOS EN OCTOGENARIOS CON INFARTO DE MIOCARDIO INGRESADOS EN PLANTA DE CARDIOLOGÍA

A. González González, D. Gaitán Román, A. García Bellón, B. Pérez Villardón, C. Jiménez Rubio, A. Cordero Aguilar, B. Zayas Ganfornina y M. de Mora Martín

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Analizamos a todos los pacientes mayores de 80 años que ingresaron en 2005 en planta de cardiología, con el diagnóstico de infarto de miocardio. Se analizaron 27 pacientes: 15 pacientes eran hombres (55,5%). La edad media era de 82,47 años en hombres y 82,83 años en mujeres. 15 pacientes eran hipertensos (55,5%). 12 pacientes eran fumadores (44,4%). 8 pacientes tenían dislipemia (29,6%). 11 pacientes eran diabéticos (40,7%). 2 pacientes tenían ACV previo (7,4%). 5 pacientes tenían insuficiencia cardíaca previa (18,5%). 4 pacientes tenían fibrilación auricular previa (14,8%). 3 pacientes (11,1%) tomaban anticoagulación oral previa. 14 pacientes (51,8%) tenían cardiopatía isquémica previa al ingreso. 3 pacientes (11,1%) tenían ICP previo al ingreso.

y 1 p (3,7%) revascularización quirúrgica previa. El diagnóstico al ingreso fue SCACEST en 9 p (33,3%) y SCASEST en 18 p (66,6%). Grado NYHA un mes antes del ingreso: I (13 p, 48,1%), II (11 p, 40,7%) y III (3 p, 11,1%). La estancia media fue de 8,74 días. Se realizó ecocardiograma en 19 p (70,4%). En 3 p se empleó trombolisis (16,9%). Se realizó coronariografía en 3 p (11,1%). En 1 p (3,7%) la coronariografía se realizó en las primeras 48 h de ingreso. Se realizó ICP a los 3 p (11,1%). El vaso responsable fue la DA en 2 p (7,4%) y la CX en 1 p (3,7%). No se precisó angioplastia de rescate en ningún paciente. Ninguno se sometió a cirugía de revascularización coronaria. Uso de fármacos: AAS en 25 p (92,5%), Clopidogrel en 14 p (51,9%), NTG IV en 26 p (96,3%), beta-bloqueantes en 11 p (40,7%), calcio antagonistas en 5 p (18,5%), estatinas en 20 p (74,1%), heparina de bajo peso molecular en 26 p (96,3%), IECAs en 20 p (74,1%), ARA-II en 2 p (7,4%). El subgrupo de pacientes octogenarios con infarto de miocardio plantea un reto en cuanto a la optimización de recursos para buscar la mejor relación beneficio riesgo. Se trata de una población con alta comorbilidad asociada, lo que dificulta los planteamientos terapéuticos y conlleva una alta utilización de recursos. Encontramos una alta tasa de intervencionismo percutáneo en aquellos pacientes en los que realizó coronariografía.

C139. LESIONES CORONARIAS EN PACIENTES DIABÉTICOS CON INSUFICIENCIA RENAL TERMINAL: FACTORES DE RIESGO Y CARACTERÍSTICAS ANGIOGRÁFICAS

F. Gómez Pulido, M.F. González Vargas-Machuca, M.V. Junco Domínguez, J.D. Arjona Barrionuevo, M. Romero Vazquianez, P. Cristobal Sainz, F. Zafra Cobo, F. López Pardo, G. Barón Esquivias, A. Sánchez González y A. Martínez-Martínez

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos: Los pacientes con Insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) tienen un riesgo de muerte por enfermedad cardiovascular treinta veces superior respecto a la población general, especialmente si la IRCT se debe a nefropatía diabética. Es necesario un diagnóstico y tratamiento precoz antes del trasplante renal para reducir la mortalidad después del mismo. Estudiamos la prevalencia de enfermedad coronaria significativa (ECS) y la diferencia entre factores de riesgo y variables analíticas respecto al grupo sin lesiones significativas (ECNS).

Método: 333 P en hemodiálisis/diálisis peritoneal estudiados en la consulta cardiorenal pretrasplante entre nov. 2005 y enero 2010. 59 p (17,7%) presentaban nefropatía diabética. Todos se sometieron a despistaje de C. isquémica, 55 de ellos se realizaron a coronariografía.

Resultados: Edad: 54,1 ± 12,1 a. H: 45 p (76,3%). TRS: 47 p hemodiálisis. Tiempo en Tratamiento renal sustitutivo: 5,5 m (2,6-16,5). Antecedentes: DM tipo 2: 39 (66,1%) y tipo 1: 20 (33,9%). HTA: 58 p, Dislipemia: 37 (62,7%), Tabaquismo: 38 (64,4%), Arteriop. periférica: 26(44,1%), Enfermedad vascular cerebral: 6 (10,2%). Hipertrofia ventricular izquierda (HVI): 43 (72,9%), C. Isquémica: 14 (23,7%). Resultados angiográficos: ECS: 27(49,1%); Monovaso: 10 p, Multivaso: 17 p. Lesiones no significativas: 10 p (18,2%). Calcificación coronaria: 34 (61,8%). El 85,2% de las lesiones significativas estaban calcificadas frente al 70% de las no significativas. El análisis univariante mostró que la presencia de calcificación coronaria ($P < 0,001$) se correlacionaba positivamente con la presencia de ECS. Se revascularizaron 14 pacientes, 7 de ellos de forma completa. De los 54 pacientes 8 se han trasplantado. En el seguimiento durante 31,6 m ± 12,5; dos pacientes presentaron IAMSEST, uno angor inestable y 1 paciente falleció de muerte súbita. Los 8 pacientes trasplantados continúan vivos.

Conclusiones: Alta prevalencia de lesiones coronarias significativas, 49,1% en la nefropatía diabética frente al 36,2% de los pacientes con IRCT de otra etiología. La calcificación coronaria es el único factor que encontramos en nuestra serie relacionado de forma significativa con la presencia de ECS.

C140. ANOMALÍAS CORONARIAS Y LA UTILIDAD DEL TAC CORONARIO PARA SU DIAGNÓSTICO

N. Romero Rodríguez, M.P. Serrano Gotarredona, S. Navarro Herrero, A. Arce León, M. Villa Gil-Ortega, M. Fernández Quero, A.M. Campos Pareja, G. Barón Esquivias, A. Guisado Rasco, A. Sánchez González y A. Martínez Martínez

Área del Corazón. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: Las anomalías coronarias constituyen un hallazgo inesperado con cierta frecuencia en los laboratorios de hemodinámica, a veces dificultando enormemente la realización de los estudios. El TAC coronario se ha posicionado en los últimos años como la técnica no invasiva de elección para su diagnóstico, facilitando asimismo un diagnóstico más precoz de la entidad.

Objetivo y método: Presentamos las características de los 11 casos de anomalías coronarias diagnosticados en nuestro centro mediante TAC coronario desde octubre del 2008 hasta febrero del 2010 de un total de 235 estudios realizados durante dicho periodo. Fueron excluidos los trayectos intramiocárdicos aunque fenómenos de compresión sistólica fueran registrados. En todos los pacientes la técnica se llevó a cabo utilizando un equipo de 64 cortes Toshiba-Aquilion. En todos los pacientes se utilizó oxigenoterapia y alprazolam sublingual y se administró ivabradina a 6 pacientes y propranolol iv a tres con vistas a lograr una frecuencia cardiaca en torno a 60 latidos por minuto.

Resultados: Analizamos un total de 6 varones y 5 mujeres con una media de edad de 42,3 años (rango 5-68), siendo 5 de ellos menores de 16 años y no siendo necesaria el soporte anestésico en ninguno de ellos. En estos casos pediátricos la anomalía fue causa de síndrome coronario agudo en dos y se asoció a cardiopatías congénitas complejas en los otros tres casos. En las 6 anomalías diagnosticadas en adultos, la técnica se solicitó tras cateterismo incompleto en dos de ellos y en el resto como parte del protocolo de estudio de dolor torácico. No se registraron complicaciones en relación a la técnica.

Conclusiones: El TAC coronario constituye una técnica segura y eficaz, incluso en pacientes pediátricos, para el diagnóstico de las anomalías coronarias.

C141. DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO Y ACTITUD FRENTE A LOS PACIENTES QUE CONSULTAN EN URGENCIAS POR PÉRDIDA DE CONCIENCIA

E.M. Cantero-Pérez, A. Fernández-Cisnal, J. Parejo-Matos, A. Arce-León, M. Zamora¹, N. Romero-Rodríguez, E. Montero¹, A. Martínez y G. Barón-Esquivias

Servicio de Cardiología. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos: Conocer las características clínicas, el diagnóstico etiológico y la actitud ante los pacientes atendidos en Urgencias hospitalarias por pérdida de conciencia (T-LOC) en la actualidad.

Material y métodos: Hemos realizado un análisis prospectivo de todos los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias de

nuestro hospital por T-LOC durante noviembre y diciembre de 2009.

Resultados: De los 20.592 pacientes que acudieron a Urgencias en este tiempo, 330 pacientes (1,6%) acudieron por T-LOC. La edad media fue de 55 ± 22 años, y 163 fueron mujeres (49,5%). La edad no fue diferente entre hombres y mujeres ($p = 0,911$). El diagnóstico final en Urgencias fue de Síncope Neuromediado en 211 casos (64%), Síncope de Etiología desconocida en 58 (18%), Síncope Ortostático en 29 (9%), Síncope Cardíaco en 30 (9%) y T-LOC de origen neurológico en un caso, lo que comparado con otras series muestra diferencias significativas. Cincuenta pacientes (15%) precisaron ingreso, de ellos 28 (9%) ingresaron en el hospital y 23(6%) sólo lo hicieron en Observación y después fueron dados de alta. Doscientos ochenta pacientes fueron dados de alta directamente desde Urgencias. De los 302 pacientes dados de alta, a 42 se les remitió a las consulta de cardiología y a 2 a consulta de neurología.

Conclusiones: En nuestro servicio de Urgencias se diagnostica un elevado número de pacientes de Síncope Neuromediado y se sigue ingresando un bajo porcentaje de los pacientes con T-LOC lo que debe servir de estímulo para implementar las Guías Europeas de Síncope 2009 en los servicios de Urgencias.

C142. PERFIL ETIOLÓGICO Y EVOLUCIÓN DEL DERRAME PERICÁRDICO SEVERO

S. Gamaza Chulián¹, F.J. Camacho Jurado¹, R. de Zayas Rueda¹, S. Estalella Mendoza², E. Díaz Retamino¹, A. Gutiérrez Barrios¹, M. Sancho Jaldón¹ y R. Vázquez García¹

¹Servicio de Cardiología. ²Servicio de Oncología. Hospital Puerta del Mar. Cádiz.

Objetivos: Determinar la etiología y evolución del derrame pericárdico en nuestro centro (Hospital de tercer nivel), y determinar los factores que podrían predecir el diagnóstico y el pronóstico de las diferentes etiologías.

Métodos: Se incluyen todos los pacientes que ingresan en nuestro servicio, o se realiza pericardiocentesis en nuestro laboratorio de Hemodinámica, por derrame pericárdico severo, desde enero de 2002 a febrero de 2009. Se analizaron datos clínicos, demográficos y ecocardiográficos.

Resultados: Identificamos 80 pacientes (89% con taponamiento clínico) con derrame pericárdico severo, con $62,7 \pm 17,9$ años, y un 45% mujeres. La etiología fue: 25% derrame idiopático, un 20% neoplásico, 11% iatrogénicos, 9% urémicos, 27% otras causas (tiroideos, traumáticos, postquirúrgicos...). La incidencia de taponamiento fue mayor en los traumáticos/iatrogénicos (100%) y los neoplásicos (87,5%) que el resto de las etiologías (56%), con $p < 0,05$. El derrame fue hemático/serohemático un 81% frente al 46% ($p < 0,05$). Durante un seguimiento medio de 32,65 meses, 5 pacientes se perdieron, con un 41% global de recidivas, existiendo diferencias en las recidivas según la etiología (56% de los idiopáticos, 44% neoplásicos, y un 41% en derrames de otras etiologías no traumáticas), y un 14% de pacientes que se sometieron a pericardiectomía (18% de los idiopáticos, 0% en neoplásicos y un 23% de otras etiologías no traumáticas). No se encuentran diferencias en edad y sexo según la etiología. Un 32,8% fallecieron (un 73% de los neoplásicos, 18% en los idiopáticos, 22% en iatrogénicos y 22% en otras etiologías), con 39% de origen cardiovascular.

Conclusiones: La etiología idiopática es ligeramente más frecuente que la neoplásica; recidivan con mayor frecuencia y requieren más frecuentemente pericardiectomía, si bien tienen mejor pronóstico a largo plazo. La mortalidad en el seguimiento es baja.

C143. VALOR DEL INTERVENCIÓNISMO CORONARIO PERCUTÁNEO EN PACIENTES CON ESTENOSIS AÓRTICA Y ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA

M.R. Fernández Olmo, J.L. Martos Maine, J. Torres Llergo, M. Villa Gil-Ortega, M. Fernández Quero, S. Ballesteros Pradas, L.S. Díaz de la Llera, J. Benezet Mazuecos, A. Sánchez González y A. Martínez Martínez

Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: El tratamiento de elección de la estenosis aórtica (EA) severa sintomática es la cirugía de recambio valvular (RV). Un gran número de pacientes con EA presentan de forma concomitante enfermedad coronaria (EC), y la verdadera razón de los síntomas no está clara. Por esta razón, es frecuente la práctica de cirugía combinada de revascularización coronaria y RV. Sin embargo, en casos seleccionados donde el riesgo de la cirugía lo impida, el intervencionismo coronario percutáneo (ICP) aislado puede mejorar los síntomas y demorar la actuación sobre la EA.

Objetivo: Demostrar la seguridad y eficacia del ICP en pacientes seleccionados con EA significativa.

Métodos: Analizamos a 12 pacientes consecutivos que fueron sometidos en nuestro centro a ICP por EC en presencia de EA significativa (área valvular aórtica $\leq 1,2$ cm²) entre los períodos de mayo de 2005 a diciembre de 2008. Se incluyeron diferentes datos clínicos, ecocardiográficos y angiográficos. También fueron recogidos los eventos ocurridos durante el seguimiento referentes a complicaciones del ICP, mejora post-intervencionismo, muerte y RV.

Resultados: La edad media del grupo fue $74,2 \pm 5,8$ años, y el área valvular media de $1,04 \pm 0,24$ (0,5-1,2) cm². Las razones del ICP sobre la cirugía de RV fueron el alto riesgo quirúrgico y la recomendación del cardiólogo. Diez pacientes (83,4%) experimentaron una mejoría sintomática tras el procedimiento, y en ninguno de ellos se recogió complicaciones relacionadas con el ICP. Tras un seguimiento medio de $32,2 \pm 14,8$ meses, cuatro pacientes (33%) fallecieron por causas no cardíacas y tan solo uno (8,3%) requirió RV.

Conclusiones: En nuestra experiencia, el ICP en pacientes con EA severa y EC significativa es seguro, mejora los síntomas de la mayoría de los pacientes y parece mostrar un buen pronóstico a largo plazo, independientemente de factores como la severidad de la enfermedad coronaria y la clase funcional. Debería considerarse esta estrategia terapéutica en aquellos pacientes de alto riesgo quirúrgico.

C144. IMPLICACIONES EN EL RESULTADO A LARGO PLAZO DE LOS DIFERENTES PATRONES ANGIOGRÁFICOS DE REESTENOSIS INTRASTENT EN STENTS METÁLICOS

J. Torres Llergo, M.R. Fernández Olmo, M. Gonzáles Vargas-Machuca, J.L. Martos Maine, M. Villa Gil-Ortega, M. Fernández Quero, S. Ballesteros Pradas, L.S. Díaz de la Llera, J. Benezet Mazuecos, A. Sánchez González y A. Martínez Martínez

Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: Es conocido que el tipo de presentación angiográfica de la reestenosis intra-stent (RIS) cuando el tratamiento empleado es la angioplastia simple con balón, puede predecir las necesidades de nuevas revascularizaciones de la lesión (NRL).

Objetivo: Analizar los resultados clínicos obtenidos en el tratamiento de los diferentes tipos de RIS. Pacientes y Método: se in-

cluyeron un total de 76 pacientes consecutivos con RIS monovaso sobre stents metálicos (SM) sometidos a intervencionismo coronario percutáneo entre los períodos de enero 2007 y diciembre 2008. Fueron clasificados en cuatro grupos en base al tipo de distribución geográfica de la hiperplasia intimal respecto al stent implantado. El patrón I incluye lesiones focales (< 10 mm), el patrón II cuando la RIS es > 10 mm dentro del stent, el patrón III RIS > 10 mm con extensión fuera del stent y el patrón IV cuando la RIS es oclusiva. Tras un seguimiento medio de 26 ± 6,4 meses, las variables resultado analizadas fueron muerte cardíaca, infarto agudo de miocardio (IAM) y necesidad de revascularización de la lesión (NRL).

Resultados: El patrón I lo presentó un 47,4% de pacientes, el II un 35,5%, el III un 7,9% y el IV un 9,2%. La RIS recurrente previa fue más frecuente con grados sucesivos de la clasificación (2,8%, 3,7%, 16,7% y 28,6% en las clases I a IV, respectivamente; $p = 0,05$), y en la mayoría de los casos el tratamiento adoptado fue el implante de stent farmacoactivo (SFA). La necesidad de revascularización aumentó con los grados progresivos de RIS salvo en el patrón IV (8,3%, 18,5%, 50% y 0% en las clases I a IV respectivamente; $p = 0,034$). Igualmente se observó una mayor tendencia no significativa en relación a los grados de RIS en las tasas de IAM aislado (0%, 11,1%, 16,7% y 0% respectivamente; $p = 0,12$) y en la variable combinada muerte cardíaca, IAM y NRL (8,3%, 22,2%, 50% y 14,3% respectivamente; $p = 0,07$).

Conclusiones: El patrón angiográfico de RIS de SM sigue aportando información pronóstica fundamental, pudiendo ser de utilidad para la predicción de nuevas necesidades de revascularización de la lesión.

C145. COMPARACIÓN DE RESULTADOS CLÍNICOS A LARGO PLAZO EN EL TRATAMIENTO DE LA REESTENOSIS INTRASTENT DE STENTS METÁLICOS FRENTE A FARMACOACTIVOS

J. Torres Llergo, M.R. Fernández Olmo,
M. González Vargas-Machuca, J.L. Martos Maine,
M. Villa Gil-Ortega, M. Fernández Quero,
S. Ballesteros Pradas, L.S. Díaz de la Llera,
J. Benezet Mazuecos, A. Sánchez González
y A. Martínez Martínez

Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: Aunque los stents farmacoactivos (SFA) tienden a reducir el riesgo de reestenosis intra-stent (RIS) en relación con los stents metálicos (SM), los resultados comparativos entre ambos son limitados. Objetivo: valorar si la RIS tiene implicaciones clínicas diferentes según el tipo de stent (SM vs. SFA) que sufre el proceso reestenótico.

Pacientes y método: Incluimos a todos los pacientes con RIS que se realizaron intervencionismo coronario percutáneo entre enero 2007 y diciembre de 2008. Fueron analizadas diferentes variables demográficas, clínicas y angiográficas, incluido el tipo de tratamiento empleado que se adoptó en cada uno de los grupos. La variable de resultado principal evaluada fue una composición de muerte cardíaca, infarto agudo de miocardio (IAM) o necesidad de revascularización de la lesión (NRL).

Resultados: De los 101 pacientes, 76 tenían SM, mientras que 25 tenían SFA. La mayoría de los SFA se implantaron sobre la arteria descendente anterior (ADA), a diferencia de los SM (72% vs. 35%, $p < 0,01$), y el porcentaje de pacientes diabéticos era similar en ambos grupos (56% vs. 52,6% respectivamente, $p = 0,77$). Existieron un total de 22 eventos acumulados tras un seguimiento medio de 26 ± 6,6 meses. Se observó un mayor número de eventos cardíacos mayores (MACE) en el grupo de SFA frente a SM de forma significativa (39,1% vs. 17,1%, $p = 0,026$). La mortalidad cardíaca también fue mayor en los SFA (12% vs. 1,3%, $p = 0,046$)

al igual que las tasas de IAM (21,7% vs. 5,3%, $p = 0,029$). Sin existir diferencias significativas en el tratamiento empleado en ambos grupos (tasas de angioplastia balón, SM y SFA de 12,5%, 2,8% y 84,7% respectivamente en el grupo de stent metálico y de 30,4%, 0% y 69,6% respectivamente en el grupo de stent farmacoactivo; $p = 0,11$) se objetivó una mayor tendencia a la necesidad de nueva revascularización en los SFA (28% vs. 14,5%, $p = 0,12$). La trombosis del stent se presentó con igual frecuencia en ambos grupos (4% vs. 2,6%, $p = 0,72$).

Conclusiones: Observamos una mayor tasa de eventos relacionados con la RIS de los SFA frente a la de SM, aún cuando es incierto si esto se relaciona con el tipo de stent, o son secundarios a variables clínicas, del procedimiento o de la lesión tratada.

C146. RESULTADO DE ANGIOPLASTIA PRIMARIA TRAS LA APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN INTERDISCIPLINAR, INTRAHOSPITALARIO Y DE COORDINACIÓN INTERNIVELES

M.M. Tovar Fernández, M.P. Rodríguez Lara,
M.C. Jiménez Estrada, M.L. Quintero Solís y M. Torres Martín

Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Sevilla.

Introducción: La angioplastia primaria (AP) es el mejor método de reperfusión coronaria en pacientes con síndrome coronario agudo con elevación de ST (SCACEST), siempre que se disponga de un equipo de hemodinámica (HD) capacitado y con posibilidad de realizarla en menos de 90 min desde el primer contacto del paciente con algún servicio médico. Nuestros pacientes precisan para la realización de AP de un traslado secundario salvando 12 km de distancia hasta un hospital de tercer nivel que cuente con Servicio de Hemodinámica con disponibilidad 24 h al día todos los días del año. El objetivo de nuestro estudio fue analizar los tiempos puerta-balón de nuestros pacientes en función de la adhesión a un protocolo de coordinación interdisciplinar, intrahospitalario e interniveles.

Material y método: Tras una reunión de la Unidad de Cuidados Intensivos de nuestro hospital, de la Unidad de Hemodinámica del hospital de referencia y los responsables del transporte sanitario (TS) se acuerda acortar los tiempos asistenciales con un tiempo máximo de estancia en nuestro hospital < 60 min. Para ello se elabora un protocolo multidisciplinar en el que se hace especial hincapié en: - Captación de pacientes con dolor torácico susceptible de beneficiarse del protocolo. - Estandarizar y asegurar una valoración precoz con un primer EKG en menos de 5 min. - Si SCACEST: • valoración precoz por intensivista en sala de Emergencias con activación inmediata del hemodinamista y TS • Consensuar con hemodinamista tratamiento pretraslado. • Informar al paciente y a familiares con firma de consentimiento. • Traslado directamente a sala de hemodinámica. Se realizó un estudio retrospectivo (1 enero al 31 diciembre 2009) con análisis de mediana de los siguientes tiempos: - paso a sala de emergencias - desde el ingreso hasta primer EKG (TECG) - llamada a HD (HDLLA), a TS (TSLLA) - llegada TS desde la llamada (TSLLE) y salida de TS desde su llamada (TSA) - tiempo total de estancia (TT) - tiempo puerta-balón (TPB). Se hizo una comparativa de estos tiempos en función de si el paciente fue captado desde un primer momento o su entrada en el protocolo fue posterior. RESULTADOS RESULTADOS 1º ECG 0:02 Llamada a HD 0:20 Llamada a SAMU/061 0:18 Llegada SAMU/061 0:20 Salida SAMU/061 0:33 Estancia en Hospital 0:42 Salida hospital-balón 0:27 Tiempo puerta-balón 1:09 Durante el 2009 se han atendido un total de 27 pacientes con SCACEC. De estos el 75% fueron captados de forma precoz obteniéndose los siguientes resultados: RESULTADOS 1º ECG 0:01 Estancia en Hospital 0:28 Salida hospital-balón 0:27 Tiempo puerta-balón 0:55 En aquellos que no fueron captaron desde su llegada los tiempos obtenidos fueron:

Resultados: 1.º ECG 0:05 Estancia en Hospital 1:24 Salida hospital-balón 0:27 Tiempo puerta-balón 1:51 A pesar de esto hemos de decir que de los 7 paciente que no se identificaron desde un primer momento, al ser triado y solicitado el ECG fueron captados siguiendo a partir de este momento el protocolo. Los tiempos de respuesta en estos pacientes fueron similares a los del primer grupo.

Conclusiones: La protocolización de la atención a pacientes con SCACEST y la adecuada coordinación intrahospitalaria e interniveles garantiza el cumplimiento en la angioplastia primaria en los tiempos puerta-balón. La evaluación continua de la implantación y adhesión a nuevos protocolos nos permite identificar casos centinelas, trabajar en las áreas de mejora detectadas y modificar actuaciones que nos garanticen los resultados esperados.

C147. CIERRE PERCUTÁNEO DE DUCTUS ARTERIOSO PERSISTENTE EN PACIENTE ANCIANO

M. López Pérez, I. Uribe Morales, R. Macías Ruiz, J. Jiménez Jaimez, E. Molina Navarro y R. Melgares Moreno

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

El ductus arterioso persistente es una de las cardiopatías congénitas más frecuentes en el adulto, sin embargo es un hallazgo poco común en pacientes ancianos. Presentamos el caso de un paciente de 73 años con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes, sin cardiopatía previa conocida, remitido a nuestro centro para estudio de episodios presincoales de repetición tras detectar en Holter extrasistolia ventricular frecuente con bi y trigeminismo. En la exploración física destacaba un soplo continuo en borde esternal izquierdo. Se realizó ecocardiograma transtorácico que evidenció persistencia de conducto arterioso con cortocircuito continuo de izquierda a derecha. QP/QS calculado de 1,3/1. Ventrículo izquierdo moderadamente dilatado con FE moderadamente deprimida (40-45%). Aurícula izquierda dilatada en grado moderado-severo e hipertensión pulmonar moderada (56 mmHg). Ante estos hallazgos y para cuantificar el tamaño del ductus se indicó la realización de Angio-TAC que determinó una longitud de 6-7 mm y un calibre de 5 mm. Posteriormente se procedió a la realización de cateterismo cardiaco dirigido a cierre percutáneo de ductus, implantándose dispositivo Amplatzer Duct Occluder II de 5 mm por vía retrograda de forma exitosa y sin complicaciones, comprobándose la ausencia casi completa de paso de contraste a los pocos min. El ecocardiograma de control posterior no evidenció cortocircuito residual. En el adulto, el ductus se calcifica frecuentemente, es friable y puede tener dilatación aneurismática. Por todas estas razones, la ligadura quirúrgica es un procedimiento de riesgo, más aún en pacientes ancianos. El cierre percutáneo del ductus es un método rápido, sencillo y seguro, siendo el procedimiento de elección en pacientes adultos y especialmente en los pocos casos de presentación en ancianos.

C148. INTERVENCIONISMO CORONARIO PERCUTÁNEO AMBULATORIO POR VÍA TRANSRADIAL CON ALTA EL MISMO DÍA: EXPERIENCIA DE UN CENTRO

M. Fernández Guerrero, S. Rodríguez de Leiras Otero, P. Cerrato García, M. Vizcaíno Arellano, C. Carrascosa Rosillo, F. Marcos Sánchez y R. Ruiz Salmerón

Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

Fundamentos: El intervencionismo coronario percutáneo (ICP) ambulatorio supone una proporción considerable de los procedimientos que se llevan a cabo actualmente en los laboratorios

de Hemodinámica. Por motivos de seguridad, es frecuente en numerosos centros diferir el alta al día siguiente, lo que conlleva dificultades logísticas, incremento del gasto y disconfort para el paciente. Estas precauciones vienen condicionadas por la hemostasia del acceso vascular, los eventos isquémicos precoces y la nefrotoxicidad de los contrastes yodados. Dado el uso preferencial del acceso radial en nuestro Servicio, así como el "timing" de las complicaciones isquémicas y renales, implantamos un protocolo de alta a domicilio el mismo día tras ICP ambulatorio, con control telefónico a las 24 h. En el presente estudio evaluamos la factibilidad y seguridad de esta estrategia.

Métodos: Describimos de forma exhaustiva los ICP ambulatorios realizados en nuestro centro desde enero a agosto de 2009. El objetivo primario fueron las complicaciones clínicas graves en las primeras 24 h.

Resultados: En el periodo analizado, 77 pacientes fueron sometidos a ICP ambulatorio (varones 83%, edad media 66 años). Se trató de una cohorte de alto riesgo: HTA 84%, DM 51%, DLP 70%, tabaquismo (actual o ex) 57%, IRC 1%. El acceso vascular fue transradial en el 96% de los casos, y femoral en el 4%. 3 pacientes (4%) precisaron ingreso por eventos clínicos adversos relacionados con el procedimiento (objetivo primario), siendo todos detectados durante las primeras horas de observación y antes del alta. 12 pacientes (16%) permanecieron ingresados por protocolo, mientras que los 62 restantes (80%) fueron dados de alta el mismo día. Ninguno de estos últimos presentó complicaciones precoces.

Conclusiones: El ICP ambulatorio por vía transradial, con alta a domicilio el mismo día, es seguro y factible en la mayoría de los casos.

C149. PRESERVACIÓN DE LA VÁLVULA AÓRTICA EN ANEURISMAS DE RAÍZ AÓRTICA

C. Porras Martín, I. Rodríguez Bailón, G. Sánchez Espín, F. Carrasco Chinchilla, M. Such Martínez, J.M. Melero Tejedor, S. di Stefano, E. Morillo Velarde, E. Olalla Mercadé y E. de Teresa Galván

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción: La dilatación de la raíz aórtica con o sin regurgitación aórtica asociada es una patología a la que nos enfrentamos cada vez más frecuentemente en nuestro medio. El tratamiento clásico consiste en la sustitución de la raíz y la válvula aórtica por un conducto valvulado. Para evitar la morbilidad asociada a la presencia de una prótesis valvular surgió la cirugía preservadora de la válvula aórtica ("valve-sparing").

Objetivo: Presentar nuestra experiencia en cirugía de sustitución de la aorta ascendente preservando la válvula aórtica.

Material y métodos: Desde noviembre de 2008 se han intervenido 10 pacientes en los que se sustituyó la raíz aórtica preservando su válvula. Dos de ellos sufrían síndrome de Marfan y otros dos tenían válvulas bicúspides, ambas tipo A con rafe calcificado. La regurgitación media en el ecocardiograma preoperatorio era de 3,45/4 y un paciente presentaba estenosis leve (en un caso de válvula bicúspide). Se empleó la técnica de David ("reimplantation technique") en 8 pacientes y la de Yacoub ("remodeling technique") en los dos pacientes que tenían una válvula bicúspide. En 4 de ellos se asoció una plastia de los velos valvulares.

Resultados: No ha habido mortalidad en la serie. En ocho pacientes quedó regurgitación residual nula o trivial, en uno una regurgitación residual leve y en otro una leve-moderada (ambos con plastia de velos), con regurgitación media de 0,35, habiendo permanecido estables en el seguimiento.

Conclusiones: La cirugía preservadora de la válvula aórtica es factible en nuestro medio con buenos resultados. Nuestros re-

sultados justifican la indicación de este tipo de procedimientos de forma precoz.

C150. ¿QUÉ DEMANDAN NUESTROS PACIENTES Y QUÉ VALORAN EN UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRECOZ DE RIESGO CARDIOVASCULAR?

C. Medina Palomo, T. Gil Jiménez, L. Fernández López, J.R. Siles Rubio, A. Ramírez Moreno*, C. Corona Barrio, P. Chinchurreta Capote, F. Torres Calvo y L.A. Iñigo García

*Servicios de Cardiología. Hospital Costa del Sol de Marbella. Málaga. *Hospiten Estepona. Málaga.*

Objetivo: Evaluar la utilidad de una consulta de atención precoz tras el alta hospitalaria llevada a cabo por los mismos facultativos responsables durante la hospitalización del paciente por SCA, en el conocimiento que los pacientes tienen sobre diferentes aspectos de su enfermedad así como el grado de satisfacción de la misma.

Métodos: Los pacientes, al acudir a esta primera visita transcurridas las 4 semanas del alta médica, además de una sucinta historia clínica y realización de ECG, fueron consultados mediante un test que incluía cuestiones básicas sobre su enfermedad y tratamiento: 1. ¿Ha leído el informe del alta y ha entendido la enfermedad que ha tenido? 2. ¿Entiende cómo y cuándo debe tomar sus pastillas? 3. ¿Sabe la dieta que tiene que seguir? 4. ¿Conoce el nivel y tipo de ejercicio a realizar? 5. ¿Sabe que debe dejar de fumar y evitar exponerse a humos de tabaco? Finalmente se hizo una cuestión con valoración del 1 al 10 en relación a la atención en dicha consulta por parte de los mismos profesionales que fueron responsables en su ingreso hospitalario.

Resultados: Entre marzo y diciembre de 2009 realizamos esta visita a un total de 90 pacientes; en 5 pacientes, una vez realizada la visita, se procedió a su reingreso por angina inestable o insuficiencia cardiaca. En 22 pacientes se reajustó la medicación. Las contestaciones porcentualmente fueron 70%, 64%, 68%, 87% y 27%, respectivamente. En cuanto a la última pregunta la valoración fue del 9,6. **Conclusión:** En nuestra experiencia, los pacientes están informados de los aspectos básicos a cerca de las medidas de prevención cardiovascular. Resulta ser en el tipo y nivel de ejercicio donde esta información es deficitaria. Estos resultados mejorarán en un futuro con la instauración de los programas de ejercicio en el seno del desarrollo de la rehabilitación cardiaca en nuestros centros. La atención médica por los mismos profesionales responsables del alta hospitalaria ha sido el aspecto positivo más valorado.

C151. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES ANTICOAGULADOS CON FIBRILACIÓN AURICULAR Y TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO LEVE

A. Aranda Dios¹, C. Aguilera Cros², J.P. Sánchez Serrano³, M. Lisbona Muñoz², O. Pérez López⁴, I. Pérez Torres², M. García Vinuesa⁴ y M.A. Muñoz Sánchez²

¹Unidad de Cardiología. HARE. Écija. Sevilla. ²Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital de Traumatología y Rehabilitación.

³Departamento de Producción Animal. Universidad de León.

⁴Servicio de Hematología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: La indicación más común de anticoagulación oral (ACO) es la fibrilación auricular (FA), cuya incidencia incrementa con la edad. Es frecuente la asociación entre traumatismo craneoencefálico (TCE) y ACO, sobre todo en ancianos. Esto supone un aumento de la morbimortalidad, por el riesgo de hemorragia intracraneal (HIC) asociada. **OBJETIVO:** Describir el perfil epide-

miológico de una muestra de pacientes con fibrilación auricular anticoagulada no valvular (FANV), admitidos en Urgencias de un Hospital de Tercer Nivel por TCE leve; estudiando la asociación entre el índice CHADS2 y el riesgo de TAC patológico.

Material y métodos: Análisis descriptivo retrospectivo realizado durante el 2008 en el Área de Observación del Hospital de Traumatología y Rehabilitación del Virgen del Rocío. Para investigar la asociación entre el riesgo de TAC patológico y el índice CHADS2 se usó un modelo lineal generalizado (GLM) usando el programa R. En el modelo, además del índice CHADS2, se consideraron otros factores explicativos que influyen en la incidencia de TAC patológico (INR y Glasgow), así como otros factores con un efecto potencial (Sexo, tiempo de espera, clínica y el mecanismo lesional).

Resultados: Se reclutaron un total de 85 pacientes, 28 hombres (32,9%) y 57 mujeres (67,1%), con una edad media de 76 ± 11,4 años. La indicación de ACO fue la FA en 72 casos (83,5%), en 12 la enfermedad tromboembólica (14,1%) (4 padecían FA), 5 portadores de prótesis mecánicas (5,9%, 4 en posición aórtica con un paciente en FA y otra mitral en ritmo sinusal), y finalmente la enfermedad cerebrovascular. Como comorbilidades presentaban hipertensión 69 (81,2%), diabetes mellitus 29 (32,9%), 33 episodios de insuficiencia cardíaca (38,8%) y 33 (38,8%) embolismos previos (25 ACV y 8 AIT). 64 casos de FA se consideraron no valvulares (FANV), y el índice CHADS2 presentó esta distribución para valores de 1 a 6: 9,4%, 39,1%, 12,5%, 7,8%, 20,3% y 10,9%. El INR promedio en admisión fue 2,5 ± 1 [1,09-6,49], ≤ 1,5 (18,7%), < 2 (37,5%), 2-3 (35,9%), > 3 (26,6%). Un 25% de esta población presentó hemorragia intracraneal (HIC), definida como TAC patológico al ingreso. Como factores asociados con el riesgo de HIC, se apreció, como en estudios previos, que el nivel de INR (p = 0,005) y Glasgow (p = 0,001), se asocian con el riesgo de sufrir HIC. Las mujeres de este grupo presentaron un riesgo 1,63 veces mayor de sufrir HIC que los hombres (p = 0,08). El índice CHADS2 se estudió categorizándolo como < = 2 o > 2, y así definido, no se apreció ninguna asociación (p = 0,13) con el riesgo de HIC.

Conclusiones: Los pacientes anticoagulados por FA que consultan por TCE leve presentan un alto riesgo embólico. Además del INR y Glasgow, el sexo femenino presentó una ligera asociación con el riesgo de sufrir una HIC.

C152. COMPARACIÓN ENTRE ENFERMOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA SEGÚN LA EDAD

J. Cano Nieto, B. Pérez Villardón, C. Jiménez Rubio, J.M. Pérez Ruiz, J.L. Delgado Prieto y M. de Mora Martín

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Introducción: La insuficiencia cardiaca es la vía final común de la mayoría de las patologías cardíacas, y su incidencia y prevalencia van en aumento en consonancia con el envejecimiento de la población y con la menor mortalidad, debida al mejor tratamiento, de la mayoría de las enfermedades cardíacas que pueden causar insuficiencia cardiaca. Analizamos las diferencias entre pacientes jóvenes (menores de 45 años) con el resto.

Método: Se analizó la muestra de 65 enfermos con edad inferior a 45 años y se comparó con el mismo número de enfermos con más edad. Se analizaron mediante el programa SPSS 11.0.

Resultados: La proporción de sexo femenino entre los paciente jóvenes fue menor (23,1% frente a 37%). Los factores de riesgo cardiovascular era más prevalente entre los mayores, 88,8% frente 65%. La etiología isquémica es la predominante entre los mayores de 45 años, 45%, mientras que entre los jóvenes es la 3.^a, 12,3%. Los pacientes jóvenes tienen una proporción mayor de fracción de eyección severamente deprimida que los mayores de 45 años (61,5% frente 29,6%). La hipertensión pulmonar (mo-

derada o severa) es del 13,8% entre los pacientes jóvenes frente a solo 3,7%. En cuanto al tratamiento, las dosis de betabloqueantes a dosis plenas para la insuficiencia cardiaca fue mayor entre los pacientes jóvenes (83% vs. 56%). El uso de dispositivos intracardiacos (DAI y RSC) fue también mayor entre los jóvenes, 16% contra 8,3%). La proporción de uso de IECA, ARA2 y diuréticos fueron similares. La progresión a exitus fue mayor en los de edad superior a 45 años. La mejoría de fracción de eyección de VI medidas por ecocardiograma mediante método de Simpson fue siempre mayor en los pacientes jóvenes: mejoría parcial 36,9% frente a 8%. Mejoría total 30% frente a 5,2%.

Conclusión: El análisis por separado de pacientes de la consulta de insuficiencia cardiaca nos muestra lo heterogénea que puede ser esta población, en principio tan similar, y lo que cambia nuestro manejo y el pronóstico. Los enfermos jóvenes suelen tener menos factores de riesgo cardiovascular, tienen más grado de hipertensión pulmonar y la etiología isquémica es menos frecuente. En cuanto al tratamiento se es más exigente con los jóvenes. La evolución es mejor y la mejoría es mayor.

C153. HIPERTENSIÓN PULMONAR SEVERA ASOCIADA A ENFERMEDADES DEL CORAZÓN IZQUIERDO. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

C. Medina Palomo, T. Gil Jiménez, L. Fernández, C. Corona Barrio, P. Chinchurreta Capote, J. Siles Rubio, F. Torres Calvo, M. Pombo y F. Ruiz Mateas

Unidad de Cardiología. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga.

Introducción: La hipertensión pulmonar (HP) se define como la existencia de una presión media en arteria pulmonar superior a 25 mmHg en reposo. Los pacientes con HP asociada a enfermedad del corazón izquierdo pueden tener una hipertensión desproporcionada a la cardiopatía subyacente, lo que conlleva cambios fisiopatológicos similares a los de HP arterial, que condicionan en su evolución la entrada en fallo cardiaco y muerte del paciente. Los antagonistas de la endotelina pueden mejorar la capacidad de ejercicio y la hemodinámica así como la supervivencia de los pacientes con HP arterial.

Objetivo: Valorar las características clínicas de los pacientes con HP severa asociada a enfermedad del corazón izquierdo. Material y Método. El criterio de inclusión fijado fue una presión sistólica pulmonar (PSAP) "persistente" y estimada por ecocardiografía doppler ≥ 60 mmHg, estimación de la función ventricular derecha, test de marcha 6 min en el diagnóstico y a los 3 y 6 meses. La recogida de casos se realizó del CMBD de los registros ecocardiográficos cuyo diagnóstico principal o secundario incluía el GRD de HP severa asociada a cardiopatía izquierda; así como la base de datos de la Unidad de Insuficiencia Cardiaca.

Resultados: Entre junio de 2009 y diciembre de 2009 se seleccionaron 13 pacientes que cumplían el criterio de inclusión, de los cuales la edad media de dichos pacientes fue de $69,35 \pm 19,48$ años en el momento del diagnóstico. La valvulopatía más frecuente asociada fue la afectación valvular mitral en 9 de los 13 casos (69,20%). El sexo predominante fue el femenino 8/13 (61,5% del global). Presentaban DM 7/13 (el 53,84% del global). El IMC medio era de $28 \pm 6,5$. Presentaban alguna arritmia auricular en su evolución o FA 9/13 (69,30% del global). En el momento del diagnóstico 4 pacientes (30,76%) se encontraban en GF I de la NYHA, 7 pacientes (53,84%) se encontraban en GF de NYHA II, 2 pacientes (15,38%) del global en GF III. La PSAP inicial media fue de $83,37 \pm 13,2$ mmHg. La distancia caminada máxima en el test de 6 min inicial fue de $453 \pm 17,22$ m.

Conclusiones: 1. La mitad de los casos registrados en nuestra serie corresponden a pacientes con afectación valvular mitral de origen reumático. 2. EL grado funcional en el momento del diagnóstico fue bajo GF I-II a pesar de cifras de PSP > 60 mmHg.

3. La mayor parte de nuestra población pertenece al sexo femenino y presentan un riesgo cardiovascular elevado

C154. ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA REUMÁTICA. ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO, CLÍNICO Y PRONÓSTICO

S. Gamaza Chulián¹, E. Díaz Retamino¹, A. Fernández Rodríguez², V. Escolar Camas¹, A. Giráldez Valpuesta¹, D. Bartolomé Mateos¹, J.L. López Benítez¹, J.M. Pedregal Sánchez¹ y R. Vázquez García¹

¹Servicio de Cardiología. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Puerta del Mar. Cádiz.

Introducción y objetivos: El perfil epidemiológico de la endocarditis infecciosa está cambiando en los últimos años, con mayor incidencia en portadores de válvulas protésicas y dispositivos intracardiacos. La etiología reumática ha pasado a un segundo nivel como etiología de las valvulopatías en los países desarrollados. Nuestro objetivo fue analizar las características epidemiológicas, clínicas y el pronóstico de la endocarditis infecciosa en pacientes con cardiopatía reumática.

Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de las endocarditis infecciosas diagnosticadas en nuestro centro desde 2004 a 2009 según los criterios de Duke modificados. Analizamos 2 grupos de pacientes (cardiopatía reumática vs. no reumáticos), registrando características epidemiológicas, microbiológicas, hallazgos ecocardiográficos, características clínicas y pronósticas. El objetivo primario fue un end-point combinado de muerte o necesidad de cirugía cardiaca.

Resultados: Se reclutaron 64 pacientes con endocarditis infecciosa, 14 con cardiopatía reumática (23%, edad media 65,3 vs. 63,8% p = NS). En el grupo reumático había predominio de mujeres (93% vs. 23%, p < 0,001), alta comorbilidad (36% diabetes, 14% insuficiencia renal, 14% hepatopatía, sin diferencias con el grupo "no reumático"). El 100% de los pacientes presentaba fiebre al ingreso, un 86% soplo cardiaco, un 21% fenómenos embólicos, 28% insuficiencia cardiaca (sin diferencias significativas con el grupo "no reumático"). La válvula más afectada fue la prótesis mitral (64% vs. 4%, p < 0,001), prótesis aórtica (50% vs. 19%, p = 0,03), y más de una localización más frecuente en el grupo reumático (33% vs. 5%, p = 0,04). El germen aislado fue el *S. aureus* (21%), *Estafilococo coagulasa negativo* (21%), bacilos gram negativos (14%), sin diferencias estadísticamente significativas. La presencia de absceso perivalvular fue más frecuente en los reumáticos (50% vs. 19%, p = 0,02). Un 43% fallecieron, y el objetivo primario fue elevado (86% vs. 57%, p = 0,05).

Conclusiones: La endocarditis sobre cardiopatía reumática es una entidad con importante prevalencia, especialmente en mujeres, y una elevada morbimortalidad, con una importante incidencia de complicaciones perivalvulares.

C155. ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. INFLUENCIA DEL SEXO

S. Gamaza Chulián¹, E. Díaz Retamino¹, A. Fernández Rodríguez², A. Giráldez Valpuesta¹, F.J. Camacho Jurado¹, A. Gutiérrez Barrios¹, V. Escolar Camas¹ y R. Vázquez García¹

¹Servicio de Cardiología. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Puerta del Mar. Cádiz.

Introducción y objetivos: La endocarditis infecciosa es una entidad que predomina en el varón (2:1), y existen pocos datos sobre las características de esta entidad en las mujeres. Nuestro

objetivo fue analizar las características epidemiológicas, clínicas y el pronóstico de la endocarditis infecciosa en la mujer en nuestro medio.

Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de las endocarditis infecciosas diagnosticadas en nuestro centro desde enero de 2004 a diciembre de 2009. Se compararon las características epidemiológicas, clínicas, microbiológicas, hallazgos ecocardiográficos en ambos grupos. El objetivo primario fue muerte por endocarditis infecciosa y un end-point combinado de muerte y necesidad de cirugía cardiaca.

Resultados: 64 endocarditis infecciosas constituyeron nuestra muestra. Hubo 25 mujeres (edad media 67,7 vs. 62,4, $p = \text{NS}$), con alta comorbilidad (diabetes 40% vs. 38%, $p = \text{NS}$; insuficiencia renal 24% vs. 37%, $p = \text{NS}$; hepatopatía 20% vs. 13%, $P = \text{NS}$). Predominaba la endocarditis sobre válvula protésica (56% vs. 56%, $P = \text{NS}$), con mayor afectación de la válvula mitral en mujeres (40% vs. 3%, $p < 0,001$). En las endocarditis sobre válvula nativa, hubo predominio de afectación mitral en mujeres (44% vs. 20%, $p = 0,04$) y de la aórtica en varones (8% vs. 33%, $p = 0,02$). Presentaban fiebre un 92% de las mujeres, un 84% soplo cardiaco, 28% insuficiencia cardiaca, y un 16% fenómenos embólicos (sin diferencias con los varones). El germen aislado fue *S. Aureus* en el 24%, *Estafilococo coagulasa* negativo en un 16%, enterococo 8%, con un 28% de hemocultivos negativos. El absceso perivalvular fue más frecuente en la mujer (40% vs. 18%, $p = 0,05$). Fallecieron 9 mujeres (36% vs. 18%, $p = \text{NS}$) y 20 alcanzaron el objetivo combinado (80% vs. 54%, $p = 0,03$).

Conclusiones: La endocarditis infecciosa en la mujer es una entidad que afecta con más frecuencia a la válvula mitral, presenta más complicaciones perivalvulares, y con una mayor morbimortalidad que los varones.

C156. CONSULTA DE VALORACIÓN CARDIOLÓGICA PRETRASPLANTE DE ÓRGANOS SÓLIDOS: JUSTIFICACIÓN

B. Pérez Villardón, D. Gaitán Román, M.A. Ramírez Marrero, A. García Bellón, A. González González, C.B. Jiménez Rubio y M. de Mora Martín

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

El trasplante renal es el tratamiento de elección en pacientes con insuficiencia renal terminal, no sólo porque mejora la calidad de vida, sino también la cantidad de ésta frente a la diálisis. Comparados con la población general, los receptores de trasplante renal tienen una mayor morbimortalidad, sobre todo a expensas de enfermedad cardiovascular. Desde octubre de 2009 se valoraron 43 pacientes, 30 para estudio pretrasplante renal, 2 para estudio pretrasplante riñón-islotas pancreáticos, uno para pretrasplante de islotas pancreáticos y 10 para estudio pretrasplante hepático. 33 pacientes eran hombres (58%), la media de edad fue de 56,83 años para trasplante renal, 55,4 años para trasplante hepático, 45,5 años para trasplante combinado riñón páncreas y 36 años para trasplantes de islotas. Las indicaciones para trasplante renal fueron vascular en 10 p (23,5%), diabetes en 12 p (27,9%), glomerulonefritis en 2 p (4,7%), enfermedad poliquística en 3 p (7%), enfermedad sistémica en 1 p (2,3%), no hereditaria en 1 p (2,3%), uropatía obstructiva en 1 p (2,3%) y no filiada en 3 p (7%). Para trasplante hepático en 4 p (9,3) fue cirrosis enólica y en los otros 6 p virus hepático B y C (14%). A todos los pacientes se les realizó ecocardiograma, 4 p no precisaron estudio adicional, a 22 p se les realizó gammagrafía de perfusión miocárdica y a 8 p ecocardiograma de stress farmacológico, se indicó coronariografía a 16 p. Del estudio cardiológico se derivaron 4 actuaciones terapéuticas previas al trasplante: en 2 casos intervencionismo percutáneo con implante de stent, en un caso cirugía de aneu-

risma de aorta ascendente y en otro caso cirugía de revascularización miocárdica quirúrgica. Desde el comienzo de la consulta en octubre de 2010 se han trasplantado 5 enfermos de riñón (1 de ellos combinado) y 2 de hígado, sin incidencias cardiovasculares peri ni postoperatorias. En nuestra experiencia es necesario individualizar el manejo de los pacientes estudiados en cardiología en pretrasplante de órganos sólidos, con una estrecha colaboración con los otros servicios implicados y estableciendo protocolos que permitan una rápida valoración y faciliten una pronta inclusión en lista de trasplante de estos pacientes. La creación de esta consulta monográfica permite una visión más globalizada de estos pacientes de alto riesgo y coste y permite un mejor seguimiento de los mismos.

C157. ACCESO HEART-PORT EN LA CIRUGÍA CARDIACA SOBRE LA VÁLVULA MITRAL

E. Ruiz Solano, I. Bibiloni Lage, A. Hernández Fernández, J. Gregorio Pareja, A. Adsuar Gómez, A. González Calle, E. Gutiérrez Carretero, R. Montes Cozar, R. Hosseinpour, N. Romero Rodríguez y J.M. Borrego Domínguez

Servicio de Cirugía Cardiaca.

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: Recientemente numerosos centros han comenzado a emplear las técnicas mínimamente invasivas para tratar la patología mitral en un esfuerzo por acelerar la recuperación del paciente. Frente al escepticismo que suscitaban inicialmente por ofrecer una visión del campo quirúrgico más limitada y la necesidad de una curva de aprendizaje inicial, múltiples estudios equiparan su mortalidad a corto plazo con el abordaje clásico además de una menor incidencia de reintervención por sangrado y una menor estancia hospitalaria. En nuestro centro iniciamos este abordaje en 2008.

Método: Estudio descriptivo de los primeros dieciséis pacientes consecutivos sometidos a cirugía de reemplazo valvular mitral mediante técnicas de "Heart-Port Access" (cinco de ellos mediante cirugía robótica) en un solo centro.

Resultados: La serie global presentó unos buenos resultados equiparables al abordaje clásico, con tiempos medios de CEC y anoxia de 169 min (rango 82-269) y 115 min (48-163), respectivamente. No hubo ningún éxito ni necesidad de reintervenciones en el seguimiento a medio y largo plazo. La mediana de estancia postoperatoria fue de 11 días (rango 3-20). La reconversión al abordaje clásico se produjo en tres pacientes.

Conclusiones: La cirugía mínimamente invasiva parece ofrecer una menor tasa de complicaciones y una rápida recuperación frente al abordaje clásico a los pacientes sometidos a sustitución mitral.

C158. SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DE ST DE ALTO RIESGO (SCASEST) O CON ELEVACIÓN DE ST (SCASTE) EN PACIENTES MENORES DE 45 AÑOS. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR (FRCV)

T. Gil Jiménez, C. Medina Palomo, L. Fernández, P. Chinchurreta Capote, B. Zayas Ganfornina, C. Corona Barrio, J. Siles Rubio, F. Torres Calvo, G. Rosas Cervantes y F. Ruiz Mateas

Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga.

Introducción: El SCA en menores de 45 años, es un fenómeno inusual. Dado que la población joven ocupa un importante papel, es necesario conocer sus características para poder definir medidas para disminuir su impacto.

Objetivo: Describir las características clínicas y hemodinámicas, FRCV, evolución y tratamiento de los pacientes (pac) menores de 45 años, que ingresan entre enero de 2002 y diciembre de 2009 por un SCASEST o SCASTE.

Resultados: 98 pac (45 SCASEST y 53 SCASTE). 82% varones; edad media de $40,8 \pm 3,9$ años. 42% dislipémicos, 21,6% hipertensos, 12,2% diabéticos, 79,4% fumadores, 43,3% con antecedente familiar precoz de cardiopatía isquémica (AF+CI), 7,4% consumidores de cocaína. Se realizó un 14,6% ACTP de rescate, y un 12,5% ACTP primaria. Como complicaciones agudas encontramos un 0,04% en los SCASTE y un 0,02% en los SCASEST. No había relación entre la presencia de DL, DM o un mayor IMC, con el diagnóstico clínico. La presencia de AF+CI no se relaciona con el diagnóstico clínico, ni con la presencia de lesiones coronarias en estos pac. No encontramos diferencias en la forma de presentación del SCA en cuanto al consumo de cocaína, existiendo una mayor tendencia a presentar lesiones coronarias los que la consumen. No encontramos relación entre el diagnóstico clínico y el grado de afectación coronaria. Entre los pac que ingresan por SCA y presenta lesiones significativas, la mayoría fuman ($p < 0,05$). La mayoría de los varones, presentan lesiones coronarias significativas (81,6%, $p < 0,05$) frente a un 33,3% de las mujeres. El tratamiento al alta es independiente del diagnóstico clínico, siendo dados de alta un 69% con BB, siendo mayor en los pac con DVI (93% vs. 64%, $p < 0,05$). Un 55% de los pac fueron dados de alta con IECAs/ARA2 siendo significativamente superior en los pac con DVI (92% vs. 48% ($p < 0,05$)). El 83,5% fueron dados alta con estatinas, siendo mayor en los pacientes con lesiones coronarias significativas (81 vs. 19% $p < 0,05$).

Conclusiones: Los FRCV mayores son los responsables con mayor frecuencia del desarrollo y aparición del SCA, siendo el consumo de tóxicos, uno de los principales determinantes. La tasa de complicaciones agudas en nuestra serie es baja, y el tratamiento al alta acorde a las guías.

C159. SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DE ST DE ALTO RIESGO (SCASEST) O CON ELEVACIÓN DE ST (SCASTE) EN PACIENTES MENORES DE 45 AÑOS. SEGUIMIENTO CLÍNICO Y PRONÓSTICO

T. Gil Jiménez, C. Medina Palomo, L. Fernández, P. Chinchurreta Capote, B. Zayas Ganfornina, C. Corona Barrio, J. Siles Rubio, F. Torres Calvo, G. Rosas Cervantes y F. Ruiz Mateas

Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga.

Introducción: El SCA en menores de 45 años es inusual. Dado que la población joven ocupa un importante papel, es necesario conocer sus características para disminuir su impacto.

Objetivo: Describir la evolución clínica y pronóstico de los pacientes (pac) menores de 45 años, que ingresan entre enero de 2002 y diciembre de 2009 con el diagnóstico de SCASEST o SCASTE.

Resultados: 98 pac (45 SCASEST y 53 SCASTE). En la fase aguda del SCASTE observamos un 0,04% (2) de complicaciones. Fueron remitidos a cirugía cardiaca un 0,07% (4) de los pac con SCASTE y uno con SCASEST. Solo falleció un pac con SCASEST. Tras un seguimiento de 24 ± 18 meses, el 79% de los pac están asintomáticos CDV, un 5,6% presenta angina estable y un 12% un nuevo SCA, sin mortalidad en este periodo. El tiempo hasta el primer evento fue de $8,6 \pm 1,4$ meses. En los eventos observados no hubo diferencias en cuanto al sexo, pero con tendencia a presentar menos las mujeres. Tampoco hubo diferencias en cuanto al diagnóstico clínico, la presencia de

lesiones coronarias, la presencia de FRCV, la FEVI (función sistólica ventrículo izquierdo) aguda o la toma de medicación (existiendo un cumplimiento terapéutico mayor del 96%). En el seguimiento el 89,9% presentan una FEVI mayor del 55%, sin relación con el diagnóstico clínico ni el diagnóstico hemodinámico. No observamos empeoramiento de la FEVI en ningún paciente, mejorando en el 63% de los pacientes con disfunción ventricular izquierda (DVI). Reingresan 13 pacientes, de los cuales el 69% es por un SCASEST de bajo-moderado riesgo (9), el 23% por SCASEST (3) y un 7,7% por SCASTE (1). De los SCASEST de bajo-moderado riesgo se hace coronariografía directa en 4, observándose lesiones significativas en 3 de ellas. De los SCASEST, solo una coronariografía presenta nuevamente lesiones significativas. El pac que reingresa con el SCASTE se realiza coronariografía presentando reestenosis significativa.

Conclusiones: La incidencias de complicaciones en los pac jóvenes con SCA es baja en nuestra serie, pudiendo estar relacionada con un magnífico cumplimiento terapéutico y un estricto control clínico y de los FRCV.

C160. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN PLANTA DE CARDIOLOGÍA CON DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO

A.M. García, A.M. González, J.M. Pérez, J.L. Delgado, B. Luque, N. Colomo, G. Olveira, F. Soriguer y M. de Mora

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Introducción y objetivo: El Síndrome Coronario Agudo (SCA) constituye actualmente la causa más frecuente de ingreso hospitalario en los servicios de Cardiología. Este término engloba todas las formas de presentación de cardiopatía isquémica aguda (angina inestable, infarto agudo de miocardio (IAM) y muerte súbita isquémica). Nuestro objetivo fue recoger las variables clínicas y epidemiológicas de los pacientes ingresados en nuestro servicio, con diagnóstico de ingreso de SCA.

Material y métodos: Estudio observacional analítico prospectivo del total de pacientes (p) ingresados en planta de Cardiología con diagnóstico de SCA de mayo de 2008 a septiembre de 2009. Se incluyeron en total 604 pacientes, recogiendo al ingreso datos antropométricos, analíticos y la presencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV), así como la presencia de ansiedad-depresión al ingreso.

Resultados: Edad media 68,3 años. El 69,2% varones. 74,5% no eran diabéticos conocidos. Dentro de los pacientes diabéticos el 98% eran diabéticos tipo 2. El 74,6% eran hipertensos. 34,7% dislipémicos. Media de índice de masa corporal $28,4 \text{ kg/m}^2$. 32,9% eran fumadores activos. El 41,6% no tenía antecedentes de cardiopatía. 19,3% antecedentes de angina estable. 26,5% antecedentes de IAM. La gran mayoría (90,3%) no tenía antecedentes de enfermedad cerebrovascular. Media de glucemia en ayunas 116 mg/dl. Media de HbA_{1c} al ingreso 6,4%. En cuanto a los resultados de la escala realizada obtuvimos que: 21,6% presentaban depresión al ingreso y 34,3% ansiedad.

Conclusiones: 1.- En nuestra serie obtuvimos una alta prevalencia de FRCV entre los pacientes ingresados por SCA; siendo el más prevalente la hipertensión arterial. 2.- Obtenemos también una prevalencia destacable de ansiedad-depresión en este tipo de pacientes al ingreso. 3.- De acuerdo a lo expuesto, podemos remarcar la importancia de la prevención primaria, actuando sobre los FRCV; así como la necesidad de una información médica adecuada para disminuir los niveles de ansiedad-depresión en este tipo de pacientes.

C161. PERFIL CLÍNICO DE PACIENTES DIABÉTICOS INGRESADOS EN PLANTA DE CARDIOLOGÍA CON JUICIO CLÍNICO DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO

A.M. González González, A.M. García Bellón, B. Luque Aguirre, J.L. Delgado Prieto, J.M. Pérez Ruiz, N. Colomo, R. Pérez, F. Soriguer y M. de Mora

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Introducción y objetivo: La Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad crónica que se asocia a un incremento marcado de la morbi-mortalidad cardiovascular. Siendo la cardiopatía isquémica la causa principal de mortalidad. Nuestro objetivo fue analizar el perfil de los pacientes diabéticos ingresados por síndrome coronario agudo (SCA) en nuestro servicio.

Material y métodos: Estudio observacional analítico prospectivo del total de pacientes diabéticos ingresados en planta de Cardiología con diagnóstico de SCA de mayo de 2008 a septiembre de 2009. Se incluyeron un total de 154 pacientes, analizándose datos clínicos, terapéuticos, antropométricos y analíticos de su enfermedad.

Resultados: De los 154 pacientes incluidos, el 98% presentaban DM tipo 2. Edad media al diagnóstico 57 años (rango de edad de 20 a 86 años). El tratamiento domiciliario que realizaban era: 27,3% antiabéticos orales (ADOs) en monoterapia, el 20% ADOs combinados, el 24% insulino terapia, el 14,7% ADOs + insulino terapia, el 14% dieta. Media de revisiones médicas anuales: 2. Número medio de autocontroles domiciliarios semanales: 7. Media de índice de masa corporal: 29,1 kg/m². Media de perímetro abdominal: 101,2 cm. En cuanto al desarrollo de lesiones a diferentes niveles destacamos: el 27,8% presentaban antecedentes para cardiopatía (10,8% presentaban hipertrofia de ventrículo izquierdo), el 20,3% retinopatía conocida, el 21,3% neuropatía conocida, el 24,2% nefropatía, el 23,5% claudicación intermitente. El 42,9% presentaban pulsos pedios débiles a la exploración; en el 13,5% estaban ausentes. El 89,7% no tenían antecedentes de úlceras. La media de HbA_{1c} fue de 8,1%. Media de glucemia en ayunas 116 mg/dl (rango de 65 a 329 mg/dl). Media de glucemia de 24 h: 223 mg/dl.

Conclusiones: 1.- En nuestra serie obtenemos una alta prevalencia de afectación de órganos diana (tanto microvascular como macrovascular) en pacientes diabéticos. 2.- Destaca un mal control metabólico de su enfermedad al ingreso. 3.- Por tanto cabe remarcar la importancia de un estricto control de las cifras de glucemia, con el objetivo de disminuir la incidencia de afectación orgánica, así como la progresión de la enfermedad.

C162. SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN MAYORES DE 75 AÑOS: DESCRIPCIÓN DEL MANEJO CLÍNICO Y FACTORES PRONÓSTICOS

J. Acosta, D. Rangel, J. Nevado-Portero y A. Martínez-Martínez

Unidad de Gestión Clínica. Área del Corazón. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: Los pacientes ancianos con síndrome coronario agudo (SCA) suelen tener menos probabilidades de recibir tratamientos basados en la evidencia, incluyendo la terapia de revascularización, debido a la incertidumbre sobre beneficios y riesgos asociados a los mismos, dada la baja representación de esta población en los E. clínicos y en las Guías de práctica clínica.

Objetivo: Analizar en nuestro medio el perfil clínico de los pacientes (pp) > 75 años que ingresan por SCA, el tratamiento que se les proporciona (revascularización percutánea, etc.) así como la evolución posterior (reingresos, revascularizaciones posteriores, etc.).

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo sobre la cohorte de pp > 75 años (N = 97) dados de alta desde nuestra planta de hospitalización con diagnóstico de SCA desde enero de 2005 hasta marzo de 2010.

Resultados: Del total de 97 pp, un 67,4% era hombres, con una media de edad de 78,10 años (DE 6,9) y un 32,6% mujeres, con una media de edad de 77,14 años (DE 4,45). Los factores de riesgo vascular más prevalentes eran la HTA (90,7%), la diabetes (53,5%) y la dislipemia (51,2%). El 53,5% estaba diagnosticado de c. isquémica, teniendo el 41,9% una coronariografía previa (el 66,66% con revascularización). El motivo de ingreso más frecuente es el SCASEST (90,7%). El 9,3% presentó SCACEST habiendo sido sometidos el 50% de estos casos a terapias de reperfusión (50% ACTP y el otro 50% a fibrinólisis). En el 44,25% de los ingresos por SCA se realizó intervencionismo con un 60% de implantes de stent farmacológicos. En un 22,6% sólo realizó coronariografía diagnóstica. La afectación coronaria más frecuente era la multivaso (27,9%). El seguimiento medio fue de 27,65 meses con una mortalidad global del 11,6% (60% de origen cardiovascular). A lo largo del seguimiento se ha obtenido una tasa de 1,52 reingresos/pp por causa cardiovascular entre los que se realizaron cateterismo terapéutico y de 1,54 entre los que no. Durante el seguimiento se realizó una nueva coronariografía/4 pp (63,63% de intervencionismos).

Conclusiones: En el seguimiento no se han apreciado diferencias significativas en cuanto a la tasa de reingresos entre los pp revascularizados y los que se adoptó manejo conservador.

C163. ARTERIA RESPONSABLE DEL INFARTO ABIERTA. FACTORES QUE INFLUYEN

I. Piñero Uribe, I.D. Muñoz Jiménez, A. García Bellón, A. González González, B. Luque Aguirre, E. Chaffanel Pelaez y M. de Mora Martín

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

En los pacientes que sufren un síndrome coronario agudo con elevación de ST (SCASTE) es de vital importancia el tiempo de reperfusión. Si la angioplastia puede realizarse dentro de los primeros 120 min desde la atención médica es el tratamiento de elección en la mayoría de los casos. En un buen número de casos, la fibrinólisis es una alternativa a valorar en función de una serie de circunstancias. Estudiamos un total de 50 pacientes que consultaron por SCASTE en centros terciarios y comarcales, respondiendo a los factores de retraso de la reperfusión. De los 50 pacientes, el 59% tuvo un tiempo de reperfusión inferior a 120 min. De los pacientes que no fueron reperfundidos en ese tiempo, el segmento de tiempo que presentó mayor retraso fue el que de recibir ayuda especializada (una media de 73 min) y este retraso se relaciona con la distancia entre el paciente y los servicios médicos y la edad. El tiempo medio desde el acceso a los servicios médicos avanzados y reperfusión de cualquier tipo fue de 179 min, siendo este retraso a expensas principalmente de los pacientes que recibieron angioplastia primaria (PCI) o traslado a centro de referencia sin fibrinólisis extrahospitalaria. De ellos, el 79% superó los 40 min desde la primera atención del enfermo hasta la llegada al centro de PCI de referencia.

Conclusiones: Los datos recogidos del retraso de la reperfusión también deben influir en la decisión del tipo de reperfusión a realizar y el lugar de la misma. Igualmente, una estrategia de educación poblacional para reconocer síntomas sugestivos de SCASTE y reducir el tiempo de espera para solicitar ayuda médica y un más amplio acceso a los servicios de cuidados críticos es una vía importante para reducir los tiempos de reperfusión.

C164. IMPORTANCIA DEL CONTROL DE LA FRECUENCIA CARDIACA EN LA CALIDAD DE LOS ESTUDIOS DE TC CORONARIOS

J. Cano Nieto, C. Urbano Carrillo, C. Jiménez Rubio, J. Álvarez Rubiera, J.M. Pérez Ruiz y M. de Mora Martín

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

El TC multicorte sigue siendo una prueba dependiente de la FC a pesar del uso de 64 detectores en los nuevos equipos. Analizamos nuestra experiencia en un protocolo con el uso de premedicación con ivabradina e intraestudio esmolol iv. Se excluyen aquellos pacientes tratados con betabloqueantes, otros fármacos bradicardizantes y aquellos con fc en apnea inferior a 60 lpm. El protocolo de premedicación consistió en 7,5 mg de ivabradina cada 12 h 3 días antes del procedimiento y dosis titulada de esmolol iv según frecuencia cardiaca en apnea: 30 mg entre 60-65; 50 mg 65-70; 100 mg > 70 lpm. Con el objetivo de obtener FC inferior a 60 lpm. Se admitían bolos adicionales si no se alcanzaba la FC objetivo.

Resultados: Se realizaron 40 estudio consecutivos con dicho protocolo en población de riesgo intermedio-bajo, 44% mujeres, edad media 56 años. 15% DM. Score calcio medio 120 Agaston. FC media en apnea pretratamiento con esmolol fue de 68 lpm (54-87). FC media tras esmolol fue de 58 (51-66). Precisarons tratamiento con esmolol el 75% de los pacientes. Se clasificaron los estudios por tres operadores independientes como de calidad muy buena, buena, regular y mala, así como el número de segmentos coronarios afectados por artefactos de movimiento cardiaco. Respecto a la calidad global del estudio, los resultados fueron: 75% muy buenos, 20% buenos y 5% regular. Respectos al parámetro segmentos afectados por artefactos por movimiento cardiaco, de los 340 segmentos coronarios valorados (da 3 segmentos, cx 3 y cd 3), 330 fueron óptimos para valoración y 30 requirieron postproceso multifase para una interpretación diagnóstica. La seguridad del tratamiento.

Conclusiones: El uso de ambos fármacos en protocolo se demostró seguro y asegura la interpretación diagnóstica en una población de riesgo medio-bajo.

C165. INDICACIÓN DE TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN CARDÍACA EN PACIENTES CON INDICACIÓN DE DESFIBRILADOR POR PREVENCIÓN SECUNDARIA. ADECUACIÓN A LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

P. Santiago Díaz, N. Herrera Gómez, J. Jiménez Jáimez, I. Tercedor Sánchez, M. Álvarez López, A.L. Arrebola Moreno, R. Sebastián Galdeano y R. Melgares Moreno

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción: Estando claramente definidas en las guías de práctica clínica las indicaciones de terapia de resincronización cardíaca (TRC) en la insuficiencia cardiaca existe poca información sobre la homogeneidad de la indicación en nuestro medio.

Objetivos: Comparar las características de los pacientes (P) a los que se les indica TRC con o sin desfibrilador (DAI) como tratamiento de la insuficiencia cardiaca (Grupo I) frente a los que se les indica TRC como complemento del DAI tras un evento arritmico (Grupo II).

Material y métodos: Hemos analizado la anchura del QRS, clase funcional, tratamiento farmacológico, fracción de eyección (FE), diámetro telediastólico (DTDVI), presencia de ritmo sinusal, asincronía por eco, edad, presencia de factores de riesgo cardiovascular y etiología isquémica de la disfunción ventricular.

Resultados: Grupo I TRC/TRC+DAI (prevención primaria) (73P) Grupo II TRC + DAI (prevención secundaria) (34P) Significación

estadística QRS > 120 ms 97,00% 97,14% N.S. Clase funcional III-IV de NYHA 89,00% 73,52% p = 0,043 BB 92,59% 93,33% N.S. Ieca y/o ARA-II 75% 62,85% N.S. AA 61,1% 62,00% N.S. FE < = 35% 79,41% 85,70% N.S. DTDVI medio 65,04 mm 58,66 mm p = 0,020 Estudio de asincronía: positivo. 65,38% (17 de 26 pacientes) 71,42% (12 de 16 pacientes) N.S. p = 0,81 FA (fibrilación auricular) 41,93% 33% N.S. Etiología isquémica 33,33% 56,25% N. S. p = 0,054 No existen diferencias en cuanto a edad, y factores de riesgo cardiovascular. El 37,5% de los pacientes del grupo I fueron mujeres frente al 18,66% en el grupo II (p = 0,038).

Conclusiones: En nuestro medio hay una gran heterogeneidad en las indicaciones de TRC. Por un lado, se hace un uso no restrictivo al incluir un alto porcentaje de pacientes en FA. Por otro lado, la demora en la indicación de TRC hasta la aparición del evento arritmico que motiva el implante de un DAI en este grupo de pacientes no se explica completamente por diferencias en el perfil clínico, eléctrico y ecocardiográfico con respecto a los tratados directamente con TRC ± DAI por insuficiencia cardiaca.

C166. IMPLANTACIÓN DE UNA UNIDAD DE REHABILITACIÓN CARDÍACA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

C. Rus Mansilla, C. Recuerda Casado, C. Durán Torralba, G. Cortez Quiroga, G. López Moyano, M.M. Martínez Quesada, M. Delgado Moreno y M. López González

Hospital Alto Guadalquivir. Andújar. Jaén.

Introducción: La rehabilitación cardíaca ha mostrado ser una de las medidas más eficaces para mejorar la calidad de vida y los factores de riesgo tras un evento isquémico agudo. Objetivos: analizar los resultados de la implantación de una unidad de rehabilitación cardíaca multidisciplinar en un hospital de segundo nivel.

Métodos: Se incluyeron a los pacientes que hubieran sufrido un síndrome coronario agudo, que pudieran acudir a charlas educativas y a ejercicio físico. Se excluyeron los pacientes de alto riesgo. La valoración cardiológica y enfermera inicial al mes del evento incluía factores de riesgo, test de calidad de vida de Velasco-del Barrio y ergometría basal para valorar la capacidad funcional. El programa completo consistía en cuatro charlas educativas y programa de ejercicio físico de 9 semanas dirigido por fisioterapia y enfermería. Se realizaba una nueva valoración tras realización del programa completo.

Resultados: Se incluyeron a 19 pacientes con síndrome coronario agudo, 16 (84,2%) eran varones y la edad media fue de 53,63 ± 9 años. El 37% eran hipertensos; el 26%, diabéticos; el 58%, dislipémicos y el 42%, fumadores. La mayoría (73,3%) no realizaba ejercicio físico de forma regular. Tras el programa completo mejoró la frecuencia cardíaca en reposo (basal 75 ± 16 lpm vs. 62 ± 11 a los 3 meses, p < 0,01), el índice de masa corporal (29 ± 4 basal vs. 28 ± 3, p = 0,03), el test de Velasco (110 ± 37 basal vs. 74 ± 31, p < 0,01) y los mets alcanzados en la ergometría (8,9 ± 1,9 basal vs. 11,3 ± 3,2 a los 3 meses, p < 0,01). El porcentaje de fumadores fue significativamente menor y los pacientes que realizaban ejercicio físico de forma regular aumentó. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de colesterol total, LDL ni de TA por partir de parámetros basales bajos (media de 152, 80, 132/76 basal y 140, 71 y 119/70 a los 3 meses, respectivamente).

Conclusiones: La implantación de una unidad de rehabilitación cardíaca tiene un efecto positivo en la calidad de vida, en el control de factores de riesgo y en la capacidad funcional. El tratamiento de los lípidos y de la tensión arterial es óptimo desde la primera visita tras un evento isquémico agudo.

C167. PREDICTORES CLÍNICOS EN EL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA CON CARVEDILOL EN CONSULTA GENERAL DE PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR

C. Medina Palomo, T. Gil Jiménez, L. Fernández López, J.R. Siles Rubio, C. Corona Barrio, P. Chinchurreta Capote, A. Ramírez Moreno* y F. Torres Calvo

Servicios de Cardiología. Hospital Costa del Sol de Marbella. Málaga. *Hospiten Estepona. Málaga.

Introducción: El tratamiento con betabloqueantes es básico en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica (ICC) que presenten disfunción sistólica del ventrículo izquierdo. El carvedilol es, sin duda, uno de los tratamientos más documentados. A pesar de esto, en algunos casos el uso de este betabloqueante ha sido variable y el mantenimiento de las dosis óptimas y las titulaciones del mismo no son las adecuadas.

Objetivos: Evaluación prospectiva en pacientes atendidos en una consulta general de cardiología y tratados con carvedilol, analizando las diferentes variables clínicas predictoras de evolución en ICC. Las características favorables han sido definidas como el mantenimiento o mejora en clase la funcional, mejora de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo, ausencia de ingresos hospitalarios por insuficiencia cardíaca, datos de una encuesta de satisfacción y mortalidad de causa cardíaca. Todo correlacionado con el mantenimiento de las dosis de carvedilol.

Resultados: Se incluyeron 60 pacientes (edad media: 64 años, 65% varones) con fracción de eyección $\leq 40\%$ y clase funcional II-III (había pacientes que previamente habían estado en clase IV). Se realizó un seguimiento clínico de 18 meses. Las titulaciones se realizaron con subidas de dosis cada semana hasta alcanzar los 50 mg diarios de carvedilol. No encontramos diferencias pronósticas en relación a la etiología isquémica, medicaciones concomitantes, fibrilación auricular o regurgitación mitral. Los pacientes con evolución desfavorable, en nuestra experiencia, fueron aquellos, con cifras tensionales menos elevadas ($p = 0,002$), con afectación renal diabética ($p = 0,01$) y una peor clase funcional ($p = 0,003$). El grupo de evolución desfavorable toleró una menor dosis de carvedilol no alcanzando la dosis diana ($p < 0,05$).

Conclusión: La respuesta favorable al tratamiento con carvedilol en insuficiencia cardíaca se ha asociado, en nuestra experiencia, a aquellos con tolerancia a mayores dosis del fármaco. Esto ha ocurrido de forma significativa en pacientes sin nefropatía diabéticas, con presión sistólica basal elevada y mejor clase funcional.

C168. PREVALENCIA DE SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL Y CANDIDATOS A TRASPLANTE RENAL

M.F. González Vargas-Machuca, F. Gómez Pulido, M.V. Junco Domínguez, J.D. Arjona Barrionuevo, J. Torres Llergo, A. Ortiz Carrellán, J.A. Urbano Moral, F. López Pardo, G. Barón Esquivias, A. Sánchez González y A. Martínez-Martínez

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos: Los pacientes que requieren diálisis tienen un riesgo significativamente elevado de morbilidad y mortalidad por Enfermedad cardiovascular (ECV) esto en parte por la elevada prevalencia de factores de riesgo (FR) tradicionales y no tradicionales. Existe evidencia que el síndrome metabólico (SM) predispone al desarrollo del ECV, así mismo su prevalencia en candidatos a trasplante renal es poco conocida.

Material y métodos: 185P con tratamiento renal sustitutivo (TRS) en hemodiálisis/diálisis peritoneal fueron estudiados en la

consulta cardiorenal pre-trasplante renal desde enero 2008 a febrero 2010. El diagnóstico de SM se realizó según los criterios del ATP III actualizados en 2005 por AHA/ NHLBI considerando la presencia de al menos 3 de los siguientes: TA $\geq 130/85$ mmHg, glucosa basal ≥ 110 mg/dl, triglicéridos > 150 mg/dl, circunferencia abdominal > 102 cm en hombres o > 88 cm en mujeres y HDL < 50 mg/dl en hombres o < 40 mg/dl en mujeres.

Resultados: Edad: $54,3 \pm 11$ años, H: 114 (62%), M: 71 (38%). Tipo de TRS: hemodiálisis (87%), 9P diálisis peritoneal y 15P en pre-diálisis. Tiempo medio de TRS: 7,2 meses (2,4-55). Causas de IRCT: Glomerulonefritis (25%), Nefropatía diabética (20%), Vascular (12%), Túbulo-intersticial (11%). FR cardiovasculares/Antecedentes: HTA: 98%, Dislipemia: 111 (60%), DM: 61 (33%), Tabaquismo: 105(57%), Arteriopatía periférica: 29(16%), C. Isquémica: 19 (10%) y Enfermedad vascular cerebral: 14(7,6%). Clínicamente el 91% estaban asintomáticos. En total 73/185 pacientes presentaron síndrome metabólico (39,5%), la prevalencia de SM en hombres fue 62% (45/114) y en mujeres 61% (28/71), mientras que la combinación más frecuente de factores de riesgo en el síndrome metabólico fue HTA (99%), circunferencia abdominal (74%) y el nivel de triglicéridos (70%). El mayor tiempo con tratamiento renal sustitutivo se asoció con la presencia de SM ($p = 0,019$ CI 0,5-4,4).

Conclusiones: La prevalencia del síndrome metabólico en la población con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento renal sustitutivo es elevada (40%), lo que podría explicar la elevada morbilidad y mortalidad por Enfermedad cardiovascular en esta población.

C169. PREVALENCIA DE NIVELES DE HEMOGLOBINA GLICADA $\geq 6,5\%$ EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL DE CARDIOLOGÍA

D. Rangel, J. Acosta, J. Nevado-Portero y A. Martínez-Martínez

Unidad de Gestión. Clínica Área del Corazón. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: A raíz de los nuevos criterios diagnósticos de Diabetes Mellitus (DM) dentro de los estándares de cuidados de la American Diabetes Association, un nivel de hemoglobina glicada (HbA_{1c}) $\geq 6,5\%$ se considera diagnóstico de diabetes.

Objetivo: El estrés físico y mental que supone un ingreso eleva la glucemia, dificultando el diagnóstico de DM. Nuestro objetivo es estimar qué porcentaje de pacientes (pp) sin diagnóstico previo de DM y con solicitud analítica de HbA_{1c} , serían diagnosticados en base a este nuevo criterio.

Material y método: Estudio observacional descriptivo retrospectivo de una cohorte de pp dados de alta en nuestra planta de hospitalización con $HbA_{1c} \geq 6,5\%$ desde julio de 2006 a diciembre de 2008.

Resultados: Hemos revisado 318 pp de los cuales 170 (53,46%) tenían solicitado la HbA_{1c} , 120 (70,59%) con diagnóstico previo de DM y 50 (29,41%) sin diagnóstico previo. De ellos 64 (53,33%) tenían una $HbA_{1c} \geq 6,5\%$. La edad media fue de 70,8 años (DE 10,2 años), el 56,3% eran varones, los FRCV más prevalentes fueron la HTA (90,6%) y la dislipemia (57,8%) siendo la cardiopatía isquémica (51,6%) el motivo fundamental de ingreso. De los 64 pp, 50 (78,1%) estaban ya diagnosticados de DM (G1), todos de tipo 2 y hasta 14 (21,9%) no presentaban diagnóstico previo de DM (G2) y sí serían diagnosticados actualmente teniendo en cuenta el valor de HbA_{1c} . La HbA_{1c} media en G1 fue de $7,84 \pm 1,15\%$ (6,5-11,3) y en G2 de $7,81 \pm 1,74\%$ (6,5-11,6). Dentro de este último grupo 7 pp (50%) fueron diagnosticados posteriormente de DM en base a los criterios tradicionales (glucemia plasmática en ayunas y/o sobrecarga oral de glucosa). Todos ellos presenta-

ban una $HbA_{1c} \geq 6,9\%$, llevándose a cabo el diagnóstico en una mediana de seguimiento de 14,56 meses.

Conclusión: La HbA_{1c} se solicita aún en un bajo porcentaje de pacientes ingresados en planta de cardiología y se realiza fundamentalmente si existen antecedentes de DM. Aunque probablemente sea menos sensible para el diagnóstico que la glucemia en ayunas, su fácil disponibilidad y el que no requiera ayunas para su determinación juega a su favor, favoreciendo el diagnóstico de nuevos pacientes con DM, en nuestro caso concreto hasta un 21,9%.

C170. ¿TOLERAN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA Y ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA EL TRATAMIENTO CON BETABLOQUEANTES?

C. Medina Palomo, T. Gil Jiménez, L. Fernández López, A. Ramírez Moreno y J.R. Siles Rubio

Servicio de Cardiología. Hospiten Estepona. Servicio de Cardiología. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga.

Justificación y objetivos: En la práctica clínica frecuentemente se evita el uso de betabloqueantes en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva (EPO), por el riesgo de inducir broncoespasmo. Sin embargo, el uso de Betabloqueantes cardioselectivos bajo estricto seguimiento cardiológico puede ser bien tolerado y beneficioso en muchos pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) y EPO.

Métodos: Analizamos nuestra experiencia en el tratamiento de pacientes con IC quienes además padecían EPO y fueron tratados ambulatoriamente con betabloqueantes. Se excluyeron aquellos pacientes con EPO severa ($FEV1 < 50$).

Resultados: Se incluyeron 43 pacientes, con una edad media de 63 ± 8 años, con una fracción de eyección media de $29,2 \pm 6\%$; el 60% de etiología isquémica, 37% con EPO moderada ($FEV1 < 80$ y $FEV1/FVC < 0,7$). En todos los pacientes se inició el tratamiento con betabloqueantes a bajas dosis, incrementando progresivamente hasta dosis máximas toleradas, sin provocar ningún episodio agudo de insuficiencia respiratoria con un tiempo de seguimiento medio de 11 ± 3 meses. Hubo que limitar la dosis de betabloqueante antes de alcanzar dosis óptima en solo 5 pacientes por empeoramiento de su disnea. El grado funcional según Clasificación de la NYHA mejoró tras el uso de estos fármacos ($p < 0,01$).

Conclusión: El uso de betabloqueantes bajo supervisión especializada del cardiólogo en pacientes con IC y EPO leve-moderada puede ser un tratamiento beneficioso. Las consecuencias de privar de este tratamiento a estos pacientes podrían ser más perjudiciales que las posibles complicaciones respiratorias derivadas de su administración.

C171. EVALUACIÓN ETIOLÓGICA DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA REMITIDOS DESDE URGENCIAS A UNA CONSULTA DE ACTO ÚNICO DE INSUFICIENCIA CARDIACA

J.M. Pérez Ruiz, J. Cano Nieto, A. Espejo Rodríguez*, M. Bujalance Oteros*, B. Luque Aguirre y M. de Mora Martín

Servicio de Cardiología. Enfermería. *Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Introducción: La Insuficiencia cardíaca (IC), la pandemia del siglo XXI, es la causa más frecuente de ingreso hospitalario en > 65 años, y supone muchas derivaciones desde los servicios de urgencias a Unidades de Cardiología. Su evaluación etiológica es fundamental a la hora de establecer una estrategia adecuada pronóstica y terapéutica.

Objetivos: Evaluar mediante ecocardiografía en una Consulta de acto único de IC (CAUIC), reduciendo los circuitos redundantes, evitando visitas sucesivas y establecer una orientación pronóstica y terapéutica adecuada precozmente.

Material y métodos: Desde junio de 2008 hasta diciembre de 2009 se atendieron a 440 pacientes dados de alta de urgencias y remitidos a través del servicio de admisión a Cardiología para estudio de disnea. A todos los pacientes se les realizó evaluación cardiológica, electrocardiograma y ecocardiografía. Tras lo mismo se les prescribió tratamiento adaptado a su patología y fueron derivados a visitas sucesivas, para optimización de tratamiento o atención primaria.

Resultados: La edad media de los pacientes fue 70 ± 17 años, 55% eran mujeres. El 56,6% habían consultado en urgencias o permanecían, en fibrilación o flutter auricular, un 6,1% precisó cita para cardioversión eléctrica. Con disfunción ventricular sistólica estaba el 12,5%, Fracción de eyección (FE) normal y sin cardiopatía estructural 57,7%, cardiopatía hipertensiva con FE normal 20,2%, valvulares con FE normal 5%, cor pulmonale con FE normal 3,4% y miocardiopatía hipertrófica 1,1%. La IC con FE conservada se asoció significativamente con tener más de 70 años ($OR = 2$; $IC = 1-3$; $p = 0,008$).

Conclusiones: La mayor parte de pacientes con IC, no ingresados y derivados desde el servicio de urgencia para evaluación cardiológica, tienen IC con FE conservada, son seniles, y cursan con fibrilación o flutter auricular. El riesgo de tener IC con FE conservada es el doble en pacientes mayores de 70 años, para este grupo de pacientes con IC derivados de forma ambulatoria desde la urgencia a una evaluación cardiológica.

C172. MIXOMA CARDIACO: SEGUIMIENTO A CORTO Y LARGO PLAZO DEL TUMOR CARDIACO PRIMARIO MÁS FRECUENTE

I. Bibiloni Lage, J.G. Pareja, N. Romero Rodríguez, E. Ruiz Solano, A. Adsuar Gómez, A. Hernández Fernández, A. González Calle, E. Gutiérrez Carretero, R. Montes Cozar, R. Hosseinpour y J.M. Borrego Domínguez

Cirugía Cardíaca. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: El mixoma es el tumor cardíaco primario más frecuente y a pesar de su carácter benigno debe ser extirpado por el riesgo de embolización y de bloqueo funcional mitral. La cirugía consiste en la resección amplia de la base de implantación junto con el tumor y la reparación del defecto creado. Ésta se realiza habitualmente bajo circulación extracorpórea tras esternotomía media, aunque recientemente se han incorporado otras vías de acceso menos agresivas como el acceso Heartport, llevado a cabo en el último paciente de nuestra serie.

Objetivo: Analizar las características y evolución de los pacientes sometidos a la extirpación de un mixoma en un hospital de tercer nivel en los últimos 28 años.

Método: Estudio retrospectivo de los pacientes sometidos a dicha intervención desde junio de 1981 hasta febrero de 2010. Se recogieron todos los antecedentes, las características ecocardiográficas, las incidencias intrahospitalarias y la evolución posterior.

Resultados: Se incluyó un total de 29 pacientes de los cuales un 38% fueron varones, con 59 años de edad media (rango: 33-78). En un 31% el diagnóstico se realizó tras AVC, y un caso tras embolia arterial periférica. El 27% presentó FA en el momento diagnóstico. En el 89% de los casos el mixoma se localizaba en aurícula izquierda, en septum interauricular, salvo en un caso con adherencia al velo anterior mitral. Un paciente presentó mixomas múltiples (dos en aurícula derecha y uno en aurícula izquierda). Las complicaciones fueron: un caso de mediastinitis, un bloqueo AV completo, y un éxitus. El paciente sometido a la intervención mediante Heartport no presentó complicaciones.

La estancia hospitalaria presentó una mediana de 7 días (5-24). Una paciente presentó a los 24 meses recurrencia del tumor, siendo necesaria su reintervención. El resto de pacientes presentó un 15 años libre de eventos.

Conclusión: Una vez diagnosticado, el mixoma presenta buen pronóstico a largo plazo, con baja tasa de complicaciones y recurrencias.

C173. FIBRINOLISIS SISTÉMICA EN PACIENTES CON TROMBOSIS VALVULAR PROTÉSICA NO SUBSIDIARIOS DE CIRUGÍA CARDÍACA EMERGENTE

M. Romero Vazquiáñez, A.M. Campos Pareja, P. Cristobo Sainz, M. Frutos López, J. López Haldón, J.L. Martos Maine y A. Martínez

Unidad de Cuidados Intermedios de Cardiología. Servicio de Cardiología. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

La oclusión trombótica de las prótesis valvulares conlleva alta morbimortalidad. La fibrinólisis sistémica se ha recomendado en todos los casos de trombosis protésica reservando la cirugía sólo para aquellos con contraindicación o fallo de la fibrinólisis. Presentamos el resultado de la fibrinólisis sistémica en pacientes valvulares que ingresaron en la Unidad de Cuidados Intermedios Cardiológicos entre enero 2006 y septiembre 2009.

Resultados: Ingresaron cinco pacientes de los cuáles el 60% eran mujeres. La edad media era de 64,4±2,1 años. El 60% de los pacientes estaba diagnosticado de fibrilación auricular y el 40% había presentado AVC previo. Un paciente tuvo trombosis protésica dos años antes. La cirugía valvular se había realizado una media de 31 meses previos. Todos los pacientes portaban prótesis metálica y en un paciente estaba en posición tricuspídea, siendo el resto en posición mitral. Al ingreso los pacientes estaban hipocoagulados. En el 80% de los pacientes se objetivaron trombos en el estudio ecocardiográfico y en el 60% de los casos eran oclusivos. La clínica fue insuficiencia cardíaca en el 60% de los casos y accidente isquémico transitorio en el 20%. El fibrinolítico empleado fue urokinasa en el 40% de los pacientes, RTPA en otro 40% y estreptoquinasa en un paciente, que hubo de modificarse a urokinasa por reacción anafiláctica. El tiempo de infusión fue de 33 + 11,5 h. Se produjo un éxitus (20% de los casos) secundario a accidente cerebrovascular embólico. En el restante 80% de los casos la trombolisis fue eficaz con resolución completa de los parámetros ecocardiográficos y clínicos. Todos los pacientes que sobrevivieron fueron alta con acenocumarol (INR entre 3 y 4) y ácido acetil salicílico (100 mg/24 h). En un seguimiento medio de 20,50 meses el 75% de los pacientes se encuentra en clase funcional II de la NYHA y no han requerido ingreso en Cardiología.

Conclusión: La trombosis protésica se relaciona con hipocoagulación durante las semanas previas al evento. La fibrinólisis sistémica podría convertirse en la primera opción terapéutica, con un perfil de seguridad muy favorable y una alta tasa de éxito en pacientes sin contraindicación para la misma y no subsidiarios de cirugía cardíaca emergente

C 174. ANGINA Y CORONARIAS NORMALES: PRONÓSTICO A LARGO PLAZO

A. González González, D. Gaitán Román, A. García Bellón, B. Pérez Villardón, C. Jiménez Rubio, O. Pérez González y M. de Mora Martín

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Fundación IMABIS. Málaga.

Estudio descriptivo, comprendiendo a todos aquellos pacientes ingresados en planta de cardiología entre los años 1998 a 2000,

con el diagnóstico de dolor torácico en los que realizó coronariografía, mostrando arterias coronarias angiográficamente normales. Un total de 105 pacientes fueron entrevistados por vía telefónica, se comprobó supervivencia, reingresos, necesidad de nueva coronariografía. Para el análisis de supervivencia aplicamos el método de Kaplan-Meier para analizar la supervivencia de los pacientes durante el tiempo de seguimiento. La primera muerte se produce en los primeros meses del seguimiento y hasta el cuarto año no se producen más muertes, ocurren dos durante el cuarto año. Los siguientes casos de exitus se producen al séptimo y octavo año. Otro de los resultados que obtenemos al realizar este análisis es el tiempo medio de supervivencia que fue de 10,69 con intervalo de confianza al 95% del 10,40-10,98. Analizamos con el mismo método los reingresos. Hubo 12 reingresos, en 6 pacientes se repitió la coronariografía y la mitad mostraba aparición de nuevas lesiones en las arterias coronarias. Sólo se realizó ICP en uno paciente. No hubo diferencia entre sexos en cuanto a reingresos, la realización de coronariografía, o intervencionismo. El primer reingreso se produce en los primeros meses del seguimiento y hasta el segundo año no se producen más reingresos, ocurren dos durante este año. El tiempo medio de reingreso fue de 10,34 años con un intervalo de confianza al 95% de 9,94-10,74 años.

Conclusiones: Los pacientes con angina y coronarias normales tienen en general un buen pronóstico. A largo plazo alto porcentaje de supervivencia y baja proporción de reingresos. En nuestra muestra no encontramos diferencias entre ambos sexos en la tasa de reingresos, necesidad de nueva coronariografía ó de intervencionismo.

C175. APORTACIÓN DE LA RMN AL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS

C. Medina, J. Carretero, G. Rosas, T. Gil, I. Fernández, A. Arias, J. Martínez, F. Torres y F. Ruiz

Área de Cardiología. Hospital Costa del Sol. Málaga.

Introducción: La enfermedad de Chagas es una zoonosis causada por el *Trypanosoma cruzi*, endémica en determinadas regiones de América Latina. Afecta a 12 millones de personas en el mundo y los movimientos migratorios están haciendo que se manifieste en otras zonas. La resonancia magnética (RM) permite identificar signos tempranos de afectación cardíaca y de pronóstico en esta enfermedad mediante la localización de zonas de fibrosis focal y difusa, que afectan a miocardio y tejido de conducción.

Material y métodos: Presentamos los casos de 2 mujeres de 40 y 49 años de edad, de origen boliviano y paraguayano respectivamente, que consultan por cuadros de opresión precordial con el esfuerzo. La primera de ellas presentaba en el ECG pausas sinusales no significativas con rachas de TVNS y en el ETT disquinesia apical de VI. Se realizó coronariografía, sin lesiones angiográficas. Se realizó RM con hallazgo de un VI ligeramente dilatado, con zona aneurismática a nivel apical y función sistólica (FS) global moderadamente deprimida. Tras la administración de contraste gadolinio se observó realce tardío (RT) transmural a nivel apical. La segunda paciente mostraba en el ECG: HBAI, rS de V1-V6 y T negativa de V4-V5 y en el SPECT, aquinesia apical y periapical, FE del 41% y ausencia de captación en ápex y segmentos periapicales con reversibilidad en cara lateral en reposo, compatible con necrosis transmural e isquemia residual antero e ínfero-latero-apical. Ante estos hallazgos se somete a la paciente a coronariografía, sin hallazgos patológicos. En la RM se observó un VI ligeramente dilatado, con aquinesia de segmentos anteroseptomedioapicales con FE del 40% y captación de RT transmural a nivel de los segmentos adelgazados apreciándose a su vez focos de obstrucción microvascular. Dados los antecedentes epidemiológicos y la presencia de RT transmural con co-

ronarias normales en ambos casos, se establece el diagnóstico de sospecha de miocardiopatía Chagásica, que se confirmó por serología positiva para *Trypanosoma cruzi*.

Conclusión: En base a la evidencia y a nuestra experiencia, en pacientes con determinados rasgos epidemiológicos, la presencia de dolor torácico típico y coronarias normales debe hacernos sospechar en la enfermedad de Chagas y la RM es una técnica no invasiva que permite aproximarnos a ese diagnóstico mediante la visualización de áreas de fibrosis (RT transmural) con zonas que no captan contraste en su interior (por obstrucción de la microcirculación) asociadas a alteraciones en la contractilidad segmentaria y presencia o no de aneurismas apicales.

C 176. RESTAURACIÓN NO FARMACOLÓGICA DEL RITMO SINUSAL EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR: INFLUENCIA DE LOS MARCADORES DE INFLAMACIÓN VASCULAR Y LA DILATACIÓN AURICULAR

A. Flores Marín, N. Rodríguez Losada, F. Cabrera Bueno, J. Alzueta, A. Barrera, J. Peña, J. Fernández Pastor, A. Linde Estrella y E. de Teresa

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción: Existen datos que sugieren que los niveles de marcadores de inflamación vascular condicionan, al igual que la dilatación auricular, la evolución clínica tras cardioversión eléctrica en los pacientes con fibrilación auricular.

Objetivo: Conocer si existe relación entre el nivel de inflamación vascular y la dilatación auricular, así como su influencia sobre los resultados agudos y a corto plazo tras cardioversión eléctrica.

Métodos: Estudio piloto prospectivo en pacientes con fibrilación auricular persistente sin cardiopatía estructural, sometidos a cardioversión eléctrica programada, con registro de parámetros clínicos, ecocardiográficos (incluyendo volumen auricular), y niveles de marcadores de inflamación vascular y posterior correlación con respuesta aguda y a corto plazo (3 meses).

Resultados: En 15 pacientes (60 ± 6 años, 46,7% mujeres) con fibrilación auricular sometidos con éxito a cardioversión eléctrica se observó una correlación significativa entre el volumen indexed de la aurícula izquierda y la IL 2 ($p = 0,048$), IL 4 ($p = 0,041$) e IL 6 ($p = 0,025$), y no con la IL 10, IL 17, TNF alfa o IFN gamma. Sin embargo, en el seguimiento la recaída en fibrilación auricular, presente en 6 pacientes (40%), sólo se relacionó con parámetros de función diastólica ventricular izquierda ($e' 11,1$ vs. $8,6$ cm/s, $p = 0,019$ y relación $Ee' 8,6$ vs. $12,4$, $p = 0,032$). El uso de antiarrítmicos, estatinas o IECA/ARA2 tampoco influyó en los resultados.

Conclusiones: Existe una relación entre los niveles de marcadores de inflamación vascular y el volumen auricular. Sin embargo, a corto plazo, la recidiva de fibrilación auricular se relaciona con la presencia de disfunción diastólica del ventrículo izquierdo.

C177. COMPARACIÓN DE LOS CRITERIOS DE RIESGO DE EVENTOS CARDIOVASCULARES Y MORTALIDAD DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A URGENCIAS POR PÉRDIDA DE CONCIENCIA

A. Arce-León, J. Parejo-Matos, A. Fernández-Cisnal, E.M. Cantero-Pérez, J.M. Camero[†], N. Romero-Rodríguez, E. Montero[†], A. Martínez-Martínez y G. Barón-Esquivias

Servicio de Cardiología. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos: Conocer las diferencias existentes entre los criterios de riesgo recomendados por las guías europeas de síncope 2009

(GES-2009) de los pacientes atendidos en Urgencias hospitalarias por pérdida de conciencia (T-LOC).

Material y métodos: Hemos realizado un análisis prospectivo de todos los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias de nuestro hospital por T-LOC durante noviembre y diciembre de 2009.

Resultados: De los 20.592 pacientes que acudieron a Urgencias en este tiempo, 330 pacientes (1,6%) acudieron por T-LOC. La edad media fue 55 ± 22 años, y 163 fueron mujeres (49,5%). Se analizaron los criterios de riesgo recomendados por las GES-2009: San Francisco Syncope Rules (SFSR), Evaluation of Guidelines in syncope study (EGSYS), Osservatorio Epidemiologico della SIncope nell Lazio (OESIL) y Martín-Kapoor score. Los criterios de riesgo individuales se presentaron en los siguientes pacientes: Historia familiar de muerte súbita (1), cardiopatía estructural (48), historia de arritmias ventriculares (2), historia de Insuficiencia cardíaca (10), síncope durante ejercicio (15), síncope en decúbito (9), presencia de algún factor predisponente (107), presencia de algún factor precipitante (112), palpitaciones previas al síncope (15), pródromos vasovagales (190), súbito sin pródromos (47), respiración entrecortada durante el episodio (7), TA < 90 mmHg (26). Existe una agrupación de riesgo diferente de la población entre los 4 criterios de riesgo en los 330 pacientes. Se han observado diferencias significativas entre estos criterios, tanto en la clasificación de riesgo individual como en ambos sexos.

Conclusiones: Actualmente no existe un criterio único en la evaluación del riesgo de los pacientes con T-LOC y existen claras diferencias entre los recomendados por las GES-2009, lo que refuerza la necesidad de mejorar dicha evaluación en los Servicios de Urgencia.

C178. UNIDAD DE SÍNCOPE. EXPERIENCIA INICIAL DE NUESTRO CENTRO

I. Vegas, M.A. Ramírez-Marrero, D. Gaitán-Román, N. Fernández-Borrego, B. Luque-Aguirre, G. Ballesteros, A. García-Bellón, A. González-González, B. Pérez-Villardón, C. Jiménez-Rubio, J. Mora-Robles, J.L. Delgado-Prieto, J.M. Pérez-Ruiz y M. de Mora Martín

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Introducción: El síncope supone un motivo frecuente de asistencia a urgencias hospitalarias. Nuestro objetivo fue analizar el perfil clínico-epidemiológico y el diagnóstico establecido de los pacientes derivados desde urgencias a la Unidad de Síncope (US).

Métodos: Análisis prospectivo del total de pacientes derivados a la US de forma consecutiva, en el periodo comprendido de junio de 2009 a enero de 2010. Se estudiaron variables clínicas, pruebas complementarias efectuadas, diagnóstico establecido y tratamiento indicado.

Resultados: Se incluyeron 97 pacientes, 47,4% mujeres, con una edad media de $54,9 \pm 20,3$ años. Presentaron hipertensión el 41,2%, 16,5% diabetes, 9,3% antecedentes de cardiopatía isquémica (4,1% con revascularización coronaria) y una comorbilidad reducida (índice de Charlson $0,72 \pm 0,54$). Existieron pródromos en el 62,9% de los casos, siendo el síncope recurrente en el 32%. El ECG basal fue normal en el 73,2% (predominó como alteraciones electrocardiográficas la existencia de bloqueo AV de primer grado y los signos de crecimiento ventricular izquierdo, ambos en el 25% de los casos). El 14,4% de los pacientes empleaba fármacos cronotropos negativos. Se realizó un Holter en el 59,8% de los casos, siendo anodino en el 89,6%. El 96,6% de los pacientes no presentaba cardiopatía estructural mediante ecocardiografía. Se efectuó prueba de esfuerzo en el 7,2% (todas negativas) y test de mesa basculante en el 24,7%, con resultado positivo en el 56,5% (predominó la respuesta tipo I). Se estableció el diagnóstico de síncope neuromediado en el 62,9% de los

casos (83,6% vasovagal), 11,3% neurológico-psicógeno, 9,3% ortostatismo, 9% cardiogénico y 7,2% no afiliado. Se indicó el implante de marcapasos en el 7,2% de los casos. El síncope cardiogénico se asoció a una edad ≥ 40 años (13,6% vs. 0%, $p = 0,03$) y al género masculino (16,3% vs. 2,3%, $p = 0,02$).

Conclusiones: Los pacientes valorados por una Unidad de Síncope presentan una comorbilidad reducida, siendo el síncope neuromediado el diagnóstico más frecuente. El origen cardiogénico del mismo es más frecuente en hombres y a edades mayores de 40 años.

C179. EVENTOS TRAS IMPLANTE DE STENT CORONARIO: STENT FARMACOACTIVO VS. STENT CONVENCIONAL

R. Picón Heras, M. González Correa, J.M. Masero Carretero, I. Lara de la Fuente, C. Navarro, I. Estrada, J.M. Cubero Gómez, P.L. Pérez-Santigosa, F.J. Sánchez Burguillos, F.J. Molano Casimiro y L. Pastor Torres

Hospital Virgen de Valme. Sevilla.

Introducción: La llegada de los stents farmacoactivos (SF) ha transformado el campo de intervencionismo percutáneo coronario (IPC), pero existen pocos datos sobre los resultados de los stents de 2.^a generación (Xience V y Endeavor Resolute) en la práctica habitual. El objeto de este estudio es analizar los resultados a 1 año en los pacientes (p) tratados mediante el implante de stent. Metodología: Desde enero de 2008 a diciembre de 2008 se trataron mediante intervencionismo percutáneo a 459 pacientes (869 lesiones). Se definió como Endpoint Primario (EP): Muerte de causa cardíaca, infarto de miocardio y trombosis de stent.

Metodos: Las LS fueron tratadas mediante stents farmacoactivos en 277 p (60,3%): 156 p (56%) Xience V y 121 p (44%) Endeavor. El resto 182 p (39,7%) fueron tratados mediante stents convencionales (SC), 74% hombres, edad media 64,3 años; 41,8% diabéticos. La enfermedad multivasa se presentó en el 59,9%. La fracción de eyección (FE) de 55%.

Resultados: Los p tratados con SF tenían un perfil más desfavorable ($p < 0,05$) con mayor proporción de: Diabetes mellitus, arteriopatía periférica, enfermedad Multivasa, revascularización Incompleta, presencia de Calcio, de LS tratadas, longitud total de Stent implantado, y menor Diámetro Stent. A pesar de estas diferencias los pacientes con SF no tuvieron más EP que los SC (9,4% vs. 11,5%; $p > NS$) respectivamente. En el seguimiento a 12 meses el 89,8% estaba libre de eventos. En el análisis multivariado mediante regresión de logística siendo los predictores independientes de EP en el grupo completo: La edad OR: 1,05 (95% IC 1,002-1,09; $p < 0,002$). La FE con un Odds Ratio (OR) de 0,96 (95% IC 0,94-0,99; $p < 0,02$), el número de vasos (NV) OR: 1,6 (95% IC 1,1-2,4; $p < 0,001$), longitud Stent: OR: 1,02 (95% IC 1,003-1,04; $p < 0,02$).

Conclusiones: A pesar del peor perfil de los pacientes tratado con SF, no observamos diferencias de eventos a medio plazo. Los predictores independientes del EP son la edad, la función ventricular deprimida, el número de vasos, la longitud del stent.

C180. EVALUACIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DEL GÉNERO DEL CONTROL LIPÍDICO

G. Retegui, C. González Becerra, S. Ogalla, R. Aparicio, I. Vallejo, A. Fernández y M. Ruiz Borrel

Servicio de Medicina. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos. Sevilla.

Objetivos: Evaluar el control de la dislipemia en los pacientes con enfermedad coronaria para determinar si existen diferen-

cias de género en la consecución de los objetivos terapéuticos del colesterol LDL y total.

Material y métodos: Seleccionamos 741 pacientes ingresados por enfermedad coronaria durante 2007 en hospital comarcal. Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo analizando el perfil lipídico al ingreso, datos demográficos, procedimientos realizados, estancia media y medicación al alta. Comparamos el perfil lipídico del ingreso con el de dos visitas posteriores, en Atención Primaria o Especializada a los 6 y 12 meses y analizamos si se encontraban diferencias en la consecución de los objetivos en función del género.

Resultados: Las mujeres (45,7%) eran de mayor edad (media 73 vs. 67 años) y presentaban con mayor frecuencia diabetes (51% vs. 37%), HTA (64% vs. 49%) e Insuficiencia Cardíaca previa (20% vs. 13%). Los varones eran más fumadores y tenían más diagnóstico de EPOC (14,5% vs. 5,6%). Las mujeres tenían al ingreso niveles más elevados de colesterol total que los varones (177 vs. 169) y de HDL-colesterol (41 vs. 38). Recibieron menos tratamiento con estatinas que los varones (70 vs. 77%) y más ARA II (18,2 vs. 10,8%). Se realizaron menos intervencionismos coronarios en las mujeres (14% vs. 38%). Los varones lograron reducir de forma significativa sus niveles de LDL y de colesterol total a los 6 meses (9,6; IC 95%: 3,1-15,9 mg/dl y 8,4; IC 95%: 1,0-15,8 mg/dl, respectivamente) y a los 12 meses del evento coronario (11,7; IC 95%: 4,8-18,6 mg/dl y 8,2; IC 95%: 0,4-15,9 mg/dl, respectivamente). Las mujeres sin embargo solo experimentaron mejoría en el perfil lipídico en relación al ascenso de HDL-Colesterol y no al descenso de Colesterol total y LDL. No observamos diferencias en mortalidad entre varones y mujeres salvo en el grupo de edad de 65-74 años, en el que encontramos un 4,1% en varones y 0% en mujeres.

Conclusiones: Encontramos diferencias entre géneros en el manejo terapéutico de la enfermedad coronaria con peor atención y consecución de los objetivos de control lipídico en prevención secundaria en las mujeres a pesar de ser éstas de mayor edad y presentar mayor comorbilidad.

C181. COMPORTAMIENTO DEL GRD 143 (DOLOR TORÁCICO) EN ESPAÑA DURANTE 2007

J.M. García Torrecillas, F. Ortega Martos, C. García Ortega, J.M. Aznar Lara, M.A. San Martín Aransay, E. Moreno Millán y M.C. Lea Pereira

Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería.

Objetivos: Principal: Evaluar las principales características del comportamiento del GRD 143 (Dolor torácico no coronario) en España durante el año 2007 en mayores de 45 años. Secundarios: Determinar la variabilidad en función del sexo y los factores asociados a estancia superior a la media.

Diseño: Descriptivo, transversal, no concurrente.

Material y métodos: Todos los pacientes mayores de 45 años ingresados en España calificados de GRD 143 –dolor torácico– durante 2007. Fuente: CMBD 2007. Variables principales: edad, sexo, estancia, número de diagnósticos al alta (NDA), número de procedimientos (NP), estancia superior a la media (ESM).

Resultados: 17.935 ingresos (55,4% varones). Edad –años–: 68,90 \pm 11,02 mujeres vs. 65,42 \pm 11,41 varones, $p < 0,0001$. Estancia –días–: 4,83 \pm 4,13 mujeres vs. 4,40 \pm 3,60 varones, $p < 0,0001$. Ingresos urgentes 95,7%. Tasa exitus: 0,2%. NDA: 5,37 \pm 2,68 mujeres vs. 5,44 \pm 2,71 varones, NS. NP: 2,00 \pm 1,83 mujeres vs. 1,91 \pm 1,79 varones, $p = 0,001$. El 33,1% de mujeres tienen ESM (5 días) vs. un 28,2% de varones, $p < 0,0001$. Un

44,0% de ESM tienen > 5 diagnósticos. El 34,9% de los reingresos se dan en ESM frente a un 30,1% de no reingresados con ESM, $\chi^2 = 10.179$, $p = 0,001$. Reingresan el 6,1% de los varones vs. el 4,9% de mujeres, $\chi^2 = 11.669$, $p = 0,001$. No hay diferencias por sexo en cuanto a la tasa de exitus. Los diagnósticos principales al alta fueron Dolor tórax Neom (35,9%), Dolor precordial (42%), Dolor tórax. Otro (20,1%) y Obs presunta enfermedad cardiovascular (2%).

Conclusiones: Ingresan por dolor torácico no coronario más varones; la edad y estancia media son superiores en el grupo de mujeres, sin diferencias en la tasa de exitus ni NDA; Hay un discreto mayor esfuerzo en cuanto a procedimientos en mujeres. El reingreso es más probable cuando existe una ESM y/o se es varón. La codificación CIE del diagnóstico principal mayoritaria es, cuando menos inespecífica.

C182. CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES JÓVENES EN UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE INSUFICIENCIA CARDIACA

J. Cano Nieto, C. Jiménez Rubio, B. Pérez Villardón, J. M. Pérez Ruiz, J.L. Delgado Prieto y M. de Mora Martín

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Introducción: Analizamos nuestra serie de enfermos que seguimos en nuestra consulta monográfica de insuficiencia cardiaca, en un hospital de tercer nivel sin posibilidad de trasplante cardiaco en nuestro centro, seleccionando una subpoblación determinada por la edad: inferior a 45 años.

Material y método: Seleccionamos pacientes que acuden a revisiones en nuestra consulta que tienen menos de 45 años. Se analizaron sus datos demográficos, antropomórficos, historia clínica, pruebas complementarias realizadas, derivaciones realizadas a centros de referencias de trasplante o unidades de hipertensión pulmonar y tratamientos recibidos.

Resultados: Los pacientes seguidos son 65 pacientes, de los cuales el 76% son varones, con un tiempo de seguimiento medio de 3,8 años. 33% no tenían ningún factor de riesgo cardiovascular y el 65% tenían 1 o más factores de riesgo. La etiología de la insuficiencia cardiaca fue de origen enólica en 14%, isquémica en 12%, secundarias a miocardiopatías (no compactada, hipertrófica por ejemplo) 9% relacionados con otros tóxicos (quimioterapia) 8%, taquimiocardiopatía 6% y 20% con proceso diagnosticado de miocarditis aguda. La fracción de eyección estaba deprimida en todos los pacientes al incluirlos en la consulta y después fueron clasificados según su repuesta, con mejoría total-recuperación 30%, recuperación parcial 37% y ninguna 32%. Algún grado de insuficiencia mitral se halló en 57%, así como hipertensión pulmonar 14%. Se realizó electrocardiograma y ecocardiogramas en el 100%, cateterismo en 43% de los pacientes y exploraciones de medicina nuclear 23%. El tratamiento con betabloqueantes a dosis bajas lo recibían 61,5% y dosis completas 21%; IECA o ARA2 el 98%; Diuréticos ahorradores de potasio hasta un 50%, digoxina 35%. La implantación de algún dispositivo cardiaco (marcapasos, resincronizador o desfibrilador cardiaco) 15%. La derivación a centro de trasplante fue necesaria solo en 6% de los pacientes.

Conclusiones: La etiología de la enfermedad se modifica, descendiendo la isquémica y aumentando otras menos comunes en edades avanzadas. Se realizan menos pruebas diagnósticas invasivas (cateterismos cardiacos) y el tratamiento puede que sea menos intenso. Solo 6% derivaciones a trasplante.

C183. EVALUACIÓN DE PRETRASPLANTE HEPÁTICO EN CONSULTA CARDIOLÓGICA MONOGRÁFICA DE VALORACIÓN DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS SÓLIDOS

B. Pérez Villardón, D. Gaitán Román, M.A. Ramírez Marrero, A. García Bellón, A. González González, C.B. Jiménez Rubio y M. de Mora Martín

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Desde octubre de 2009 fueron analizados en consulta 10 pacientes con cirrosis hepática. Las indicaciones para trasplante hepático fueron: en 4 p fue cirrosis enólica y en los otros 6 p virus hepático B y C. En cuanto a las características clínicas de estos pacientes (p): la media de edad fue de 55,4 años. 1 p tenía hipertensión arterial, 1 p diabetes, 1p dislipemia, 2 p tabaquismo activo, 5 p EPOC, 1 p fibrilación auricular permanente. Se realizó ecocardiograma doppler a todos los pacientes, todos tenían FE conservada, en 2 p existía disfunción diastólica. Además en 4 p se realizó gammagrafía, en 1 p ecocardiograma de stress y en 1 p cateterismo. Del estudio cardiológico no se derivaron actuaciones terapéuticas cardiovasculares previas al trasplante. Desde el comienzo de la consulta en octubre de 2010 se han trasplantado 2 pacientes, sin incidencias cardiovasculares peri ni postoperatorias. Los pacientes con cirrosis hepática tienen en nuestra serie menor grado de complejidad en cuanto a condiciones clínicas asociadas y cardiopatía previas que los pacientes con insuficiencia renal terminal, si bien un estudio cardiológico completo y estandarizado es necesario para el despistaje de enfermedad cardiovascular oculta e hipertensión pulmonar que pueden suponer un riesgo para la vida en el postoperatorio de estos enfermos.

C184. PERFIL CLÍNICO DE PACIENTES OCTOGENARIOS CON INFARTO DE MIOCARDIO

A. González González, D. Gaitán Román, A. García Bellón, B. Pérez Villardón, C. Jiménez Rubio, A. Cordero Aguilar, B. Zayas Ganfornina y M. de Mora Martín

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Analizamos a todos los pacientes octogenarios que ingresaron en 2005 en planta de cardiología, con el diagnóstico de infarto de miocardio. Se analizaron 27 pacientes: 15 pacientes eran hombres (55,6%). La edad media era de $82,63 \pm 2,52$ (82,47 años en hombres y 82,63 años en mujeres). 15 pacientes eran hipertensos (55,6%). 12 pacientes eran fumadores (44,4%). 8 pacientes tenían dislipemia (29,6%). 11 pacientes eran diabéticos (40,7%). 2 pacientes tenían ACV previo (7,4%). 5 pacientes tenían insuficiencia cardíaca previa (18,5%). 4 pacientes tenían fibrilación auricular previa (14,8%). 3 pacientes (11,1%) tomaban anticoagulación oral previa. 3 pacientes (11,1%) tenía cardiopatía isquémica previa al ingreso. 3 pacientes (11,1%) tenía cardiopatía hipertensiva conocida previa. 9 pacientes (16,7%) tenía ICP previo al ingreso y 4 p (7,4%) revascularización quirúrgica previa. El diagnóstico al ingreso fue SCACEST en 9 p (33,3%) y SCASEST en 18 p (66,6%). Grado NYHA un mes antes del ingreso: I (13 p, 48,1%), II (11 p, 40,7%) y III (3 p, 11,2%). La estancia media fue de 8,74 días. Se realizó ecocardiograma en 19 p (70,4%). En 1p se empleó trombolisis (3,7%). Se realizó coronariografía en 3 p (11,1%). En 1 p (3,7%) la coronariografía se realizó en las primeras 48 h de ingreso. Se realizó ICP a 3 p (11,1%). El vaso responsable fue la DA en 2 p (66,6%), y la CX en 1 p (3,7%). No se precisó angioplastia de rescate en ningún paciente. Ninguno se sometió a cirugía de revascularización co-

ronaria. Uso de fármacos: AAS en 25 p (92,5%), Clopidogrel en 14 p (51,9%), NTG IV en 26 p (96,2%), beta-bloqueantes en 11 p (40,7%), calcio antagonistas en 5 p (18,5%), estatinas en 20 p (74,1%), heparina de bajo peso molecular en 26 p (96,3%). IECAs en 20 p (74,1%), ARA-II en 2 p (7,4%). El subgrupo de pacientes octogenarios con infarto de miocardio constituye un problema creciente en el campo de la cardiología, se trata de pacientes con alta prevalencia de cardiopatía previa, alta tasa de comorbilidades y cuyo manejo supone un reto para el cardiólogo, ya que todas las decisiones deben contener un análisis profundo de la relación beneficio riesgo con vistas a un óptimo empleo de los recursos disponibles y con objeto de minimizar la iatrogenia. En nuestra experiencia, cuando se adopta una actitud intervencionista suele acabar con un gesto terapéutico asociado y la consiguiente mejora de la calidad de vida de estos enfermos.

C185. FORAMEN OVAL PERMEABLE: RESULTADOS TRAS CINCO AÑOS DE EXPERIENCIA EN CIERRE PERCUTÁNEO

E. Díaz Retamino, S. Gamaza Chulián, F.J. Camacho Jurado, V. Escolar Camas, A. Giráldez Valpuesta, P. Egea Serrano, P. Cabeza Lainez, M. Sancho Jaldón y R. Vázquez García

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Introducción: El foramen oval permeable (FOP) es una patología relativamente prevalente en la población general, que en ocasiones se asocia a una importante comorbilidad en forma de fenómenos embólicos arteriales (principalmente cerebrovasculares). El diagnóstico y tratamiento es por lo tanto primordial en pacientes con clínica sugestiva. En los últimos años, se ha sumado a las posibilidades terapéuticas el intervencionismo percutáneo mediante la implantación de dispositivos de cierre.

Métodos: Se analizan descriptivamente 45 pacientes consecutivos (julio 2004 - enero 2010) diagnosticados de FOP mediante ecocardiografía transtorácica (ETT) y transesofágica (ETE); cerrados percutáneamente en nuestro laboratorio de Hemodinámica. Se recogen parámetros epidemiológicos, relacionados con el diagnóstico y de seguimiento.

Resultados: Los pacientes descritos presentaban una edad media de 46 ± 10 años, de los que el 57,8% eran hombres. Entre los antecedentes clínicos más prevalentes encontramos tabaquismo (54,5%), HTA (33,3%), dislipemia (30,3%), accidente cerebrovascular (ACVA) de repetición (29,3%), diabetes mellitus (6,1%) y sd. hipercoagulabilidad (14%). Todos los pacientes que se sometieron al cierre percutáneo del FOP tuvieron como presentación clínica un fenómeno embólico arterial: ACVA (51,1%), accidente isquémico transitorio (46,7%), embolia femoral (2,2%). En todos los casos se realizó ETT y ETE con infusión de suero salino agitado para completar el diagnóstico, presentando un 60% aneurisma del SIA. En el momento del alta, la mayoría (79%) recibieron doble antiagregación con ac. acetilsalicílico y clopidogrel durante un tiempo medio de 6 meses. Se evidenció recidiva clínica (ACVA) en el 5,7% de los pacientes. Dos pacientes del total fallecieron por causas no relacionadas con esta patología.

Conclusiones: 1. El FOP se encuentra relacionado potencialmente con fenómenos embólicos arteriales graves. 2. El tratamiento percutáneo mediante dispositivo de cierre es un procedimiento seguro, que muestra a medio plazo una baja tasa de recidiva, sin que se presenten hasta la fecha complicaciones relacionadas con el dispositivo.

C186. LEVOSIMENDAN EN POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR: NUESTRA EXPERIENCIA

J. Cano Nieto, B. Pérez Villardón, C. Jiménez Rubio, A. García Bellón, J.M. Pérez Ruiz y M. de Mora Martín

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Introducción: Los fármacos inotrópicos positivos son una opción terapéutica en el tratamiento de la cirugía cardiovascular. Se usan estimulantes adrenérgicos como la dobutamina, inhibidores de la fosfodiesterasa III, como la milrinona. Recientemente ha aparecido un nuevo grupo farmacológico sensibilizadores al calcio y cuyo principal exponente es el levosimendán. El mecanismo de acción en el sistema cardiovascular es doble: mejora la contractilidad miocárdica por sensibilizar al calcio a la troponina C y produce una vasodilatación arterial y venosa mediante la activación de los canales del potasio sensibles al adenosintrifosfato de la fibra muscular lisa vascular; así se consigue el aumento del gasto cardíaco y la reducción de la presión capilar pulmonar, las resistencias vasculares pulmonares y las resistencias sistémicas. Asimismo, se le ha atribuido un efecto antiarrítmico y ciertas propiedades para revertir el aturdimiento miocárdico.

Material y método: En nuestro centro se ha comenzado el uso de este fármaco intraoperatorio en pacientes que se someten a cirugía cardíaca. Hemos recogido un total de 35 pacientes operados durante el año 2009. Estos pacientes tienen una edad media de 66 años, de los cuales un 76% son varones. La presencia de factores de riesgo cardiovascular fue de un 96%. El Euroscore medio fue de 15. Un 64% tenía fracción de eyección de ventrículo izquierdo deprimida; 28% algún grado de hipertensión pulmonar. El tipo de cirugía fue: 36% de revascularización coronaria, 20% valvular, 16% vascular y 28% cirugía mixta. Durante la cirugía, además de Levosimendan, se usó alguna droga vasoactiva en un 66% y balón de contrapulsación intraaórtico en un 20% de los casos. La evolución de estos pacientes fue satisfactoria en un 60%, un 12% tuvo alguna complicación y exitus en un 28%.

Conclusión: En nuestro centro se ha comenzado el uso intraoperatorio en cirugía cardiovascular de levosimendan en pacientes relativamente jóvenes, varones, alto porcentaje de presencia de factores de riesgo cardiovascular, euroscore alto y cirugía compleja. El uso de otras drogas vasoactivas simultáneas es frecuente e incluso de balón de contrapulsación intraaórtico. La evolución fue mala (exitus) en un alto porcentaje.

C187. NUEVAS INDICACIONES TERAPÉUTICAS EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN PULMONAR ASOCIADA A ENFERMEDAD DEL CORAZÓN IZQUIERDO

C. Medina Palomo, T.C. Gil Jiménez, L. Fernández, C. Corona Barrio, P. Chinchurreta Capote, J. Siles Rubio, F. Torres Calvo, M. Pombo y F. Ruiz Mateas

Unidad de Cardiología. Área de Medicina. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga.

Introducción: La hipertensión pulmonar (HP) se define como la existencia de una presión media en arteria pulmonar superior a 25 mmHg en reposo. Los pacientes con HP asociada a enfermedad del corazón izquierdo pueden tener una hipertensión desproporcionada a la cardiopatía subyacente, lo que conlleva cambios fisiopatológicos similares a los de HP arterial, que condicionan en su evolución la entrada en fallo cardíaco y muerte del paciente. Los antagonistas de la endotelina pueden mejorar la capacidad de ejercicio y la hemodinámica así como la sobrevida de los pacientes con HP arterial.

Objetivo: Valorar las características clínicas de los pacientes con HP severa asociada a enfermedad del corazón izquierdo.

Material y método: El criterio de inclusión fijado fue una presión sistólica pulmonar (PSAP) "persistente" y estimada por ecocardiografía doppler ≥ 60 mmHg, estimación de la función ventricular derecha, test de marcha 6 min en el diagnóstico y a los 3 y 6 meses. La recogida de casos se realizó del CMBD de los registros ecocardiográficos cuyo diagnóstico principal o secundarios incluía el GRD de HP severa asociada a cardiopatía izquierda; así como la base de datos de la Unidad de Insuficiencia Cardíaca.

Resultados: Entre junio de 2009 y diciembre de 2009 se seleccionaron 13 pacientes que cumplían el criterio de inclusión, de los cuales la edad media de dichos pacientes fue de $69,35 \pm 19,48$ años en el momento del diagnóstico. La valvulopatía más frecuente asociada fue la afectación valvular mitral en 9 de los 13 casos (69,20%). El sexo predominante fue el femenino 8/13 (61,5% del global). Presentaban DM 7/13 (el 53,84% del global). El IMC medio era de $28 \pm 6,5$. Presentaban alguna arritmia auricular en su evolución o FA 9/13 (69,30% del global). En el momento del diagnóstico 4 pacientes (30,76%) se encontraban en GF I de la NYHA, 7 pacientes (53,84%) se encontraban en GF de NYHA II, 2 pacientes (15,38%) del global en GF III. La PSAP inicial media fue de $83,37 \pm 13,2$ mmHg. La distancia caminada máxima en el test de 6 min inicial fue de $453 \pm 17,22$ m.

Conclusiones: 1. La mitad de los casos registrados en nuestra serie corresponden a pacientes con afectación valvular mitral de origen reumático. 2. EL grado funcional en el momento del diagnóstico fue bajo GF I-II a pesar de cifras de PSP > 60 mmHg. 3. La mayor parte de nuestra población pertenece al sexo femenino y presentan un riesgo cardiovascular elevado.

C188. SÍNDROME DE TAKOTSUBO TRAS REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

R. Ferrer López, S. Muñoz Troyano, J. Aceituno Cubero, R. Nieto Leal, M. Gómez Matarin, R. Lázaro García y M. Gómez Recio

Hospital Torrecárdenas. Almería.

Presentación: Mujer que tras la administración de adrenalina sufrió una miocardiopatía de estrés o síndrome de Takotsubo.

Caso: Mujer de 78 años, con antecedentes de HTA y asma intrínseca, en tratamiento con diuréticos, IECAs y $\beta 2$ inhalados. Ingresó de forma programada para gastrectomía subtotal por neoformación polipoide gástrica. Durante la inducción anestésica sufre hipotensión severa y bradicardia con ausencia de pulso por lo que se inician maniobras de reanimación. Se administra atropina y adrenalina produciéndose fibrilación ventricular que es tratada con desfibrilación eléctrica y amiodarona en bolo y perfusión. Recupera ritmo sinusal con supradesnivelación del segmento ST en V3-V6, interrumpiéndose la cirugía y realizándose coronariografía urgente.

Pruebas diagnósticas: En el cateterismo cardíaco se objetiva un ventrículo izquierdo no dilatado con discinesia apical extensa e hipercontractilidad de segmentos basales, con una FE de 0,42. Las coronarias eran normales. En la analítica sanguínea presentó un pico de troponina T de 0,46 mg/ml. A los cuatro días la ecocardiografía mostraba la persistencia de discinesia apical con FEVI 0,47.

Diagnóstico: Posible síndrome de Takotsubo secundario a la administración de adrenalina.

Evolución: La paciente presenta evolución favorable desde el punto de vista cardiorrespiratorio, encontrándose clínica y hemodinámicamente estable. En ECG evolutivos se normaliza el segmento ST, aparecen ondas T negativas de V2 a V6, sin onda Q. Se realiza nueva ecocardiografía a los 35 días en la que se observa un VI normal, sin alteraciones de la contractilidad y FEVI de 0,60, lo que confirma el diagnóstico.

Discusión: El sd. de Takotsubo es una entidad relacionada con la descarga de catecolaminas inducida por estrés, en nuestro caso fue la administración exógena de adrenalina la que desencadenó el cuadro. Debemos sospechar esta patología ante un electrocardiograma compatible con infarto agudo de miocardio, disfunción ventricular izquierda y ausencia de estenosis arterial coronaria.

C189. MANEJO DE PACIENTES OCTOGENARIOS INGRESADOS EN PLANTA DE CARDIOLOGÍA CON DIAGNÓSTICO DE INFARTO DE MIOCARDIO

A. González González, D. Gaitán Román, A. García Bellón, B. Pérez Villardón, C. Jiménez Rubio, A. Cordero Aguilar, B. Zayas Ganformina y M. de Mora Martín

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Estudio retrospectivo y descriptivo de pacientes (p) > 80 años, ingresados en planta de cardiología durante el año 2005. Se analizaron 27 pacientes: 29 de ellos, 15 pacientes eran hombres (55,5%). La edad media era de 82,47 años en hombres y 82,83 años en mujeres. El diagnóstico al ingreso fue SCACEST en 9 p (33,3%) y SCA-SEST en 18 p (66,6%). Origen: 38 p (73,1%) ingresaron desde Urgencias, 12 p (23,1%) desde UCI y 2 p (3,8%) desde otro Centro. TIMI 3-4 puntos: 20 p (74%) y TIMI 5-7 puntos: 7 p (25,9%). Grado Killip: 15 p (55,6%) en grado I, 6 p (22,2%) en II, 4 p (14,8%) en III y 2 p (7,4%) en grado IV. Se realizó ecocardiograma en 19 p (70,4%). En 3 p se empleó trombolisis (16,9%). Se realizó coronariografía en 3 p (11,1%). En 1 p (3,7%) la coronariografía se realizó en las primeras 48 h de ingreso. Se realizó ICP a los 3 p (11,1%). El vaso responsable fue la DA en 2 p (7,4%) y la CX en 1 p (3,7%). No se precisó angioplastia de rescate en ningún paciente. Ninguno se sometió a cirugía de revascularización coronaria. Uso de fármacos: AAS en 25 p (92,5%), Clopidogrel en 14 p (51,9%), NTG IV en 26 p (96,3%), beta-bloqueantes en 11 p (40,7%), calcio antagonistas en 5 p (18,5%), estatinas en 20 p (74,1%), heparina de bajo peso molecular en 26 p (96,3%), IECAs en 20 p (74,1%), ARA-II en 2 p (7,4%). El destino al alta fue el siguiente: 24 (88,9%) a su domicilio y 3 p (11,1%) fallecieron en Planta en grado III y IV de Killip, 1 p con TIMI 3-4 y los otros 2 p con TIMI 5-7, no realizándose coronariografía a ninguno de ellos. Complicaciones: 18 p (66,7%) no tuvieron complicaciones, 6 p (22,2%) desarrollaron insuficiencia cardíaca izquierda, 3 p (11,1%) insuficiencia renal aguda y 3 p (11,1%) infección urinaria. En nuestra experiencia el manejo predominante de estos enfermos es conservador, a favor observamos que la amplia mayoría se controla de forma adecuada con terapia médica, en contra recogemos que en aquellos en los que se realiza coronariografía, la mayoría es sometido a ICP. Pensamos que son necesarias escalas de calidad de vida bien validadas para estos pacientes con el fin de prestarles una atención con la mejor calidad y relación riesgo/beneficio.

C190. IMPORTANCIA DE LA CLÍNICA PARA LA INDICACIÓN DE MARCAPASOS EN PACIENTES CON SÍNCOPE Y BLOQUEO BIFASCICULAR. ¿ES IMPRESCINDIBLE UN ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO?

A.L. Arrebola Moreno, M. Álvarez López, L. Tercedor Sánchez y P. Santiago Díaz

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción: En pacientes que presentan un síncope(S) y bloqueo bifascicular (BBF) en el ECG está indicada la realización de un estudio electrofisiológico (EEF) para asentar la indicación de un marcapasos definitivo (MP).

Objetivos: Con nuestro estudio intentamos evaluar si la sospecha clínica del S puede predecir los resultados del EEF y por lo tanto el éxito terapéutico ante la implantación de MP.

Métodos: Se analizaron todos los pacientes que con S, BBF y FEVI conservada que fueron remitidos a nuestro hospital para EEF. Se excluyeron aquellos pacientes con bloqueo de rama alterna, IAM, ICC, MCD, MHO y DAVD. El síncope fue clasificado por dos electrofisiólogos acreditados como cardiogénico (grupo A), neuromediado (grupo B) o de origen incierto (grupo C). El EEF fue considerado positivo mediante criterios estándar implantándose MP en aquellos en los que el EEF fue positivo. Se incluyeron 50 pacientes (58% hombres, edad media de 69 años), y se pudo realizar seguimiento a 40 de ellos durante un periodo medio de 5,3 años.

Resultados: Grupo A, 27 casos (54%), Grupo B, 12 (24%) y grupo C 11 (22%). Intervalo HV basal > 70 ms en 63% de A, 8% de B y 33% de C ($p < 0,01$). Incremento del HV > 50% tras procainamida sólo en el grupo A ($n = 2$). Bloqueo AV de 2.º-3.º grado en el 33% de A, 0% de B y 20% en C ($p < 0,01$). Se indicó MP en 85% ($n = 23$) de A, 0% de B y 45% ($n = 4$) de C ($p < 0,001$). La recidiva de síncope en los pacientes en los que se implantó MP fue en Grupo A del 3,7% ($n = 1$), en el grupo B 0%, en el grupo C 0%; y dentro de los que no se implantó MP, grupo A del 0%, grupo B del 33,3%, y grupo C del 0%.

Conclusiones: Los pacientes con BBF síncope y FEVI conservada con presentación sugerente de origen cardiogénico podrían ser tratados con un MP sin la realización previa de un EEF debido a la alta probabilidad de etiología bradiarítmica.

C191. EFICACIA, TOLERABILIDAD Y SEGURIDAD DE ROSIGLITAZONA EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 CON MAL CONTROL GLUCÉMICO

A.M. García Bellón, A.M. González González, J.A. Cano Nieto, García Arnés, B. Pérez Villardón, C. Jiménez Rubio, J.L. Delgado Prieto, J.M. Pérez Ruiz, R.M. Pérez González y M. de Mora Martín

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Introducción: La elevación crónica de glucemia en sangre, conlleva la aparición de lesiones en múltiples tejidos. Está demostrado que reducciones del 1% de Hb1_{Ac} basal se corresponde significativamente con reducciones de riesgo cardiovascular.

Objetivo: Determinar la eficacia, tolerabilidad y seguridad de rosiglitazona (RSG), en pacientes con diabetes tipo 2 (DM2), con mal control, que rechazan terapia con insulina.

Material y métodos: Estudio retrospectivo observacional, que incluye 33 pacientes con DM2, en seguimiento por endocrinología, con mal control a pesar de tratamiento previo, que rechazan la adición de insulina. Se les añadió 4 mg/día de RSG, realizándose seguimiento durante 6 meses, de la evolución de diversos parámetros: índice de masa corporal (IMC), Hb1_{Ac}, perfil lipídico, función hepática, n.º de hospitalizaciones, causa y eventos coronarios.

Resultados: Edad media 63,4 años. Predominio de mujeres (69,7%). Media de años de evolución de DM2 9,9. Al inicio del estudio: peso 76,9 kg, IMC 30,7 kg/m², tensión arterial sistólica 139,9 mmHg, tensión arterial diastólica 77,7 mmHg, perímetro abdominal 99,7 cm, glucemia basal 190,1 mg/dl, Hb1_{Ac} 8,4, colesterol total 212,7, HDLc 54,7, LDLc 133,5, triglicéridos 121,9, GOT 19, GPT 36,8, GGT 40. Cardiopatía previa 24,2%. No diferencias significativas al inicio entre sexos. A los 6 meses de la adición de RSG: descenso en glucosa basal (139,3 mg/dl) y Hb1_{Ac} (7,0) estadísticamente significativo ($p < 0,001$). En el resto de variables analizadas no diferencias estadísticamente significativas. Si dividimos nuestra muestra por sexos obtenemos que se produce reducción en los niveles de LDLc (124,4) estadísticamente signifi-

cativo ($p < 0,0469$) en varones. El porcentaje de hospitalizaciones durante el seguimiento: 24,2%. Ninguna motivada por síndrome coronario agudo. Al aplicar el test exacto de Fisher obtenemos que no existe asociación estadísticamente significativa entre el número de hospitalizaciones y cardiopatía previa ($p = 0,36$).

Conclusiones: En nuestra muestra obtenemos que el uso de RSG: 1) Produce reducciones significativas en glucemia basal y Hb1Ac. 2) En varones se objetiva descenso significativo en los niveles de LDLc. 3) No encontramos evidencias de incremento de complicaciones cardiovasculares, ni de mortalidad cardiovascular.

C192. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MANEJO DE LA CARDIOPATÍA HIPERTENSIVA

J. Cano Nieto, A. García Bellón, B. Luque Aguirre, J.L. Delgado Prieto y M. de Mora Martín

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Propósito del estudio: La hipertensión arterial es altamente prevalente y origina numerosas complicaciones; entre éstas, las más frecuentes e importantes son las cardíacas. Nuestro objetivo fue evaluar las características de los pacientes diagnosticados en nuestro servicio de Cardiopatía hipertensiva y el manejo que les dimos.

Métodos usados: Se realizó un estudio observacional y descriptivo con el programa estadístico SPSS 12.0, analizando edad, factores de riesgo cardiovasculares clásicos, motivo de ingreso hospitalario, pruebas realizadas y sus alteraciones y el tratamiento al alta.

Resultados: La edad media fue de 62,4 años, diabéticos de 41%, tabaquismo 22%, dislipemia 38,3%. Se realizó ECG y analítica al 100%, con algún grado de bloqueo cardíaco eléctrico 23,5%, fibrilación auricular 35,2% e hipertrofia ventricular izquierda (criterios de Cornell) 51,4%. Ecocardiograma 94,1% con hipertrofia ventricular 93,7%. Cateterismo cardíaco 76,2% con fracción de eyección conservada 82%, presión telediastólica de ventrículo izquierdo elevada 76% y morfología característica (rizada) 54%. El tratamiento al alta fue combinado en 76%. IECA 40%, ARA2 18%, betabloqueantes 26%, calcioantagonista 32%, diurético 32%.

Conclusiones: La cardiopatía hipertensiva es una presentación grave y frecuente de lesión de órgano diana del a hipertensión arterial, que se muestra con un amplia expresión clínica, coincide en los pacientes con factores de riesgo cardiovascular más elevados que en la población general, consume recursos tanto hospitalarios como extrahospitalarios y un tratamiento variado.

C193. ALTERACIONES EN PRUEBAS COMPLEMENTARIAS COMUNES DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

J. Cano Nieto, A. Romero Gómez, C. Jiménez Rubio, J.L. Delgado Prieto, J.M. Pérez Ruiz y M. de Mora Martín

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Centro de Salud de Nerja. Málaga.

Introducción: La insuficiencia cardíaca es la vía final común de la mayoría de las patologías cardíacas, y su incidencia y su prevalencia van en aumento, en consonancia con el envejecimiento de la población y con la menor mortalidad de las enfermedades cardíacas. El seguimiento de estos enfermos se realiza tanto desde la consulta del especialista como desde la atención primaria, donde las pruebas diagnósticas básicas son la herramienta fundamental junto a la historia clínica y la exploración física.

Material y métodos: Se analizaron 57 pacientes diagnosticados de insuficiencia cardiaca, desde la consulta de Cardiología, con seguimiento habitual por su médico de atención primaria. Se analizaron ECG de 12 derivaciones, radiografía de tórax en posición posteroanterior y lateral y analítica básica con hemograma, bioquímica y coagulación.

Resultados: En el análisis del electrocardiograma, fue normal en 8 pacientes (14%), fibrilación auricular en 11 pacientes (19,3%), bloqueo rama izquierda del haz de His 9 pacientes (15,8%), alteraciones AV-BAV 1º grado 8 pacientes (14%), hipertrofia ventricular izquierda con criterios de Cornell 12 pacientes (21%) y hallazgos combinados en 9 pacientes (15,8%). Radiografía de tórax con índice cardiotorácico aumentado en 21 pacientes (36,7%), hipertensión venocapilar 12 pacientes (21%), senos costofrénicos pinzados o líneas B de Kerley 7 pacientes (12%) y normal en 17 pacientes (29,8%). Analítica general con anemia 9 enfermos (15,8%), alteraciones iónicas (hiperpotasemia - > 5,5- o hiponatremia - < 130-) 6 (10,5%), filtrado glomerular disminuido de forma significativa (< 60 ml/h) 12 (21,05%), alteraciones de la coagulación 5 (8,7%) y normal 25 (43,8%).

Conclusiones: Estos pacientes son revisados por varios profesionales de la salud. Muchas alteraciones nos muestran la etiología de esta enfermedad, sus complicaciones e incluso los efectos (deletéreos o no) de los tratamientos que administramos como las alteraciones hidroelectrolíticas o la bradicardia secundaria. El conocimiento de estas alteraciones son importantes para el diagnóstico y el seguimiento.

C194. TERATOMA MEDIASTÍNICO GIGANTE COMO HALLAZGO CASUAL EN EL CONTEXTO DE UNA INFECCIÓN RESPIRATORIA POR GRIPE A (H1N1)

R. Nieto Leal, M. Gómez Matarín, R. Ferrer López, S. Muñoz Troyano, J. Aceituno Cubero, M.F. Ruiz López, F. Ramos Perales, R. Lázaro García y M. Gómez Recio

Hospital Torrecárdenas. Almería.

Introducción: Presentamos un caso gripe A que desenmascara la presencia de un teratoma mediastínico gigante.

Descripción: Varón de 25 años, que tiene como únicos antecedentes ser fumador y cuadros asmáticos en la infancia. Acude a Urgencias remitido por su médico de primaria por cuadro de fiebre, tos con expectoración blanquecina, disnea y dolor torácico de características pleuropericárdicas de unos días de evolución. A la exploración presenta respiración superficial con intolerancia al decúbito, TA 110/65, Tº 37,5 °C, auscultación: tonos rítmicos sin soplos ni roce pericárdico, roncus y sibilancias dispersos. Ingurgitación yugular izquierda, no pulso paradójico, abdomen normal, extremidades con pulsos y sin edemas. ECG: RS a 86 lpm, QRS 0,08 s, T(-) en V2-V3. Se realiza Rx Tórax que muestra cardiomegalia y un gran ensanchamiento mediastínico. El hemograma muestra Htº 38%, Hb 13,0, Leucocitos 7.430 con 91% neutrófilos, plaquetas 270.000, bioquímica normal. Es valorado por Cardiólogo de guardia que realiza un ecocardiograma con los siguientes hallazgos: VI con diámetros y FE normal. Derrame pericárdico severo sin signos de compromiso hemodinámico. Compresión extrínseca de AD a nivel de desembocadura de cava superior que no está dilatada. VD ligeramente dilatado.

Evolución: Ingresó para diagnóstico y evolución del derrame pericárdico y el cuadro febril. Se realiza TAC Torácico: masa en mediastino anterior de aproximadamente 20 x 18 x 12 cm, bien encapsulado sin signos de infiltración, con densidad sólida, líquida, grasa y calcio. Desplaza corazón, aorta y pulmonar hacia la izquierda, y cava hacia la derecha. Derrame pericárdico. Durante su estancia hospitalaria se confirma la infección por el virus H1N1 y permanece estable sin signos de compromiso hemodinámico, en tratamiento con aerosolterapia, antipiréticos, antiviral oseltamivir.

Evolución y diagnóstico: Con la sospecha clínica de teratoma se solicita el traslado al Servicio de Cirugía Torácica del H. Reina Sofía de Córdoba para intervención quirúrgica, se realiza mediante esternotomía media con extirpación total de la masa sin complicaciones perioperatorias. Anatomía patológica: teratoma maduro.

C195. ENDOCARDITIS TROMBÓTICA NO BACTERIANA: FORMA DE PRESENTACIÓN INFRECIENTE DE NEOPLASIA

S. Muñoz Troyano, R. Ferrer López, M.A. Esteban Moreno, J. Aceituno Cubero, M. Gómez Matarín, R. Nieto Leal, R. Lázaro García, F. Ruiz López y M. Gómez Recio

Servicio de Cardiología. Hospital Torrecárdenas. Almería

Introducción: Presentamos un caso de Endocarditis Trombótica no Bacteriana (ETNB) entidad poco frecuente en nuestro medio, secundaria a Ca de ovario.

Descripción: Mujer de 45 años sin antecedentes de interés, que presenta cuadro de amnesia global transitoria de 24 h. Cuatro días después, aparece hemiparesia derecha con alteraciones del campo visual bilateral de distribución parcheada con recuperación completa. Simultáneamente presenta dolor e inflamación en miembro inferior derecho, sugerente de tromboflebitis. Las pruebas complementarias: analítica, ECG y Rx de tórax normales. La RMN craneal muestra múltiples zonas distribuidas en sustancia blanca compatibles con lesiones isquémicas de pequeño vaso y el TAC torácico y abdomen superior evidencia en cara medial derecha lesión hipodensa, hipocaptante, compatible con infarto renal. La presencia de múltiples embolismos en diferentes territorios vasculares hizo sospechar una fuente común de origen cardiaco, por lo que se realiza ETT, que demostró imagen ecogénica en válvula mitral con insuficiencia ligera a moderada. La ETE confirmó la presencia en el borde libre de la valva septal mitral de una imagen bilobulada, irregular, móvil de 1 x 1 cm y en el tercio medial de la misma, imagen similar de 7 x 9 mm. Ante la sospecha ecocardiográfica de Endocarditis, la ausencia de fiebre, los hemocultivos seriados negativos, y la negatividad de las pruebas serológicas, apoyaron el diagnóstico de ETNB. Los estudios de autoinmunidad y trombofilia fueron negativos y los marcadores tumorales obtuvieron cifras elevadas de CA125 y CA15,3. Ante tal hallazgo se solicitó TAC abdominopélvico con presencia de una masa ovárica derecha de 14 cm. Se realiza histerectomía total + doble anexectomía + linfadenectomía pélvica. Se tomaron biopsias.

Resultado: Ca endometriode de ovario en estadio III, que permitió el diagnóstico de Endocarditis Marántica secundaria.

Evolución y tratamiento: Se decide anticoagulación con HBPM. Durante su estancia hospitalaria se mantiene estable sin nuevos episodios isquémicos vasculares. Recibe tratamiento con quimioterapia. Al alta continúa con HBPM. Se realizó estudio ecocardiográfico a los 2 meses, donde se observa válvula mitral sin masas.

C196. FIBRINÓLISIS, UNA ALTERNATIVA EFICAZ ANTE LA SOSPECHA DE TROMBOSIS VALVULAR PROTÉSICA

P. Cristobo Sainz, N. Romero Rodríguez, A. Campos Pareja, A. Guisado, F. Gómez Pulido, M. Romero Vazquíñez, F. Zafrá Cobo, J.E. López Haldón, C. Granado Sánchez y A. Martínez Martínez

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: La trombosis valvular protésica es una complicación grave, potencialmente mortal, de las válvulas protésicas

metálicas. Clásicamente el abordaje de elección ha sido quirúrgico. Presentamos dos casos clínicos de trombosis sobre válvula protésica, en los que se optó por diferente abordaje terapéutico, con resultados dispares.

Caso 1: Mujer de 64 años, con antecedente de prótesis valvular mitral mecánica bidisco, que ingresó por disnea de reposo. En ecocardiografía transtorácica se detectó disfunción protésica sin objetivarse imagen de trombo. Los controles de anticoagulación de los dos meses previos estaban por debajo del rango terapéutico. Se indicó intervención quirúrgica, que no llegó a realizarse porque evolucionó de forma adversa, presentando fallo ventricular izquierdo con evolución hacia el éxitus. Se solicitó necropsia, siendo establecida como causa de la muerte una trombosis mitral protésica.

Caso 2: Varón de 66 años, con antecedente de prótesis valvular mitral mecánica que ingresó tras hallazgo de disfunción protésica en ecocardiografía de control. Algunos meses previos al ingreso actual, coincidiendo con el postoperatorio de una cirugía pulmonar, los niveles de anticoagulación habían sido deficientes. En este caso se optó por indicar de forma empírica tratamiento fibrinolítico con urocinasa. Con ecocardiografías seriadas posteriores que comprobaron la progresiva normalización de la motilidad protésica el paciente fue dado de alta sin complicaciones.

Conclusión: En los últimos años la fibrinólisis se ha posicionado como una alternativa en auge, con disponibilidad en todos los centros y buena respuesta hemodinámica hasta en el 85-90% de los pacientes. De acuerdo con la bibliografía al respecto los casos presentados ilustran la etiología trombotica como causa más probable de disfunción protésica en casos de anticoagulación discontinuada o por debajo del rango óptimo. El plantear una fibrinólisis en estos pacientes puede ser una alternativa eficaz, con una morbimortalidad inferior a la esperable en una intervención.

C197. STENTS FÁRMACOACTIVOS VS. CONVENCIONALES EN ANGIOPLASTIA PRIMARIA EN OCTOGENARIOS

A. Giráldez-Valpuesta, F. Camacho-Jurado, E. Díaz-Retamino, A. Gutiérrez-Barrios, J.L. López-Benitez, J.M. Lacal-Peña, J.M. Pedregal-Sánchez y V. Escolar Camas

Hospital Universitario Puerta de Mar. Cádiz.

Introducción: No hay consenso respecto a la seguridad y la eficacia del uso de stents farmacoactivos, comparados con stents convencionales, en pacientes que sufren un síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST y son sometidos a intervencionismo coronario percutáneo primario.

Objetivos y método: Se incluyeron en el estudio a un total de 36 pacientes con edad mayor o igual a 80 años, que ingresaron en nuestro centro por SCACEST y fueron sometidos a angioplastia primaria desde 2002 a 2007. Se analizó la posible relación del tipo de stent implantado con la aparición del evento combinado muerte, infarto agudo de miocardio o nueva revascularización y la incidencia de eventos hemorrágicos mayores.

Resultados: En las tres cuartas partes de pacientes incluidos en el análisis se usaron stents convencionales para tratar la lesión responsable del infarto, sin que hubiera diferencias significativas en cuanto a la aparición de eventos adversos isquémicos o hemorrágicos en función del tipo de stent elegido, siendo la mayoría de los casos la enfermedad extracardiaca la causa de la muerte.

Conclusiones: En nuestro estudio se apreció un mayor uso de stents convencionales en octogenarios que sufren un SCACEST y son sometidos a angioplastia primaria, sin encontrarse relación entre el tipo de stent implantado y la aparición de eventos

cardiovasculares o hemorrágicos, estando muy condicionado el pronóstico por la gran comorbilidad de estos pacientes.

C198. ALTERACIONES ECOCARDIOGRÁFICAS EN EL SÍNDROME DE QT LARGO

P. Santiago Díaz, J. Jiménez Jáimez, N. Herrera Gómez, F. Burillo Gómez, I. Uribe Morales, M. Molina Lerma, M.M. Rodríguez Vázquez-Del Rey, F. Perin y R. Melgares Moreno

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

El síndrome de QT largo (SQTL) se ha considerado durante años como una enfermedad cardiaca puramente eléctrica. Presentamos el caso de una paciente con SQTL en la que se documenta una alteración de la función diastólica.

Caso clínico: La paciente, seguida intraútero por bradicardia fetal, se diagnosticó de SQTL al nacimiento cuando el ECG demostró una bradicardia de 50 lpm, con QT corregido de 680 lpm, alternancia de ondas T y un bloqueo AV 2:1 intermitente. La primera ecocardiografía demostró un corazón sin alteraciones estructurales pero con VD muy trabeculado. Empezó tratamiento con propanolol pese a lo cual a los 23 días sufrió una FV documentada de la que fue resucitada sin secuelas. A los 56 días de vida se implantó un desfibrilador que hasta el momento (2,5 años de seguimiento) no ha registrado ningún evento arritmico. El estudio genético resultó negativo. La paciente está totalmente asintomática. El último estudio ecocardiográfico demuestra una aurícula izquierda dilatada (+2,5 SD) con una alteración de la función diastólica con función sistólica conservada: el patrón doppler del flujo mitral presenta valores de onda E, A y relación E/A normales, pero con tiempo de deceleración de onda E muy corto, el tiempo de relajación isovolumétrica del VI muy prolongado, y tiempo de contracción isovolumétrica reducido. La onda E' del anillo mitral medida por doppler tisular (TDI) está disminuida. La relación E/E' patológicamente elevada.

Conclusión: El caso que presentamos nos parece de interés por la alteración demostrada de la función diastólica. La estrecha relación ELECTRO-MECÁNICA de la función cardiaca, puede hacerse evidente en estos pacientes, encontrándose alteraciones más allá de las puramente eléctricas. Su seguimiento nos permitirá conocer la enfermedad en toda su extensión y ofrecer a los pacientes un pronóstico más preciso. Creemos conveniente el estudio de la función diastólica en todos los pacientes afectos de SQTL.

C199. LA EDAD Y LA FEVI COMO PREDICTORES DE DISFUNCIÓN DIASTÓLICA

R. Picón Heras, D. Villagómez Villegas, M. González Correa, J.M. Cubero Gómez, I. Lara de la Fuente, J.M. Masero Carretero, I. Estrada, C. Navarro, P. Pérez Santigosa y L. Pastor Torres

Hospital Virgen de Valme. Sevilla.

Introducción: El desarrollo de alteraciones en la función diastólica se considera actualmente factor de mal pronóstico en pacientes que han sufrido un evento isquémico o que presentan clínica de insuficiencia cardiaca de distinta etiología. Por tanto, es de vital importancia conocer el papel que determinados factores pueden jugar tanto en su aparición como en la evolución de la misma ya que nos permitiría mejorar la actitud terapéutica que tantas limitaciones presenta.

Método: Desde mayo hasta octubre de 2009 se estudió mediante ecocardiografía transtorácica (ETT) la morfología y volumen de la aurícula izquierda (AI) biplano e indexado así como los pará-

metros habituales de función diastólica en 43 pacientes que acudieron a nuestras consultas. Se valoró el índice de esfericidad de la AI definido mediante una relación entre el eje longitudinal y eje transversal medido mediante ETT en corte apical 4C, los parámetros para valorar la función diastólica mediante estudio doppler y doppler tisular TDI (onda E, onda A, E/A, TDE, TRIV, E' medial, E' lateral, relación E/E' media) así como la función sistólica definida por la fracción de eyección del VI (FE) según método de Simpson biplano. Actualmente se define la presencia de disfunción diastólica evidente una relación E/E' > 12. En base a esto se definieron 2 grupos: G1 si la relación E/E' media era < 12 y G2 si la relación E/E' media era > 12.

Resultados: El 58,1% eran mujeres, la edad media fue de 65,8 ± 14 años, el IMC medio fue de 29,34 ± 5,3 kg/m², el volumen medio BP indexado de AI de 36 ± 14 ml, la media de eje transversal de AI fue 4,36 ± 0,8 cm, la FE media fue de 57 ± 15,4%. La relación E/E' media fue de 11,5 ± 4,3. Se definieron como predictores independientes de presencia de disfunción diastólica: la FE (G1 63,13 ± 5,7 vs. G2 51 ± 20%, p < 0,008) y la edad de los pacientes (G1 59 ± 14 vs. G2 73 ± 8 años, p < 0,0001).

Conclusiones: Los pacientes que presentan peor función sistólica de VI definida por la FE y con mayor edad desarrollan un mayor deterioro de la función diastólica definido por la relación E/E' media medida mediante TDI a nivel del anillo de la válvula mitral.

C200. RELACIÓN ENTRE EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y EL PATRÓN DE LLENADO MITRAL

R. Picón Heras, D. Villagómez Villegas, J.M. Masero Carretero, M. González Correa, J.M. Cubero Gómez, I. Lara de la Fuente, C. Navarro, I. Estrada, R. Pavón Jiménez y L. Pastor Torres

Hospital Virgen de Valme. Sevilla.

Introducción: El papel de la obesidad como factor de riesgo cardiovascular es un tema candente en la actualidad de la cardiología a nivel nacional. Su repercusión clínica puede ser valorada desde distintas pruebas complementarias. Conocer las características tanto epidemiológicas como ecocardiográficas de los pacientes según su índice de masa corporal (IMC) puede ayudarnos a conocer el desarrollo de alteraciones hemodinámicas y sintomatología clínica.

Objetivo: Valorar patrón de llenado mitral en una cohorte de pacientes no aleatorizados para comprobar la existencia de un mayor deterioro de la misma en función del IMC.

Método: Desde mayo hasta octubre de 2009 se estudió mediante ecocardiografía transtorácica (ETT) la morfología y volumen de aurícula izquierda (AI) biplano e indexado así como los parámetros de función diastólica en 43 pacientes. Se valoró el índice de esfericidad de la AI definido a nivel plano apical 4C mediante una relación entre el eje longitudinal y eje transversal, los parámetros para valorar la función diastólica habituales mediante estudio doppler y doppler tisular TDI (onda E, onda A, E/A, TDE, TRIV, E' medial, E' lateral, relación E/E' media) así como la función sistólica definida por la fracción de eyección del VI (FE).

Resultados: El 58,1% eran mujeres, la edad media fue de 65,8 ± 14 años, el IMC medio fue de 29,34 ± 5,3 kg/m²; 29 pacientes (67,4%) presentaban IMC < 30 y 14 (32,6%) un IMC ≥ 30, el volumen medio BP indexado de AI fue de 36 ± 14 ml, la media de eje transversal BP de AI fue 4,36 ± 0,8 cm; la FE media fue 57 ± 15,4%. El 18,6% presentaba un patrón normal, el 48% presentaba un patrón de alteración de la relajación, el 23,3% patrón monofásico por encontrarse el paciente en FA y el 9,3% se definían por patrón pseudonormal. Los pacientes que presentan un IMC < 30 presentaban con mayor frecuencia un patrón de llenado mitral pseudonormal frente a los que tenían IMC > 30 predominando en estos alteración de la relajación (p = 0,018). En el resto de

parámetros analizados no se detectaron diferencias significativas.

Conclusión: La presencia de un aumento del IMC presenta una relación con el deterioro de la distensibilidad de la AI desarrollado a largo plazo, presentándose por afectación hemodi-

C201. TRATAMIENTO DEL INFARTO DEL SCACEST CON STENT CONVENCIONAL: APLICACIÓN EN LA PRÁCTICA REAL

R. García-Borbolla Fernández, S. Camacho Freire, A. Gómez Menchero, A. Agarrado Luna, J. Oneto Otero, J Vargas y J.C. Vargas-Machuca Caballero

Hospital de Jerez.

Antecedentes: Los continuos avances en el tratamiento del infarto de miocardio y la implantación de programas de angioplastia primaria han supuesto una mejoría en el pronóstico y tratamiento de los pacientes con SCACEST. El tipo de revascularización varía en función de cada centro y de las características del mismo.

Objetivos: Evaluar los resultados en el tratamiento del SCACEST en nuestro medio a los que se les implanta un stent convencional.

Métodos: Se realizó angioplastia con implantación de stent convencional Vision Multilink a 22 pacientes consecutivos. Se realizó un seguimiento clínico de estos pacientes.

Resultados: La media de edad de los pacientes fue de 55 ± 11,3 años (65% hombres). Sólo el 13% eran diabéticos, mientras que la proporción de otros factores de riesgo era similar a otros estudios. La angioplastia fue primaria en el 13% de los pacientes, de rescate en un 15%, mientras que el resto fue angioplastia electiva en las primeras 24 h tras el infarto. El flujo previo a la angioplastia fue TIMI 3 en el 85% de los pacientes, 5% TIMI 1 y 10% TIMI 2. El diámetro medio de los stents implantados fue de 3,2 ± .04 mm y la longitud 18 ± 8 mm. El seguimiento medio fue de 4,1 ± 2,9 meses. Se realizó seguimiento clínico a 21 pacientes (93%), de los cuales todos estaban asintomáticos.

Conclusiones: La angioplastia con stent convencional en este subgrupo de pacientes es una estrategia segura con excelentes resultados a corto-medio plazo.

C202. PSEUDOANURISMA AÓRTICO CON INFECCIÓN DE PRÓTESIS EN AORTA ASCENDENTE: ¿ES NECESARIO RETIRAR SIEMPRE LA PRÓTESIS? ¿CUÁNTO TIEMPO CON TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO?

G. Sánchez¹, R. Arnedo², R. Ivanova², J.M. Melero¹, C. Porras¹, M. Such¹, S. di Stefano¹, E. Olalla¹ y J. Ruiz²

¹Servicio de Cirugía Cardíaca. ²UGC de Enfermedades Infecciosas. Hospital Clínico Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción: El pseudoaneurisma aórtico con infección de prótesis en aorta ascendente (PIPAA) tras cirugía cardíaca es una entidad infrecuente (0,9-2%) pero grave, con una mortalidad intrahospitalaria superior al 40%. El tratamiento más extendido es la cirugía con recambio de la prótesis y terapia antibiótica adecuada a antibiograma, pero el recambio protésico en ocasiones es técnicamente inviable e incluso puede aumentar la mortalidad perioperatoria. Existen casos en los que se ha preservado la prótesis infectada, con éxito terapéutico, siendo la técnica más aceptada la limpieza/reparación quirúrgica local apoyada con omentoplastia. Los gérmenes implicados en el PIPAA suelen ser *Staphylococcus* sp. No existe consenso en la duración de la terapia médica y el tratamiento "supresor a largo plazo" en ocasiones se complica por los efectos adversos de los antibióticos.

Objetivos: Aportar dos nuevos casos y evaluar el tratamiento realizado tras un seguimiento a largo plazo.

Método: Análisis descriptivo de aspectos microbiológicos, farmacológicos y resultados de la terapia realizada, en dos casos de PIPAA de pacientes intervenidos por disección de aorta (prótesis de Dacron en posición supracoronaria) y por insuficiencia y anuloectasia aórtica (tubo valvulado). Se realiza tratamiento quirúrgico conservador de la prótesis aórtica (limpieza quirúrgica, reparación del pseudoaneurisma y omentoplastia); asociándose terapia antibiótica prolongada ajustada a antibiograma.

Conclusión: Ambos casos presentan tras más de 1 año de seguimiento, según criterios clínicos, microbiológicos y pruebas de imagen, ausencia de signos de recidiva infecciosa; por lo que es de considerar, que la terapia ha sido adecuada. Aún sin poder establecer tiempo óptimo de tratamiento, serían razonables 6 semanas de tratamiento intravenoso seguidas de 24 semanas de terapia supresora a ser posible oral y valorar su retirada siempre que no existan signos de recidiva.

C203. ESTUDIO DE LA FUNCIÓN DIASTÓLICA EN LA POBLACIÓN ANDALUZA

R. Picón Heras, M. González Correa, D. Villagómez Villegas, C. Navarro Valverde, I. Estrada, J.M. Masero Carretero, I. Lara de la Fuente, D. García Medina y L. Pastor Torres

Hospital Virgen de Valme. Sevilla.

Introducción: Las características epidemiológicas de la población que acude a nuestras consultas son decisivas a la hora de interpretar resultados. Cada área territorial presenta determinados patrones tanto clínicos como analíticos que deben ser considerados a la hora de valorar la patología base así como las posibilidades terapéuticas con las que contamos.

Objetivo: Realizar un estudio observacional descriptivo de las variables de función diastólica basales de los pacientes que acuden a nuestra consulta de ecocardiografía.

Metodología: Desde mayo hasta octubre de 2009 se estudió mediante ETT la morfología y volumen de AI así como los parámetros de función diastólica en 42 pacientes que acudieron a la consulta de Ecocardiografía. Se registró las características epidemiológicas, el volumen auricular, el índice de esfericidad de la AI definido mediante la relación entre el eje longitudinal y eje transversal medido en plano apical 4C y los parámetros habituales para valorar la función sistólica y diastólica mediante estudio doppler y doppler TDI (onda E, onda A, E/A, TDE, TRIV, E' medial, E' lateral, relación E/E' media).

Resultados: El 58,1% eran mujeres, la edad media fue de $65,8 \pm 14$ años, el IMC medio fue de $29,34 \pm 5,3$ kg/m², 29 pacientes (67,4%) presentaban IMC < 30 y 14 (32,6%) un IMC ≥ 30 , el volumen medio BP indexado de AI de 36 ± 14 ml, la media de eje transversal de AI fue $4,36 \pm 0,8$ cm, la FE media fue de $57 \pm 15,4\%$. El 18,6% presentaba un patrón normal, el 48% presentaba un patrón de alteración de la relajación, el 23,3% patrón monofási-

co por encontrarse el paciente en FA y el 9,3% se definían por patrón pseudonormal. La relación E/E' media fue de $11,5 \pm 4,3$.

Conclusión: En una cohorte de pacientes no seleccionados de nuestra área presentan la mayoría presentaban alteración de la relajación como principal patrón de llenado transmitral, sin poder evidenciar diferencias significativas en los parámetros en función del género y teniendo en cuenta que la edad media de la muestra superaba los 65 años.

C204. MIOCARDIOPATÍA DILATADA CON DISFUNCIÓN VENTRICULAR SEVERA SECUNDARIA A ESTIMULACIÓN VENTRICULAR CRÓNICA

M. Gómez Matarín, J. Aceituno Cubero, S. Muñoz Troyano, R.A. Nieto Leal, R. Ferrer López, M. Vida Gutiérrez, R. Lázaro García y M. Gómez Recio

Hospital Torrecárdenas. Almería.

Presentamos un caso de Miocardiopatía dilatada con Disfunción ventricular izquierda severa en paciente portador de marcapasos, presumiblemente secundaria a estimulación ventricular crónica. Paciente de 49 años fumador, con antecedentes de episodios de TPSV. Acude a urgencias con cuadro de dolor centrotorácico opresivo, palpitaciones, diaforesis y disnea de reposo e hipotensión; En ECG taquicardia rítmica de QRS estrecho a 200 lpm; se inicia tratamiento con ATP sin resultado. Dada la repercusión hemodinámica del cuadro se practica cardioversión eléctrica que logra estabilizar al paciente en ritmo sinusal a 95 lpm. Es ingresado para realización de estudio electrofisiológico, que diagnóstica TPSV por reentrada intranodal. Se decide tratamiento mediante ablación de la zona anatómica correspondiente a la vía lenta nodal. Dos meses después de la ablación el paciente aqueja astenia y disnea progresivas, objetivándose en ECG Bloqueo AV de 2º; por lo que se implanta marcapasos definitivo DDDR. Posteriormente el paciente se encuentra en grado funcional I-II de la NYHA, presentando en Ecocordio disfunción leve por asincronía de VI (FE 0,45), VI no dilatado, AI ligeramente dilatada y sin patología valvular. En 2005 es visto en consulta por disnea progresiva y a pesar de tratamiento óptimo el paciente ingresa en situación de insuficiencia cardíaca severa; en Rx cardiomegalia y signos de congestión pulmonar, en Ecocordio AI dilatada (45 mm), VI dilatado (68 mm) e hipoquinesia global severa con FE 0,20. IM funcional leve, HTP moderada; el Cateterismo cardíaco revela un VI muy dilatado con contractilidad global severamente deprimida (FE 0,17), coronarias normales. Con tratamiento vasodilatador y diurético mejora clínicamente, programándose la implantación de dispositivo de Resincronización cardíaca. En revisiones sucesivas muestra mejoría clínica progresiva. En 2008 en Estudio isotópico de función ventricular izquierda se objetiva una FE 32,5% y una moderada hipoquinesia anterior. Actualmente el paciente se encuentra en grado funcional I de la NYHA; la Ecocardiografía revela datos de VI no dilatado (45 mm), FE en rango inferior de la normalidad (0,50), AI no dilatada, ausencia de patología valvular significativa.