

tricular (AV). Existe escasa información sobre la evaluación de la misma mediante electrogramas intracardiacos durante la implantación. Nuestro objetivo es evaluar los intervalos intracavitarios antes y después de la implantación de este tipo de prótesis.

Métodos: Se seleccionaron los últimos 37 pacientes consecutivos con estenosis aórtica severa tratados con una prótesis Core-Valve (26 mujeres -70%-, 77 ± 8 años). Se registraron variables del electrocardiograma de superficie (ECG) en combinación con mediciones de intervalos de conducción intracavitaria antes y 30 minutos tras el implante.

Resultados: Resultados basales: 31 pacientes (84%) estaban en ritmo sinusal (RS). En 6 de ellos (20%) el intervalo-PR era prolongado (> 200 mseg). 33 pacientes tenían una duración del QRS normal, 1 presentaba bloqueo de rama izquierda-BRI- y 3 bloqueo de rama derecha-BRD-. El 100% tenían intervalos AH normal (< 120 ms) y HV normal (< 70 ms). Tras 30 min, 4(11%) habían desarrollado un bloqueo AV (BAV) completo, siendo imposible registrar su electrograma en ninguno de ellos tras el tratamiento. En los 33 restantes, el intervalo-PR (162 ± 37 vs 188 ± 50 ms, $p < 0,05$) y la duración del QRS (93 ± 18 vs 127 ± 25 ms, $p < 0,001$) se incrementó significativamente, 22 desarrollaron BRI y 1 BRD *de novo*. El intervalo-AH (89 ± 29 vs 103 ± 34 ms, $p < 0,005$) y el intervalo-HV (52 ± 10 vs 63 ± 22 ms, $p < 0,005$) también aumentó significativamente.

Conclusiones: La expansión del stent valvulado en el tracto de salida ventricular provoca daño directo en la conducción intraventricular, ralentizándola. Además, el implante puede alterar la conducción del nodo-AV, a pesar de una posición distante de la estructura protésica con respecto al mismo. En pacientes que desarrollaron BAV-completo, su electrograma parece desaparecer, lo que sugiere lesión grave del haz de His.

C203. IMPACTO DE LA ASIMETRÍA DEL ANILLO AÓRTICO EN LOS RESULTADOS EN PACIENTES CON ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA TRATADOS CON IMPLANTACIÓN DE VÁLVULA AÓRTICA PERCUTÁNEA

E. Villanueva Fernández, S. Ojeda Pineda, S. Espejo Pérez, M. Pan Álvarez Ossorio, D. García Fuertes, F. Mazuelos Bellido, J. Suárez de Lezo Herreros de Tejada, J. López Aguilera, L. Cejudo Díaz del Campo y J. Suárez de Lezo Cruz Conde

Servicio de Cardiología. Hospital Reina Sofía. Córdoba.

Introducción y objetivos: La implantación de válvula aórtica percutánea no está exenta de complicaciones. El tamaño protésico se selecciona en función del tamaño del anillo valvular aórtico (AVAo) determinado por ETE. El AVAo presenta a menudo forma oval. Nuestro objetivo fue evaluar el impacto de la asimetría del AVAo en los eventos clínicos y sus implicaciones técnicas en la selección del tamaño valvular.

Métodos: Se incluyeron pacientes tratados con válvula percutánea. El tamaño valvular se seleccionó por ETE. Mediante TAC multicorte pre-implantación se obtuvieron los diámetros máximo y mínimo en proyección axial. Calculamos un índice de asimetría (IA), definido como diámetro mínimo/diámetro máximo, considerando asimétrico un $IA \leq 0,8$. Se evaluó la regurgitación aórtica por angiografía post-implantación y los eventos mayores (muerte o fallo cardiaco) en el seguimiento.

Resultados: Se incluyeron 110 pacientes (edad: 77 ± 5 años; EuroSCORE: $15,9 \pm 11,6$). El diámetro del AVAo por ETE fue de $21,7 \pm 2,2$ mm, los diámetros máximo y mínimo por TAC fueron de $25,9 \pm 3,4$ mm y $21,7 \pm 3,3$ mm. La asimetría del anillo apareció en 35 pacientes (32%). La mayoría precisaron válvula peque-

ña (68% vs 64% en pacientes con/sin asimetría). No hubo diferencias significativas en el IA entre pacientes con diferentes grados de regurgitación tras la implantación: grado I: $0,82 \pm 0,1$, grado II: $0,85 \pm 0,1$ y grado III: $0,81 \pm 0,1$ ($p = ns$). Tras 12 ± 9 meses de seguimiento, la tasa de eventos clínicos fue de 18%; similar en ambos grupos (16% en pacientes con $IA > 0,8$ vs 23% en pacientes con $IA \leq 0,8$; $p = ns$).

Conclusiones: La asimetría del anillo por TAC no predice el desarrollo de insuficiencia aórtica ni los eventos clínicos en el seguimiento tras implantación de válvula percutánea. La asimetría del anillo se distribuyó proporcionalmente entre pacientes con válvula pequeña o grande.

COMUNICACIONES ORALES II: INSUFICIENCIA CARDIACA. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

C029. INFLUENCIA PRONÓSTICA DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR PERMANENTE EN UNA MUESTRA ACTUAL NO SELECCIONADA DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

A. Gámez López¹, J. Bonilla Palomas¹, M. Anguita Sánchez², J. Castillo Domínguez², D. García Fuertes² y J. Suárez de Lezo Cruz Conde²

¹Servicio de Cardiología. Hospital San Juan de la Cruz. Úbeda. Jaén. ²UGC Cardiología Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción y objetivos: En pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) y disfunción sistólica, estudios clásicos han puesto de manifiesto una mayor mortalidad en pacientes con fibrilación auricular (FA). Sin embargo estos hallazgos no han sido corroborados en series actuales. El objetivo de este estudio es analizar la influencia pronóstica de la FA permanente en un grupo heterogéneo de pacientes con IC.

Métodos: Se comparó la mortalidad global y los reingresos por IC en 208 pacientes tras un ingreso por IC, según se encontrasen en ritmo sinusal (RS) o en FA permanente.

Resultados: La edad media de la serie fue de 73 ± 10 años y la etiología más frecuente la isquémica (41,8%). 97 pacientes (46,6%) se encontraban en FA y 111 (53,4%) en RS. A la mediana de seguimiento (25 meses), la mortalidad global de la serie de 37,2%. No se observaron diferencias entre los grupos ni en la mortalidad por todas las causas (40,5% en el grupo en FA frente al 34,2% en RS, $p = 0,43$), ni en el porcentaje de pacientes que requirieron reingreso por IC (32% vs 27,9%, respectivamente $p = 0,57$). Tampoco se observaron diferencias en los subgrupos de pacientes con FEVI conservada o deprimida. En el análisis multivariante de Cox, la presencia de FA no fue factor pronóstico independiente ni para mortalidad ni para reingreso por IC.

Conclusiones: En nuestra serie, la presencia de FA en un grupo no seleccionado de pacientes con IC y tratado conforme a las guías de práctica clínica actuales, no condiciona un peor pronóstico de los mismos.

C031. EFECTO A LARGO PLAZO DE DIFERENTES PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN SOBRE LA MORBIMORTALIDAD DE PACIENTES INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA

A. Gámez López¹, J. Bonilla Palomas¹, M. Anguita Sánchez², J. Castillo Domínguez², D. García Fuertes² y J. Suárez de Lezo Cruz Conde²

¹Servicio de Cardiología. Hospital San Juan de la Cruz. Úbeda. Jaén. ²Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción y objetivos: Diversos estudios han demostrado el beneficio de diferentes programas de intervención sobre pacientes con insuficiencia cardiaca (IC), si bien se desconoce si los diferentes tipos de programas tienen una eficacia similar. Objetivo: comparar la efectividad a largo plazo de tres tipos de intervención: seguimiento intensivo en una unidad de IC, visita domiciliaria o seguimiento telefónico.

Métodos: Para ello se aleatorizaron 208 pacientes dados de alta consecutivamente desde nuestro centro después de un ingreso por IC: 52 fueron aleatorizados a cada grupo de intervención y otros 52 a seguimiento habitual (grupo control).

Resultados: La edad media fue de 73 ± 10 años, la FEVI media del 45% y la etiología más frecuente fue la isquémica (41,8%). Los cuatro grupos fueron homogéneos en sus características clínicas, demográficas y de tratamiento. A la mediana de seguimiento (25 meses), la mortalidad global de la serie fue del 41,8%. Cuando se compararon en conjunto los tres grupos de intervención frente al grupo control, la intervención no disminuyó la mortalidad por todas las causas (42,3 vs 40,4% a los 25 meses, $p = 0,89$), la de origen cardiovascular (28,9 vs 32,7%, $p = 0,46$), ni la incidencia de reingresos por IC (37,2 vs 28,8%, $p = 0,42$). A los 25 meses de seguimiento, no se hallaron diferencias entre los tres tipos de intervención en ningún evento.

Conclusiones: En nuestro estudio no hemos encontrado diferencias a largo plazo entre tres tipos diferentes de programas de intervención. Estos resultados parecen cuestionar la efectividad de los programas de intervención en pacientes con IC.

C034. MORTALIDAD POR INFARTO DE MIOCARDIO EN LA COMUNIDAD ANDALUZA. RELACIÓN CON LA DISTRIBUCIÓN DE SALAS DE HEMODINÁMICA

J. Caballero Güeto¹, M. Ulecia Martínez² y J. Candel Delgado²

¹Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ²Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada.

Introducción y objetivos: Los resultados de 3 registros franceses realizados entre los años 1995 y 2005 documentan una disminución relativa de la mortalidad en el infarto agudo de miocardio con elevación de ST (IAMEST) similar en pacientes tratados con angioplastia primaria (46%), trombolisis (45%) y sin reperfusión (45%). Por lo tanto, la disminución de la mortalidad por IAM documentada en los últimos años en Europa parece ser el resultado de una mejora en el manejo global del mismo más que de una intervención concreta y exclusiva. Determinar la evolución reciente de la mortalidad por IAM en nuestra comunidad autónoma, compararla con los datos globales de España, establecer si existe variabilidad intraregión y tratar de establecer si variables como la distribución de las salas de hemodinámica podrían ser las principales determinantes del descenso de la mortalidad documentadas.

Métodos: Datos de mortalidad obtenidos de la base de datos del Instituto Nacional de Estadística (www.ine.es) correspondientes a las distintas provincias de nuestra comunidad: tasa de morta-

lidad bruta por cien mil habitantes debida a IAM (código 055, ambos sexos, todas las edades), en el año 2008. Distribución de salas de hemodinámica (salas/millón habitantes) del SSPA (Plan Integral de Cardiopatías de Andalucía).

Resultados: 4 provincias presentaban inicialmente una tasa de mortalidad por encima de la media nacional (tasa 62): Huelva (82), Granada (80), Sevilla (78) y Córdoba (67). En estas provincias los descensos en la tasa de mortalidad documentado en el periodo de estudio fueron 33, 17, 26 y 17 respectivamente, igual o por encima de la media de descenso en resto del país (17). 4 provincias presentaban inicialmente una tasa de mortalidad inferior a la media nacional: Cádiz (62), Jaén (60), Málaga (55) y Almería (49); en estas provincias los descensos fueron más discretos: 11, 9, 15 y 7. En los subgrupos de hombres (tasa basal 80,4) y mayores de 70 años (tasa basal 508), los descensos documentados fueron 23,4 y 152. En mujeres (tasa inicial 56) y mayores de 70 años (tasa basal 21,4), los descensos fueron 14,7 y 8,4. Se produjo un descenso medio de 14 en la tasa de mortalidad en provincias con > 3 salas/mill.hab., frente a 22,7 en las provincias con 2-3 salas/mill.hab. En el caso de < 2 salas/mil.hab. el descenso fue de 8, si bien corresponde a 2 provincias con mortalidad inicial muy baja (incluso bastante menor que la media nacional).

Conclusiones: La considerable disminución en la mortalidad por IAM documentada en las últimas décadas probablemente sea atribuible en gran parte a las mejoras introducidas en el manejo global del paciente. La disminución es mayor en las provincias y en aquellos colectivos de mayor tasa de mortalidad inicial (hombres y mayores de 70 años). En nuestra comunidad, el número de salas de hemodinámica/mill.habitantes no parece ser el mayor determinante de la disminución de la mortalidad documentada. Posiblemente un mejor uso de las salas (optimización de su uso, sistema efectivo de angioplastia primaria efectivo las 24h) sea más importante que el número de las mismas.

C035. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE MORTALIDAD POR INSUFICIENCIA CARDIACA EN LA COMUNIDAD ANDALUZA EN LA ÚLTIMA DÉCADA

J. Caballero Güeto¹, M. Ulecia Martínez² y M. Candel Delgado²

¹Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ²Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada.

Introducción y objetivos: La insuficiencia cardiaca (IC) es una de las principales causas de morbimortalidad en nuestro país. Aunque en los últimos años presenta una lenta mejoría, Andalucía es la comunidad autónoma con mayor tasa de mortalidad por IC de toda España. Se precisa un mayor conocimiento de su evolución y distribución geográfica para determinar qué áreas precisan mejorar el manejo y destino de recursos para un mejor control de esta prevalente y costosa enfermedad. Determinar la evolución histórica en la última década de la mortalidad por IC en las distintas provincias de nuestra comunidad, establecer si existen diferencias geográficas y compararla con los datos a nivel nacional. Tratar de establecer las causas que podrían explicar las diferencias observadas.

Métodos: Datos de mortalidad obtenidos de la base de datos del Instituto Nacional de Estadística (www.ine.es) correspondientes a las distintas provincias de nuestra comunidad: debidas a IC (código 057, ambos sexos, todas las edades), en los años 2000, 2005 y 2008 y expresadas en tasa de mortalidad bruta por cien mil habitantes.

Resultados: La disminución de la mortalidad por IC en nuestro país en la última década es pequeña, con un descenso ab-

soluta de la tasa de 3 puntos. En Andalucía, el descenso en términos absolutos es de igual cuantía que en el resto de España. La mortalidad por IC en Andalucía continúa siendo ligeramente mayor que la media nacional: tasa 48 frente a 44. El descenso conseguido en nuestra comunidad es mayor en mujeres (5 frente 1 en hombres) y en mayores de 70 años (76 frente a 0,2 en menores de 70). El descenso producido no es homogéneo en todas las provincias de nuestra comunidad, con algunas excepciones, es mayor en áreas de mortalidad inicial más elevada (Córdoba, Granada y Málaga). En las mas occidentales, tras un descenso inicial, la tasa de mortalidad ha aumentado (Huelva 7 y Sevilla 9). No se ha modificado en Jaén. Presentan un descenso por encima de la media Granada (17), Málaga (9), Almería (7) y Córdoba (6). Según los últimos datos disponibles 4 provincias continúan presentando mortalidad por encima de la media nacional y andaluza: Jaén (64), Huelva (62), Córdoba (56) y Sevilla (53). 4 provincias presentan mortalidad por debajo de la media: Almería (33), Cádiz (37), Málaga (44) y Granada (45).

Conclusiones: A pesar de un pequeño descenso de mortalidad en la última década igual al resto de nuestro país, Andalucía continúa con una tasa de mortalidad por IC superior a la media nacional. Tanto el descenso como la tasa actual de mortalidad por IC es heterogénea en las diferentes provincias de nuestra comunidad. El conocimiento de estos datos puede orientar hacia dónde dirigir los recursos y acciones necesarias para un mejor control de esta prevalente y costosa enfermedad.

C093. GRADO DE CUBRIMIENTO ENDOTELIAL TARDÍO EN DIFERENTES STENTS LIBERADORES DE FÁRMACO. ESTUDIO COMPARATIVO DE TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA

F. Toledano Delgado, M. Pan Álvarez Ossorio, F. Mazuelos Bellido, J. Suárez de Lezo Herreros de Tejada, M. Romero Moreno, J. Segura Saint-Gerons, S. Ojeda Pineda, D. Pavlovic, M. Crespín y J. Suárez de Lezo Cruz-Conde

Servicio de Cardiología. Hospital Reina Sofía. Córdoba.

Introducción: La trombosis tardía de stents liberadores de fármaco (DES) es motivo de preocupación. La falta de endotelización o mala aposición de los struts podría estar involucrada en esta complicación. Nuestro objetivo es comparar el grado de endotelización y de aposición tardía de los struts de tres tipos de DES (sirolimus, paclitaxel y everolimus) evaluados mediante coherencia óptica (OCT).

Métodos: Estudiamos mediante OCT a 40 pacientes con enfermedad coronaria, de 64 ± 10 años de edad, que presentaron éxito tardío tras el implante de stents de sirolimus, paclitaxel o everolimus y que fueron reevaluados mediante coronariografía, al menos un año después del procedimiento inicial (39 ± 21 meses), por presentar reestenosis de otro segmento tratado previamente, progresión de enfermedad o dolor torácico sin lesiones coronarias.

Resultados: El grosor de recubrimiento difirió entre los tres stents estudiados: sirolimus $72 \pm 27 \mu\text{m}$, paclitaxel $84 \pm 26 \mu\text{m}$ y everolimus $109 \pm 40 \mu\text{m}$ ($p < 0,001$). Los stents de everolimus mostraron un menor porcentaje de struts descubiertos ($p < 0,001$) o mal aposicionados ($p < 0,001$) al compararlos con los otros dos tipos de stent. Los stents de paclitaxel mostraron un mayor porcentaje de struts mal aposicionados que los de sirolimus ($p < 0,001$) o everolimus ($p < 0,001$).

Conclusiones: Existen diferentes patrones de recubrimiento endotelial entre los DES evaluados. El stent de everolimus presenta el menor porcentaje de struts descubiertos o mal aposicionados tras al menos un año de seguimiento.

C196. PERFIL CLÍNICO DE LAS COMPLICACIONES VASCULARES CON EL USO DEL DISPOSITIVO DE CIERRE PERCUTÁNEO VASCULAR FEMORAL ANGIOSEAL

A. García Bellón, A. González González, J. Álvarez Rubiera, J. Bullones Ramírez, C. Urbano Carrilo, M. Luz Divina, F. Álvarez Cienfuegos, J. Castillo Castro y M. de Mora Marín

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

Introducción y objetivos: Determinar la prevalencia de complicaciones vasculares con el uso del dispositivo de cierre vascular Angiosafe tras cateterismo cardiaco vía arteria femoral. Estudiamos los predictores de las complicaciones, el perfil clínico de los pacientes que lo presentan y sus formas de manifestación.

Métodos: Entre 2006 y 2010 estudiamos 1.613 enfermos en los que tras un cateterismo vía arteria femoral se usó el sistema de cierre percutáneo AngioSeal. Determinamos la prevalencia total de cualquier complicación vascular en dicha población, el perfil epidemiológico y clínico, los predictores de sangrado, el tipo de complicación y el modo de presentación de la misma.

Resultados: 1.613 enfermos tratados con AngioSeal en arteria femoral. Edad media 69,47 años. 57% mujeres. 52% con diabetes mellitus y 15% con insuficiencia renal crónica. El 64% en procedimientos de revascularización coronaria con stents (1032 pacientes (p)), 10% en intervencionismos valvulares (161 p) y el resto en cateterismos convencionales (420 p). 74 (p) de la serie presentaron una complicación relacionada con AngioSeal (4,58%). De estas 74 complicaciones, las más frecuentes fueron hematomas en 60 p (81%). Del total de hematomas la mayoría eran pequeños: 73% hematomas $< 5 \text{ cm}$ (4 p). Un 57% del total de hematomas aparecieron o empeoraron tardíamente (> 24 horas), y de estos el 43% como un síndrome de sangrado agudo (26 p) coincidiendo con la primomovilización, manifestado como dolor inguinal agudo, aparición de tumefacción y cuadro hipotensivo vago o hipovolémico. Del total de complicaciones, 22 p (29,7%) precisaron transfusión por síntomas y $\text{Hb} < 9,18 \text{ g}$ desarrollaron pseudoaneurismas, 12 resueltos con compresión, 6 con embolización y 2 con cirugía. 3p (4%) desarrollaron isquemia arterial resuelta con endarterectomía. Los predictores independientes de sangrado-hematoma fueron el intervencionismo coronario (63%), doble antiagregación (76%), fibrinólisis previa (28%), anticoagulación oral previa (26%) y anemia previa (6%).

Conclusiones: Las complicaciones vasculares derivadas del uso de AngioSeal son infrecuentes, y muchas de ellas, tardías, describiéndose un cuadro clínico de sangrado agudo tardío posiblemente por inadecuada aposición entre el colágeno y el ancla vascular. El intervencionismo coronario y la doble antiagregación son los predictores independientes de sangrados relacionados con el uso de este dispositivo.

C198. CATETERISMO CARDIACO EMERGENTE E HIPOTERMIA MODERADA EN PACIENTES CON PARADA CARDIORRESPIRATORIA POR FIBRILACIÓN VENTRICULAR

J. Roa Garrido¹, H. González Piñero², F. Díaz Fernández¹, M. Castillo Quintero², A. Gómez Menchero¹, A. Martínez Pérez¹, M. Márquez Fernández² y A. Tobaruela González¹

¹Servicio de Cardiología. ²Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Introducción y objetivos: La hipotermia moderada (HM) en enfermos resucitados tras parada cardiorrespiratoria (PCR) por fibrilación ventricular (FV) ha demostrado disminuir los daños

neurrológicos. La cardiopatía isquémica juega un papel importante etiológico, pero ¿es necesario realizar cateterismo emergente en todos los casos subsidiarios de HM? Nos planteamos analizar enfermos con HM tras PCR por FV: 1) Conocer el perfil 2) Incidencia de la cardiopatía isquémica, 3) La efectividad de HM.

Métodos: Analizamos una serie de 10 PCR resucitadas (enero de 2009- diciembre 2010), con HM y seguimiento durante 6 meses de los enfermos aplicando la escala de función cerebral (EFC).

Resultados: La edad media es 53 años (60% hombres), solo un enfermo tenía enfermedad coronaria previa. Se realizó coronariografía emergente en el 90% (n = 9), con lesión en descendente anterior 45% (n = 4), 33% (n = 3) con coronarias normales. Todos los que presentaban lesiones coronarias fueron revascularizados (stent convencional 67%, recubierto 23%). La mediana del tiempo de resucitación fue 24 minutos. El 70% fue dado de alta, de ellos el 71% (n = 5) sin secuelas neurológicas al alta y 6 meses (EFC I); 2 pacientes presentaron encefalopatía anóxica, 1 de ellos severa (EFC IV) y otro en EFC II. En todos los supervivientes se hizo coronariografía emergente, se revascularizaron 57% (n = 4) y 43% (n = 3) tenía coronarias normales (en estos se implantó DAI).

Conclusiones: La realización de HM y cateterismo emergente es efectiva en el manejo de estos pacientes. Se realiza angioplastia coronaria en más de la mitad de los supervivientes y el 70% son alta hospitalaria sin secuelas.

C205. VALOR PRONÓSTICO DEL NT-PROBNP COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD A LARGO PLAZO TRAS UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO

C. Fernández Vivancos-Marquina, R. Calvo Jambrina, R. Hidalgo Urbano, C. Sánchez Tembleque, A. Castro Fernández, A. Recio Mayoral, V. Pedrosa del Moral, S. Rodríguez de Leiras y J. Cruz Fernández

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción y objetivos: Varios estudios han valorado el valor pronóstico del biomarcador NT-proBNP. Nuestra serie trata de sumarse a esa evidencia evaluando dicho valor a largo plazo tras un síndrome coronario agudo (SCA).

Métodos: Estudiamos 212 pacientes ingresados en nuestra unidad coronaria entre 2007 y 2008 con un SCA. La insuficiencia cardíaca previa fue un criterio de exclusión. Se evaluaron factores de riesgo cardiovascular, edad o enfermedad coronaria previa. Durante el ingreso estudiamos el NT-proBNP, y durante el seguimiento recogimos la mortalidad a corto y largo plazo por causa cardíaca.

Resultados: No hubo diferencias significativas en HTA ni hiperlipidemia, mientras que sí se encontraron en cuanto a cardiopatía isquémica previa y DM. La mortalidad a corto plazo (primer año) fue significativamente mayor en pacientes con las cifras más elevadas del biomarcador (0 en el primer cuartil, 1,3% en el segundo, 2,6% en el tercero y 21,0% en el cuarto, $p < 0,01$). Estas diferencias se mantuvieron a los tres años (0 en el primer cuartil, 0 en el segundo, 1,3% en el tercero y 8,3% en el cuarto $p < 0,01$) pese a que la mortalidad encontrada fue marcadamente menor que en el seguimiento precoz.

Conclusiones: El NT-proBNP permite predecir mortalidad a largo plazo de origen cardíaco tras un SCA, con una adecuada potencia predictora pese a que la mortalidad disminuye con el tiempo de seguimiento. Esta es una evidencia más acerca del importante valor pronóstico de esta molécula para ayudarnos a seleccionar un subgrupo de pacientes de mayor riesgo que debe tener un seguimiento más estrecho.

C276. SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON REVASCULARIZACIÓN CORONARIA PERCUTÁNEA Y ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TERMINAL

F. Gómez Pulido¹, M. Gonzales Vargas Machuca², E. Cantero Pérez¹, F. Guerrero Márquez¹, J. Arjona Barrionuevo¹, G. Barón Esquivias¹, L. Díaz de la Llera¹ y A. Martínez Martínez¹

¹Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ²Servicio de Cardiología. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos. Sevilla.

Introducción y objetivos: La prevalencia de cardiopatía isquémica (CI) es mayor en los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) respecto a la población general, presenta elevada comorbilidad y mayor complejidad técnica del intervencionismo coronario. Evaluamos la evolución de esta población tras la revascularización coronaria percutánea.

Métodos: 424P de alto riesgo cardiovascular con IRCT fueron estudiados en la consulta cardiorrenal para despistaje de CI durante noviembre 2005 a enero 2011, siendo 63p (14,8%) candidatos a intervencionismo coronario.

Resultados: 51 varones (81%), fumadores 25,2%, HTA 96%, DM 41,3%, dislipemia 77,8%, 10 pacientes (p) AVC previo, 13 (20,6%) arteriopatía periférica. Un 60,3% sin antecedentes de CI, 3 (p) con IAM previo, 19 (p) (30,2%) revascularizados previamente. Intervencionismo: 29 (46%) monovaso, 5 (p) (7,9%) revascularización total de 2 vasos, 3 (p) (4,8%) revascularización multivaso total, 26 (p) (41,2%) revascularización parcial. Seguimiento: 21 trasplantados, 6 exitus (3 muertes de causa cardiovascular, una muerte súbita, una por EAo severa y una tercera por ICC). 5 (p) precisaron coronariografía por SCASEST (2 nueva revascularización). Angor inestable en 3 pacientes. 2 pacientes AVC isquémico. No encontramos diferencias significativas entre diabéticos y no diabéticos en la mortalidad por cualquier causa o cardiovascular, necesidad de nueva revascularización, o eventos coronarios. De los 6 fallecidos 4 eran diabéticos. 69,2% de los stent liberadores en diabéticos frente al 47,2% en no diabéticos. Tiempo medio de seguimiento.

Conclusiones: A pesar de la elevada comorbilidad la revascularización percutánea en nuestro medio es una técnica segura y con buenos resultados en el seguimiento.

C277. DAÑO MIOCÁRDICO MÍNIMO EN PACIENTES DIABÉTICOS CON HIPO-RESPUESTA DUAL A AAS Y CLOPIDOGREL (POINT OF CARE) POSTIMPLANTE DE STENT FARMACOACTIVO XIENCE V. CANDY ESTUDIO (CLOPIDOGREL AND ASPIRIN NO RESPONSIVENESS IN DIABETES TYPE 2)

M. Navarro Puerto¹, J. Cubero Gómez², M. de Mier Guerrero³, P. Pérez Santigosa¹, F. Sánchez Burguillos¹, F. Molano Casimiro¹ y L. Pastor Torres¹

¹Hospital Universitario Virgen del Valme. Sevilla. ²Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ³Servicio de Bioquímica. Hospital Universitario Virgen del Valme. Sevilla.

Introducción y objetivos: Los pacientes (ptes) diabéticos (DM) presentan mayor proporción de hipo-respondedores (HR) al ácido acetilsalicílico (AAS) y clopidogrel (Clo). La resistencia dual a AAS y Clo se relaciona con el incremento de mionecrosis post-intervencionismo coronario percutáneo (IPC), pero no existen datos sobre si los métodos de point of care son útiles para detectar a los ptes con mayor riesgo de sufrir un daño miocárdico mínimo (DMM).

Métodos: Ptes. DM, con SCASEST tratados con ICP y stent Xience V. Tras el ICP se mide el estado de antiagregación, de AAS: VerifyNow® assay Aspirin (VNA) y PFA-100® (PFA). Para el clopidogrel: VerifyNow® Assay P2Y12 (VNClo). Se analizaron dos grupos: Grupo A: VNA y VNClo (Grupo A1: sensible (S) a AAS o Clo. Grupo A2: HR AAS y Clo). Grupo B: PFA y VNClo (Grupo B1: S a AAS o Clo. Grupo B2: HR a AAS y Clo). Se definió DMM: troponina T ($\geq 3x$ LSN) y CK-MB < 3 LSN.

Resultados: Fueron analizados 124 ptes. Se asoció a un incremento de DMM en el análisis univariado: el VNClo (2,5% PRU < 235 vs 15,5% PRU > 235 ; $p = 0,03$) y el Grupo B (6,7% B1 vs 22,9% B2; $p = 0,01$), siendo el predictor independiente de DMM, el grupo B2 (OR: 4,0; IC95% 1,3-12,8; $p = 0,01$).

Conclusiones: La HR dual a AAS y Clo medida mediante PFA y VNClo se asocia a un incremento del DMM en ptes DM con SCASEST sometidos a PCI e implante de Stent Xience V, seleccionando a un subgrupo de riesgo potencial elevado.