



Cardiocre

www.elsevier.es/cardiocre



SAC 2011 – XLVI Congreso Andaluz de Cardiología

Sevilla, 12-14 de mayo de 2011

COMUNICACIONES PÓSTER

C003. TAC CORONARIO PARA LA VALORACIÓN NO INVASIVA DE INJERTOS AORTOCORONARIOS Y CORONARIAS NATIVAS EN COMPARACIÓN CON LA CORONARIOGRAFÍA INVASIVA

J. Acosta Martínez¹, N. Romero Rodríguez¹, S. Navarro Herrero², M. Serrano Gotarredonda², M. Villa Gil Ortega³, A. Martínez Martínez³, P. Cristobo Sainz³ y M. Fernández Quero³

¹Servicio de Medicina General. ²Servicio de Radiología.

³Servicio de Cardiología. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivos: El TAC coronario ha demostrado su utilidad en el estudio coronario de pacientes, sobre todo con perfil de riesgo bajo e intermedio. Sin embargo pocos son los estudios publicados sobre su utilidad en el diagnóstico de pacientes sometidos a bypass aorto-coronario. Este estudio se plantea determinar su exactitud diagnóstica en este terreno

Métodos: Desde octubre del 2008 hasta enero del 2011 se han realizado en nuestro centro un total de 298 TAC coronarios, de los cuales 8 correspondían a bypass coronario. Finalmente fueron sometidos a coronariografía invasiva 6 de ellos, sobre los que se basa este estudio. Se analizó su exactitud diagnóstica tanto en la valoración de injertos como en la valoración de segmentos distales a las anastomosis.

Resultados: Fueron incluidos 6 hombres con un total de 17 injertos aorto-coronarios (8 arteriales y 9 venosos). Se visualizaron 14 por coronariografía y 15 por TAC, con sensibilidad del 100% y especificidad del 90,9%, con valores predictivos positivo y negativo del 75% y 100% respectivamente. Se analizaron además los 14 vasos distales a las anastomosis detectadas (6 descendentes anteriores, 5 derechas y 3 circunfleja/obtusa marginales, con una sensibilidad del 100%, especificidad del 91,6%, valor predictivo negativo del 66,7% y valor predictivo positivo del 100%.

Conclusiones: El TAC coronario presenta una alta sensibilidad en la valoración de los injertos coronarios y arterias nativas.

C009. INFLUENCIA PRONÓSTICA DE LA ENCUESTA PG-SGA EN UNA COHORTE HETEROGÉNEA 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: El estado nutricional juega un papel pronóstico relevante en el paciente con insuficiencia cardiaca (IC). La valoración subjetiva global generada por el paciente (PG-SGA), es una herramienta útil y sencilla para realizar una evaluación del estado nutricional. En ella se clasifican a los pacientes en uno de los siguientes cuatro grupos según la puntuación obtenida: 1º (0-1 puntos), no se precisa intervención nutricional; 2º (2-3 puntos), solo se precisa de consejo dietético; 3º (4-8 puntos), se recomienda una intervención guiada por un nutricionista; 4º (> 9 puntos), es imperiosa una intervención nutricional intensa. Objetivo: valorar la utilidad de la PG-SGA como instrumento de estratificación pronóstica del paciente ingresado por IC.

Métodos: Para ello, se analizaron prospectivamente 208 pacientes dados de alta consecutivamente entre enero de 2007 y marzo de 2008 después de un ingreso por IC.

Resultados: La mediana de seguimiento fue de 25 meses (rango intercuartílico 12-35). La mortalidad global fue del 42%. A la mediana de seguimiento, la mortalidad del grupo 1º fue del 13%, la del 2º del 30% y la del grupo 3º del 35% y la del 4º de un 55% (Long-rank, $p < 0,001$). Tras realizar un análisis multivariante de Cox la clasificación por grupos mediante la encuesta PG-SGA fue un predictor independiente de mortalidad (HR 1,32; IC95%, 1,1-1,83, $p = 0,04$).

Conclusiones: La encuesta PG-SGA es un predictor independiente de mortalidad en pacientes ingresados por IC.

C010. VALORACIÓN DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO EN PACIENTES ADULTOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR ASOCIADA A CORTOCIRCUITOS CONGÉNITOS

M. Cabeza Letrán, M. Rodríguez Puras, R. Solanilla Rodríguez, J. Durán Guerrero, A. Bonilla López y A. Martínez Martínez

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

Introducción y objetivos: La evaluación del ventrículo derecho (VD) es esencial en los pacientes con hipertensión arterial pul-

monar asociada a cortocircuitos congénitos. Poca atención se le ha prestado a las dimensiones y función del ventrículo izquierdo (VI). Objetivo: analizar el comportamiento del VI en esta población.

Métodos: Durante un año se recogieron los datos de 19 pacientes describiendo características clínicas, situación funcional y parámetros ecocardiográficos.

Resultados: Edad media 35 ± 16 años. CC simple 11 (CIV 8. CIA 3). CC compleja 8 (Canal AV 5. Ventrículo único 1. VD de doble salida con CIV amplia 1. d-TGV con CIV 1). T6M 386 ± 135 metros. Saturación O₂ 89 ± 6,5%. Parámetros ecocardiográficos: PAP media 58 ± 17 mmHg. Índice de excentricidad 1,5 ± 0,3. Grosor pared libre VD 10 ± 3,8 mm. Función global VD: índice Tei Doppler convencional 0,58 ± 0,26; índice Tei tisular 0,67 ± 0,24; onda S 8,81 ± 1,63 cm/s.

	Examen VI
Grosor SIV (mm)	12 ± 2,57
DTdVI (mm)	42 ± 9,6
FE Simpson (%)	65 ± 8,34
Onda S (cm/s)	8,65 ± 1,91
Strain basal lateral (%)	16,06 ± 6,55
Strain rate basal lateral (s ⁻¹)	1,08 ± 0,474
Volumen AI (ml/m ²)	27 ± 23,17
E/ E'	7,99 ± 6,42

Conclusiones: El tamaño y función del VI permanecen conservados a pesar de la sobrecarga de presión que condiciona que estos pacientes presenten un VD hipertrófico con una función global disminuida.

C011. VALORACIÓN CLÍNICA Y ECOCARDIOGRÁFICA DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR ASOCIADA A CORTOCIRCUITOS CONGÉNITOS

M. Cabeza Letrán, M. Rodríguez Puras, J. Durán Guerrero, A. Bonilla López, R. Solanilla Rodríguez y A. Martínez Martínez

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

Introducción y objetivos: La hipertensión arterial pulmonar asociada a cortocircuitos congénitos constituye un grupo complejo de trastornos en lo relativo a la anatomía cardiaca, hemodinámica e historia natural. Objetivo: comparar características clínicas y ecocardiográficas de los pacientes con una comunicación interventricular (CIV) frente a los que no la tienen.

Métodos: Se evaluaron 18 pacientes describiendo características clínicas, situación funcional y parámetros ecocardiográficos.

Resultados: CIV 12 (CIV 6. Canal AV 5. VD doble salida 1). No CIV 6 (3 CIA. 3 HAP persistente tras cirugía correctora: cierre CIV 2. d-TGV Senning + cierre CIV 1).

	CIV	No CIV	p
	CIV	No CIV	p
CC compleja	50%	16,6%	ns
T6M (metros)	328 ± 108,5	512 ± 100	0,03
Sat O ₂ (%)	85,3 ± 7,84	94,6 ± 3,72	0,01
PAPm (mmHg)	76 ± 13	54 ± 11	0,007
Pared VD (mm)	11,4 ± 4	7,4 ± 1,5	0,03
DTdVD (mm)	34 ± 8	46 ± 6	0,007
Índice Tei VD	0,48 ± 0,16	0,81 ± 0,30	0,007
Grosor SIV (mm)	13 ± 3	9 ± 1,5	0,01
DTdVI (mm)	43 ± 8	38 ± 12	ns
FE VI (%)	65 ± 6	64,8 ± 12	ns

Conclusiones: Los pacientes con CIV tienen presiones pulmonares más altas, peor capacidad funcional y más CC complejas que los pacientes sin CIV. A pesar de ello, el VD presenta un menor tamaño y mejor función global que el VD de los pacientes sin CIV.

C014. TRATAMIENTO DE REESTENOSIS FOCALES DE STENTS FARMACOACTIVOS CON BALÓN DE INCISIÓN ANGIOSCULPT. RESULTADOS A LARGO PLAZO

V. Aragón Extremera, J. Herrador Fuentes, J. Fernández Guerrero, M. Guzmán Herrera, F. García García y P. Castellano García

Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén.

Introducción y objetivos: La reestenosis (RIS) de stents farmacoactivos (SF) es poco frecuente y en la mayoría de los casos de tipo focal. Actualmente no hay un tratamiento estándar de estas lesiones. Presentamos los resultados de nuestra serie de RIS de SF tratados con balón de incisión AngioSculpt, con seguimiento clínico a medio y largo plazo.

Métodos: Desde marzo de 2008, se han tratado 12 pacientes que presentaban RIS focal de un SF. Se indicaba revisión angiográfica si presentaban recurrencia clínica y se realizó seguimiento telefónico a todos en febrero de 2011.

Resultados: El 33% de los pacientes habían sufrido IAM previo, y en el 58% la situación clínica era angor estable. El 50% de las RIS tratadas afectaban a una bifurcación. Se realizó IVUS en el 83% de los casos. En 5 pacientes (41%), la RIS fue por constricción focal del stent. Se consiguió éxito angiográfico en 100% de los casos. El seguimiento medio fue 21 ± 11 meses. 11 pacientes (91%) no tuvieron ningún evento clínico. 1 paciente que tenía disfunción ventricular izquierda severa falleció a los 15 meses de forma súbita, sin clínica previa de angor. Se realizó reevaluación angiográfica a 3 pacientes por síntomas, sin presentar ninguno reestenosis de la lesión tratada.

Conclusiones: El tratamiento de RIS focales de SF con balón AngioSculpt tiene a largo plazo buenos resultados clínicos en nuestra serie, sin necesidad de nueva revascularización de la lesión en ningún paciente.

C016. PAI INSUFICIENCIA CARDIACA. UTILIDAD DEL NT-PROBNP

P. Cristobo Sáinz, M. Sobrino Márquez, E. Lage Gallé y A. Martínez Martínez

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivos: El NT-proBNP es una hormona natriurética producida principalmente en los ventrículos del corazón. Su liberación se incrementa en la insuficiencia cardiaca, en respuesta a las altas presiones ventriculares. Las concentraciones plasmáticas aumentan en pacientes sintomáticos y asintomáticos. Tiene un valor diagnóstico y pronóstico en auge.

Métodos: Se determina el NT-proBNP antes de su derivación y en el momento de la valoración en consulta a los 100 primeros pacientes incluidos en el Proceso Asistencial Integrado (PAI) de insuficiencia cardíaca de nuestro centro.

Resultados: Encontramos correlación estadísticamente significativa (rho de Spearman 0,864) entre ambas determinaciones. Hay buena concordancia entre ambos valores en sujetos sanos y enfermos, siendo menor la concordancia con valores de BNP muy elevados. Observamos valores especialmente altos en aquellos pacientes con disfunción ventricular izquierda. Los valores más bajos se han obtenido en ausencia de patología.

Conclusiones: En nuestra experiencia y con población real obtenemos resultados similares a los publicados en la literatura.

C017. PAI-INSUFICIENCIA CARDIACA. EXPERIENCIA DE LA CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN

P. Cristobo Sáinz, M. Sobrino Márquez, A. Ortiz Carrellán, E. Lage Gallé y A. Martínez Martínez

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivos: La prevalencia de IC sintomática es del 0,5-2% en la población general europea. Es la primera causa de ingreso hospitalario en personas mayores de 65 años. Presenta un mal pronóstico: 50% mortalidad a los 4 años del diagnóstico. En la IC grave 50% mortalidad al año. Alto coste sanitario.

Métodos: La consulta de Alta Resolución se trata de una Consulta de Alta Resolución definida en el Proceso Asistencial Integrado (PAI) de insuficiencia cardiaca abierta de modo progresivo y experimental a los Centros de Salud de nuestra Área Sanitaria. Valoramos a pacientes con sospecha clínica de Insuficiencia Cardiaca en Atención Primaria y sin diagnóstico positivo previo.

Resultados: El 71% de los pacientes derivados eran varones. El 93% son adecuadamente derivados desde Atención Primaria. El 18% de los pacientes presentaron criterios de gravedad (enfermedad coronaria, valvulopatía severa, miocardiopatía hipertrófica, disfunción ventricular izquierda severa). El 73% no precisaron seguimiento cardiológico.

Conclusiones: 1. El diseño del modelo de asistencia ha permitido el diagnóstico y tratamiento, en brevisimo espacio de tiempo, de patologías cardiológicas graves con recursos mejor gestionados y gran beneficio para este subgrupo de enfermos con patologías no diagnosticadas previamente. 2. Un gran volumen de pacientes no precisan seguimientos especializados con la consiguiente descongestión en la demanda de dicha asistencia. 3. La integración interniveles, demuestra en esta experiencia inicial, una clarísima mejoría en el uso de los recursos del sistema sanitario.

C020. SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST CON MANEJO INVASIVO EN EL MUNDO REAL. INFLUENCIA DE LA DIABETES

G. Isasti Aizpurua, M. Jiménez Navarro, M. Ramírez Marrero, F. Carrasco Chinchilla, F. Cabrera Bueno M. Molina Mora, J. García Pinilla, A. Muñoz García, J. Alonso Briales y E. de Teresa Galván

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción y objetivos: La diabetes mellitus tiene un gran impacto cardiovascular. El objetivo de nuestro estudio es analizar la influencia de la revascularización coronaria en los diabéticos ingresados por SCASEST.

Métodos: Se incluyeron 715 pacientes entre enero de 2004 y diciembre de 2005, de los cuales 288 (40,3%) eran diabéticos, ingresados por SCASEST. Se analizaron la mortalidad intrahospitalaria y en el seguimiento (mediana de 24 meses, con rango intercuartílico 25-75% de 14-29 meses), así como el reingreso por SCA, ICC o arritmias.

Resultados: Los diabéticos presentaron una alta comorbilidad definida por mayor edad, hipertensión, enfermedad vascular periférica y antecedentes de enfermedad coronaria. El empleo de coronariografía y revascularización coronaria fue elevado tanto en diabéticos como no diabéticos. Los diabéticos mostraron más enfermedad multivaso, mayor uso de anti-GP IIb/IIIa durante el cateterismo y mayor tasa de implante de stents farmacoactivos. Los diabéticos no

presentaron diferencias significativas en mortalidad cardiovascular intrahospitalaria (21 (7,3%) vs 19 (4,4%); $p = 0,074$) ni tras el seguimiento (19 (7,3%) vs 17 (4,3%); $p = 0,074$), aunque sí más reingreso por ICC. Tras el ajuste por edad, factores de riesgo y tratamientos empleados, la DM no es predictor independiente de mortalidad en fase intrahospitalaria (HR 1,34 IC95% 0,43-4,16) pero sí durante seguimiento (HR 2,52 IC95% 1,31-4,84). La revascularización fue factor protector en ambos momentos (HR 0,40 IC95% 0,20-0,80).

Conclusiones: En nuestra serie, los pacientes diabéticos revascularizados se aproximan en pronóstico a largo plazo a los no diabéticos probablemente por una alta revascularización.

C021. INFLUENCIA DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA EN LOS PÉPTIDOS NATRIURÉTICOS EN PACIENTES DE MODERADO-ALTO RIESGO TRAS UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO

A. Montiel Trujillo, G. Isasti Aizpurua, F. Carrasco Chinchilla, M. Jiménez Navarro, A. Gómez González, J. Bravo Navas, C. Jimeno y E. de Teresa Galván

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción y objetivos: Los programas de rehabilitación cardiaca disminuyen la morbimortalidad en pacientes con cardiopatías crónicas, fundamentalmente en aquellos que mejoran su grado funcional. El comportamiento de los péptidos natriuréticos aparejado a estos programas no está bien establecido. Nuestro objetivo es evaluar el comportamiento de estos péptidos en pacientes sometidos a un programa de rehabilitación cardiaca.

Métodos: Se incluyeron pacientes de riesgo intermedio-alto que realizaron un programa de rehabilitación cardiaca, registrándose sus características demográficas y clínicas. Se realizaron cuatro determinaciones de NT-proBNP, el primer y último día del programa de rehabilitación, antes y después del entrenamiento. Se realiza una ergometría antes y después del programa para evaluar la capacidad funcional.

Resultados: Se incluyen 83 pacientes. La sesión de ejercicio produce un incremento de los niveles basales de NT-proBNP, aunque en la última sesión el incremento es menor (35,91 vs 31,49 ng/ml ($p = 0,71$)). Los pacientes con disfunción ventricular presentan niveles basales de NT-proBNP más altos. Tras el programa de rehabilitación cardiaca se objetiva una mejoría significativa de la capacidad funcional cuantificada en 1,5 METS de media ($p = 0,001$), si bien el subgrupo con niveles de NT-proBNP más bajos no mejora su capacidad funcional.

Conclusiones: Los niveles basales de los péptidos no se modificaron significativamente tras el programa aunque se elevan con la sesión de ejercicios. Los pacientes con niveles basales más elevados obtuvieron mayor recuperación funcional. La determinación de NT-proBNP podría ser útil en la selección de pacientes candidatos a realizar un programa de rehabilitación cardiaca.

C023. USO RACIONAL DE STENTS LIBERADORES DE DROGA Y STENTS METÁLICOS EN LA ENFERMEDAD CORONARIA DE MÚLTIPLES VASOS

L. Fernández López¹, A. Ramírez Moreno², T. Gil Jiménez¹, C. Medina Palomo¹, F. Martínez García², J. Siles Rubio², J. Muñoz Bellido², M. Pombo Jiménez², L. Íñigo García¹ y P. Chinchurreta Capote¹

¹Servicio de Cardiología. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga.

²Servicio de Cardiología. Hospital de Estepona. Málaga.

Introducción y objetivos: La revascularización percutánea híbrida (RPH) definida como colocación de stents con al menos un

stent liberador de droga (DES) y al menos un stent metálico (BMS) en el mismo paciente, podría resultar una alternativa costo-efectiva a la utilización exclusiva de DES. Evaluar los resultados del implante de stents en pacientes con enfermedad coronaria de múltiples vasos (ECMV) utilizando una estrategia racional combinando uso exclusivo de DES y RPH.

Métodos: En el período: 05/2007-12/2010 se incluyeron 126 pacientes tratados con implante de stents en más de una arteria coronaria. El uso de DES se reservó para aquellas situaciones clínicas o angiográficas con mayor riesgo de reestenosis.

Resultados: El 28,5% de los pacientes presentaron enfermedad de 3 vasos y el 14% disfunción ventricular izquierda. Se implantaron un promedio de 2,4 stents/paciente, consiguiendo revascularización completa en 83,3% de los casos. En el 43,6% se utilizó la estrategia RPH. El éxito de la intervención fue de 98,4% (IC95%: 94%-99%), hubo un infarto en los primeros 30 días. En un seguimiento medio de 16 meses (rango 3-44), la mortalidad global fue del 5,5% (2,2% cardiológica). La supervivencia libre de eventos fue del 84,9%. La incidencia de eventos en el grupo DES fue similar a la del grupo RPH (16,3% vs 14%; $p = \text{NS}$).

Conclusiones: La estrategia de RPH parece ser segura y eficaz. El menor costo implícito podría ampliar la aplicabilidad de las intervenciones percutáneas a un mayor número de pacientes con ECMV.

C025. COMPLICACIONES DE LA CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA ELECTIVA EN FIBRILACIÓN Y FLUTTER AURICULAR

R. Picón Heras, D. García Medina, R. Pavón Jiménez, M. González Correa, J. Masero Carretero, I. Lara de la Fuente, C. Navarro Valverde, I. Estrada Parra, F. Molano Casimiro y L. Pastor Torres

Servicio de Cardiología. Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla.

Introducción y objetivos: La cardioversión eléctrica (CVE) es un procedimiento frecuente realizado para recuperar el ritmo sinusal en pacientes con fibrilación auricular (FA) y flutter. Asociado a importante morbilidad (palpitaciones, fallo cardíaco, tromboembolismos), la recuperación del ritmo sinusal es de elección en los pacientes con FA persistente. Objetivos: analizar las complicaciones detectadas en relación con la sedación y la descarga utilizada en CVE electiva.

Métodos: Ingreso por FA/flutter para CVE electiva de junio de 2009 a junio de 2010. Se comprobaba adecuado nivel de anticoagulación (INR 2-3). Se utilizó como anestésico propofol iv en dosis de 0,5-1 mg/kg. Se consideraba CVE efectiva la recuperación del ritmo sinusal mantenido al menos 15 minutos tras la descarga. Se analizaban los efectos adversos relacionados con actuación y dosis de anestésico.

Resultados: 47 pacientes, edad media $55,8 \pm 14$ años, varones el 83%. El 32% presentaban HTA, peso medio de $84,53 \pm 11,7$ Kg. La dosis media de propofol fue de $52,34 \pm 10,6$ mg. La TA media inicial fue $131/69 \pm 10,6/6,8$ mmHg, y tras el procedimiento $124/65 \pm 11/5,5$ mmHg. La frecuencia cardíaca media tras revertir a sinusal $63,5 \pm 8,7$ lpm. Definimos como complicaciones menores movimiento tras choque, olor a la inyección y náuseas/vómitos, solo en 6 pacientes (12,8%). Ningún caso presentó signos de inestabilidad hemodinámica ni necesidad de ingreso hospitalario.

Conclusiones: El propofol es el fármaco de elección en procedimientos cortos por su rápido inicio de acción y recuperación. La pauta de sedación utilizada con dosis bajas es segura, garantiza amnesia del procedimiento y permite la cardioversión sin ingreso.

C026. EFECTOS DE BISOPROLOL Y CARVEDILOL SOBRE LA FUNCIÓN RENAL DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

T. Gil Jiménez¹, J. Siles Rubio², L. Fernández López¹, C. Medina Palomo¹, F. Martínez García¹, A. Ramírez Moreno², J. Muñoz Bellido², M. Pombo Jiménez¹, F. Torres Calvo¹ y P. Chinchurreta Capote¹

¹Servicio de Cardiología. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga.

²Servicio de Cardiología. Hospiten Estepona. Málaga.

Introducción y objetivos: Los efectos de los betabloqueantes sobre la función renal son variables. Objetivos: verificar los efectos de dos betabloqueantes diferentes sobre la función renal en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC).

Métodos: Se incluyeron un total de 43 pacientes con IC (clase NYHA II-III), en tratamiento betabloqueante iniciado con carvedilol ($n = 24$) o bisoprolol ($n = 19$). Los cambios en la función renal y cardíaca se analizaron retrospectivamente durante más de 6 meses. La población de estudio se dividió en dos grupos de acuerdo a la mediana de la tasa de filtración glomerular estimada (eTFG) basal ($63,6$ ml/min) calculada por la Fórmula de Modificación en la Dieta en la Enfermedad Renal.

Resultados: La eTFG disminuyó significativamente en el grupo de eTFG basal mayor ($p < 0,05$), pero no en el grupo de eTFG basal menor. La fracción de eyección ventricular izquierda aumentó significativamente tanto en el grupo con eTFG basal menor ($p < 0,01$) como en el de eTFG basal mayor ($p < 0,01$). La eTFG disminuyó significativamente en los pacientes que recibieron bisoprolol (de $76,7 \pm 29,5$ a $58,4 \pm 21$ ml/min/ $1,73$ m², $p < 0,01$), pero no en los que recibieron carvedilol (de $66,1 \pm 24,7$ a $65,2 \pm 26,1$ ml/min/ $1,73$ m²).

Conclusiones: Los betabloqueantes conservan la función renal en pacientes con IC y una eTFG basal menor, pero no en los que tienen una eTFG más elevada. El carvedilol puede ser preferible al bisoprolol para prevenir el desarrollo de la enfermedad renal crónica durante la terapia de betabloqueantes en pacientes con IC.

C027. PROTOCOLO DE IVABRADINA EN REHABILITACIÓN CARDIACA

M. Álvarez Leiva, M. González Valdado López, A. García Sánchez y R. Pallón Moreno

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción y objetivos: La frecuencia cardíaca (FC) es un importante factor de riesgo modificable para la enfermedad cardiovascular, que entrenamos en rehabilitación cardíaca (RC) para maximizar el rendimiento del corazón. Los pacientes con FC elevada (FCE) se incluyen en el protocolo de ivabradina, fármaco que disminuye la FC debido a una inhibición selectiva y específica de la corriente If del marcapasos cardíaco, por lo que produce una reducción del trabajo cardíaco y del consumo miocárdico de oxígeno, sin alterar la conducción intracardiaca, la contractilidad ni la repolarización ventricular. Alcanzar una FC basal estable en pacientes con FCE, mediante la prescripción de ivabradina, y conseguir aumentar su capacidad funcional.

Métodos: Estudio observacional descriptivo. Participan 209 pacientes de RC. La recogida de datos se realiza a través de los registros de la unidad, desde marzo 2009 a febrero del 2010. El análisis estadístico de los datos se realiza en base de datos de Excel.

Resultados: El total de los pacientes en estudio que presentaban una FCE consiguió una FC adecuadas para el entrenamiento tras el tratamiento con ivabradina, así como una mejor capa-

idad funcional, según demuestra la media de las ergometrías pre (5,7 DT = 2,35 en un rango de 2 a 10) y postratamiento (8,22 DT = 2,47 en un rango de 4,6 a 13).

Conclusiones: Se ha observado como ivabradina tiene buenos resultados en pacientes con FCE.

C030. ¿CONSERVAN LOS PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN SU BENEFICIO PRONÓSTICO A LARGO PLAZO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA Y DISFUNCIÓN SISTÓLICA?

J. Bonilla Palomas¹, A. Gámez López¹, M. Anguita Sánchez², J. Castillo Domínguez², M. Crespín Crespín² 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: Se conoce el beneficio pronóstico de diferentes intervenciones extrahospitalarias en el paciente con insuficiencia cardiaca (IC), especialmente a corto plazo y en pacientes con disfunción sistólica. El objetivo del presente trabajo fue evaluar la influencia pronóstica a largo plazo de tres tipos de intervención extrahospitalaria frente al seguimiento habitual tras un ingreso hospitalario en pacientes con IC y función sistólica deprimida.

Métodos: Se aleatorizaron 115 pacientes dados de alta de manera consecutiva con el diagnóstico de IC con disfunción sistólica (FEVI \leq 45%). 81 fueron asignados a los grupos de intervención: visita domiciliario (28), control telefónico (25) y unidad de IC (28); 34 pacientes lo fueron al seguimiento habitual (grupo control).

Resultados: La edad media fue 72 \pm 11 años y el 36% fueron mujeres. La FEVI media fue 33%. Los grupos fueron homogéneos en sus características clínicas, demográficas y terapéuticas. A los 25 meses (mediana de seguimiento) la mortalidad de la serie fue del 34%. Cuando se comparó al conjunto de los grupos de intervención frente al grupo control, la intervención no redujo la mortalidad global (32,3% vs 38,2, log-rank, $p = 0,43$), la mortalidad de origen cardiovascular (23,5% vs 31%, log-rank, $p = 0,26$), ni los ingresos por IC (29,6% vs 26,5%, log-rank, $p = 0,92$).

Conclusiones: En comparación al seguimiento habitual, la aplicación de diferentes programas de intervención extrahospitalaria en el paciente con IC y disfunción sistólica, pierde su beneficio pronóstico a largo plazo en términos de reducción de la mortalidad global, mortalidad cardiovascular e incidencia de reingresos por IC.

C032. MARCADORES DE DESNUTRICIÓN EN EL PACIENTE ANCIANO HOSPITALIZADO POR INSUFICIENCIA CARDIACA

J. Bonilla Palomas¹, A. Gámez López¹, M. Anguita Sánchez², J. Castillo Domínguez², M. Crespín Crespín² 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: El estado de desnutrición alcanza una prevalencia elevada en pacientes hospitalizados con insuficiencia cardiaca (IC), especialmente en ancianos. Aún no se han estudiado qué factores se asocian a este estado. El objetivo de

nuestro trabajo fue describir los marcadores de desnutrición en pacientes ancianos hospitalizados por IC.

Métodos: Para ello se analizaron 169 pacientes ingresados por IC entre enero de 2007 y marzo de 2008. Se realizó el diagnóstico de desnutrición según la encuesta Mini Nutritional Assessment (MNA). Se determinaron variables bioquímicas, antropométricas, clínicas y demográficas. Su posible asociación con desnutrición se realizó mediante una regresión logística múltiple.

Resultados: La edad media de la serie fue 78 \pm 5 años, el 48,5% fueron mujeres y la etiología más frecuente fue la isquémica (41,4%). El 14,8% de los pacientes fueron clasificados como desnutridos, el 60,4% como en riesgo de desnutrición y el 24,8% como con adecuado estado nutricional. Las variables que mostraron asociación independiente con la desnutrición fueron el sexo femenino (OR 9,2; IC95% 2,5-33,1; $p = 0,001$), el deterioro cognitivo (OR 7,25; IC95% 1,35-38,46; $p = 0,02$), el aclaramiento de creatinina según la fórmula MDRD7 (OR 0,97; IC95% 0,92-0,98; $p = 0,002$), la prealbúmina (OR 0,87; IC95% 0,78-0,97; $p = 0,01$) y el índice de masa corporal (OR 0,85; IC95% 0,76-0,94; $p = 0,002$); área bajo la curva ROC 0,898; IC95% 0,841-0,955.

Conclusiones: El sexo femenino, el deterioro cognitivo, un peor aclaramiento de creatinina, cifras inferiores prealbúmina y un menor índice de masa corporal son los únicos factores asociados a desnutrición en el paciente anciano con insuficiencia cardiaca.

C036. EFECTOS DERIVADOS DE LA APLICACIÓN DEL NUEVO SCORE DE RIESGO TROMBÓTICO EN LA FIBRILACIÓN AURICULAR

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

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

Introducción y objetivos: Las nuevas guías de fibrilación auricular (FA) de la Sociedad Europea de Cardiología han modificado el score de riesgo trombótico, con el consiguiente cambio en las indicaciones de anticoagulación. Pretendemos determinar el perfil actual de riesgo de los pacientes, comparar con el previo y determinar las modificaciones que se pueden producir en el manejo de los pacientes.

Métodos: 223 pacientes consecutivos con FA documentada reclutados en consultas de cardiología de 2 hospitales andaluces. Presentamos las características basales y el perfil de riesgo hemorrágico y trombótico utilizando ambos scores.

Resultados: Se presentan en las tablas al inicio de página siguiente.

Conclusiones: La prevalencia de la FA en nuestro registro es similar en mujeres y hombres. En cuanto a los factores de riesgo trombóticos, la HTA y la edad avanzada es más prevalente en mujeres. La enfermedad vascular y la insuficiencia cardiaca es más prevalente en los hombres. La DM presenta distribución similar en ambos sexos. La embolia es mínimamente más prevalente en mujeres. Las mujeres presentan más FA paroxística. La media de puntuación CHADS2 es similar en ambos sexos, no así la determinada por el score HADS-2Vasc, que es superior en mujeres, a pesar de ello, en ambos sexos establece un cambio en la indicación de anticoagulación en la mayoría de casos. El riesgo hemorrágico es similar en hombres y mujeres.

	CIV	No CIV	p	
	Edad	CHADS2	CHADS2VASC	HASBLED
Global (%)	72,5 años (44/90)	0 14,3 1 26	0 6,3 1 11,7	0 9,0 1 27,8
Mujer 49,8		2 36,3	2 17,5	2 43,9
Hombre 50,2	< 65 19,3	3 13,9	3 24,2	3 15,7
RitmoS, 40,4	< 75 55,6	4 7,6	4 22,4	4 2,7
FA 59,6		5 1,3	5 10,8	≥ 5 0,9
		≥ 6 0,4	≥ 6 7,2	
		Media 1,8	Media 3,1	Media 1,8
Mujer (%)	74,5 años (56/87)	0 10,8 1 23,4	0 0,9 1 5,4	0 4,5 1 21,6
RitmoS, 49,5	< 65 9,9	2 37,8	2 14,4	2 57,7
FA 50,5	< 75 45,0	3 18,9	3 22,5	3 15,3
		4 8,1	4 30,6	≥ 4 0,9
		≥ 5 0,9	5 16,2	
			≥ 6 9,9	
		Media 1,9	Media 3,7	Media 1,9
Hombre (%)	70,5 años (44/90)	0 17,9 1 28,6	0 11,6 1 17,9	0 13,4 1 33,9
RitmoS, 31,3	< 65 28,6	2 34,8	2 20,5	2 30,4
FA 68,8	< 75 55,4	3 8,9	3 25,9	3 16,1
		4 7,1	4 14,3	4 4,5
		5 1,8	5 5,4	≥ 5 1,8
		≥ 6 0,9	≥ 6 4,5	
		Media 1,7	Media 2,5	Media 1,7

	HTA	Diabetes	> 75 años	65-75 años	Enf. vascular	Insuf. cardiaca	Embolismo
Global (%)	74,4	26,5	42,6	32,3	9,9	10,3	10,3
Mujer (%)	82	26	46,8	35,1	4,5	6,3	10,8
Hombre (%)	67	26,8	38,4	29,5	15,2	14,3	9,8

C040. INCIDENCIA DE ESTENOSIS SEVERA-TORTUOSIDAD DE LA V. SUBCLAVIA IZQUIERDA (VSI) TRAS EL IMPLANTE DE DISPOSITIVO DE ELECTROESTIMULACIÓN

M. González Correa, R. Picón Heras, J. Leal del Ojo González, R. Pavón Jiménez, D. García Medina, A. Rojas, J. Masero Carretero, I. Lara de la Fuente, C. Navarro Valverde y L. Pastor Torres

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Valme. Sevilla.

Introducción y objetivos: La incidencia obstrucción de la VSI asociada al implante previo de un MCP o DAI es poco frecuente a corto plazo. Tratamos un problema a medio-largo plazo que podría complicar posibles extracciones o upgrades futuros. Estudiamos la incidencia de estenosis severa o tortuosidad de la VSI tras el implante de un MCP o DAI a medio-largo plazo.

Métodos: Estudiamos sus características mediante flebografía con contraste yodado de la VSI previo al recambio electivo del dispositivo.

Resultados: Entre enero y julio de 2010 se realizó flebografía de la VSI a 25 pacientes (p). 16p (64%) eran hombres, edad media 77 años. El 50% presentaban insuficiencia cardiaca. 17p (68%) DM, 15p (60%) DSLP y 11p (40%) tenían HTA. El periodo medio desde el primoimplante hasta el recambio de generador fue de 9 años. La indicación de implante fue enfermedad de seno en 8p (32%), bloqueo aurículo-ventricular 11p (40%), TRC en 5p (20%) y prevención de muerte súbita sin TRC en 1p (4%). El modo de estimulación era DDD en 11p (40%), VDD en 2p (8%), VVI en 6p (24%), CRT en 4p (16%) y CRT-DAI en 2p (8%). El electrodo de ventrículo derecho fue implantado en el tracto de salida en 14p (56%). Todos los implantes fueron vía VSI. La estenosis severa de la misma se objetivó en un 16% de los pacientes con un 8% de alta tortuosidad.

Conclusiones: La estenosis severa o tortuosidad de la VSI podría dificultar futuras extracciones de electrodos o upgrades. La incidencia en nuestra población es relativamente poco frecuente a medio-largo plazo.

C042. REPERCUSIÓN PRONÓSTICA A LARGO PLAZO DEL DESARROLLO DE FIBRILACIÓN AURICULAR EN PACIENTES INGRESADOS POR SCASEST

M. Ramírez Marrero¹, B. Pérez Villardón¹, M. Jiménez Navarro², E. de Teresa Galván² y M. de Mora Martín¹

¹Servicio de Cardiología. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga. ²Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción y objetivos: El desarrollo de fibrilación auricular (FA) tiene un pronóstico desfavorable en pacientes (p) ingresados por infarto agudo de miocardio; no obstante, su relación en el síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST) está menos establecida. Nos propusimos analizar la repercusión pronóstica a largo plazo de la FA en p ingresados por SCASEST.

Métodos: Estudiamos p ingresados consecutivamente por SCASEST, entre enero 2004-diciembre 2005. Analizamos variables pronósticas con una mediana de seguimiento de 24 meses en 96,8% de casos.

Resultados: Analizamos un total de 715 p, 31,9% mujeres con edad media de 66,2 ± 11,3 años. Ingresaron por angina inestable 73,4%, por IAM no Q 26,6%. El 63,1% eran hipertensos, 40,3% diabéticos. El 51,6% tenía antecedentes de cardiopatía isquémica. Presentaron FA al ingreso 8,7%. Durante el ingreso, 14,8% desarrollaron insuficiencia cardiaca y 5,6% fallecieron. En el seguimiento, 11% fallecieron por causas cardiovascula-

res, y 9,7% reingresaron por insuficiencia cardiaca aguda. Tras el análisis multivariado, el desarrollo de FA durante el ingreso conllevó mayor riesgo de mortalidad cardiovascular a largo plazo (OR 2,46, IC95% 1,02-5,92), con mayor impacto que la presencia de disfunción sistólica ventricular izquierda (OR 1,76, IC95% 1,01-3,10). Igualmente, la presencia de FA predijo mayor riesgo de desarrollo de insuficiencia cardiaca (OR 2,02, IC95% 1,08-3,77).

Conclusiones: La presencia de FA en pacientes ingresados por síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST se asocia con pronóstico más desfavorable a largo plazo, con mayor repercusión que la función sistólica ventricular izquierda residual.

C043. PREDICTORES DE DESARROLLO DE EVENTOS ARRÍTMICOS GRAVES EN PACIENTES INGRESADOS POR SCASEST. ESTUDIO A LARGO PLAZO

M. Ramírez Marrero¹, B. Pérez Villardón¹,
M. Jiménez Navarro², E. de Teresa Galván²
y M. de Mora Martín¹

¹Servicio de Cardiología. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga. ²Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción y objetivos: El evento coronario agudo aumenta el riesgo de aparición de arritmias por inestabilidad eléctrica e isquemia. La más importante es la taquicardia ventricular que degenera en fibrilación ventricular. La fibrilación auricular (FA) o los bloqueos cardiacos pueden aparecer en el síndrome coronario agudo, deteriorando el estado hemodinámico del paciente (p). Analizamos predictores de riesgo para el desarrollo de eventos arrítmicos graves en pacientes ingresados por Síndrome Coronario Agudo sin Elevación del ST (SCASEST).

Métodos: Evaluamos p ingresados por SCASEST, entre enero 2004-diciembre 2005. Estudiamos diversas condiciones asociadas al desarrollo de eventos arrítmicos graves (arritmias ventriculares complejas y/o bloqueo avanzado); la mediana de seguimiento fue de 24 meses en 98,6% de casos.

Resultados: Incluimos 715 p, 31,9% mujeres con edad media de 66,2 ± 11,3 años. Presentaron FA al ingreso 8,7%. El índice de Charlson fue 2,35 ± 2,13, y el 23,9% tenían disfunción sistólica ventricular izquierda. Durante el ingreso, 20 p desarrollaron eventos arrítmicos graves y otros 20 reingresaron por este motivo durante el seguimiento. Tras el ajuste, el género masculino (OR 1,82, IC95%, 1,25-4,40), el índice de Charlson (OR 1,27, IC95%, 1,09-1,49) y la presencia de disfunción sistólica (OR 2,38, IC95%, 1,14-4,94) se asociaron a mayor riesgo de desarrollo de eventos arrítmicos graves. Por el contrario, el tratamiento con estatinas predijo menor riesgo (OR 0,49, IC95%, 0,24-0,98).

Conclusiones: El desarrollo de eventos arrítmicos en pacientes ingresados por SCASEST no es un hallazgo infrecuente, tanto en fase aguda como en seguimiento a largo plazo. Describimos diversos predictores independientes relacionados con su desarrollo.

C044. IMPORTANCIA DEL SCORE TIMI RISK EN LA ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO SCASEST

M. Ramírez Marrero¹, B. Pérez Villardón¹,
M. Jiménez Navarro², E. de Teresa Galván² y M. de Mora Martín¹

¹Servicio de Cardiología. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga. ²Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción y objetivos: La estratificación pronóstica del síndrome coronario agudo es de vital importancia, determinando

la estrategia a seguir en estos pacientes (p). El objetivo de este trabajo fue analizar la importancia del TIMI Risk Score como herramienta pronóstica del síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST).

Métodos: Análisis retrospectivo del total de p ingresados consecutivamente por SCASEST, entre enero 2004-diciembre 2005. Estudiamos variables pronósticas, ajustadas al score TIMI Risk, completándose un seguimiento con una mediana 24 meses en el 96,8% de los casos.

Resultados: Incluimos 715 p, 68,1% hombres. En el 26,6% de los casos el evento coronario agudo correspondió a un IAM no Q. El 61,3% presentaron un score TIMI Risk de riesgo (≥ 3), correspondiendo a pacientes con comorbilidad más elevada (índice de Charlson 2,9 ± 2,2 vs 1,4 ± 0,6, p = 0,0001). Puntuaciones más elevadas del score TIMI Risk se asociaron a mayor desarrollo de insuficiencia cardiaca (3,6 ± 1,2 vs 2,6 ± 1,3, p = 0,0001) y mortalidad (3,9 ± 1,1 vs 2,7 ± 1,3, p = 0,0001) en fase intrahospitalaria. Esta relación se mantuvo tras completar el seguimiento a largo plazo (3,5 ± 1,2 vs 2,6 ± 1,3, p = 0,0001 en insuficiencia cardiaca y 3,6 ± 0,9 vs 2,6 ± 1,3, p = 0,0001 en mortalidad). Tras el ajuste, el score TIMI Risk predijo mayor riesgo de presentación de formas complicadas del evento coronario agudo tanto en fase intrahospitalaria como a largo plazo (OR 1,6, IC95% 1,3-2,0 y OR 1,3, IC95% 1,1-1,4 respectivamente).

Conclusiones: El score TIMI Risk es una valiosa herramienta en la estratificación pronóstica de pacientes ingresados por SCASEST, tanto en fase intrahospitalaria como tras el seguimiento a largo plazo.

C045. ABLACIÓN DE EXTRASISTOLIA VENTRICULAR DEL TRACTO DE SALIDA VENTRICULAR DERECHO CON SISTEMA DE MAPEO SIN CONTACTO

E. Díaz-Infante, R. Cózar León, I. Borrego, J. Maldonado,
P. Nieto, I. Sayago, I. Pérez y J. Cruz-Fernández

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción y objetivos: La extrasistolia ventricular (EV) incitante sintomática originada en el tracto de salida del ventrículo derecho (TSVD) puede presentar pobre respuesta a fármacos y ser compleja de ablationar mediante un sistema convencional con guía fluoroscópica por escasa e impredecible inducibilidad. Análisis descriptivo de la ablación de EV originada en TSVD, no inducible, mediante un sistema de mapeo sin contacto.

Métodos: Se emplearon un catéter multielectrodo Array y uno de ablación de 4 mm. Se realizó un mapa de activación en al menos tres latidos extrasistólicos para cada foco y el punto de mayor precocidad se confirmó con la presencia de un complejo QS en las derivaciones monopares virtuales.

Resultados: Entre noviembre 2006 y marzo 2009 se realizó ablación de cinco focos extrasistólicos originados en TSVD en una serie prospectiva de 4 pacientes sin cardiopatía estructural. Tenían pobre calidad de vida por EV frecuente muy sintomática (30.763 ± 4.710 EV/día) con falta de respuesta a fármacos. Se realizaron una media de tres aplicaciones de radiofrecuencia por foco, con un tiempo medio de aplicación de 113 ± 15 s. El tiempo medio de escopia por procedimiento fue de 31 ± 11 min y el tiempo total de 136 ± 30 min. Se obtuvo un 100% de éxito agudo, sin complicaciones. En un seguimiento medio de 26 ± 16 meses, los pacientes se mantienen asintomáticos sin tratamiento farmacológico y en el Holter de control al año el número medio de EV fue de 159 ± 113/día.

Conclusiones: El sistema de mapeo sin contacto permite una alta eficacia y facilita la eliminación de EV aisladas de difícil inducibilidad.

C046. EFECTIVIDAD DE LA CARADIOVERSIÓN ELÉCTRICA EN FIBRILACIÓN Y FLUTTER AURICULAR

R. Picón Heras, D. García Medina, R. Pavón Jiménez, J. Leal del Ojo González, M. González Correa, J. Masero Carretero, I. Estrada Parra, C. Navarro Valverde, F. Molano Casimiro y L. Pastor Torres

Servicio de Cardiología. Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla.

Introducción y objetivos: La cardioversión eléctrica (CVE) efectiva en fibrilación (FA) y flutter auricular con criterios de control de ritmo es un procedimiento rutinario. Valorar la efectividad de dicha técnica en función de la arritmia de base es objeto de valoración.

Métodos: CVE de junio 2009 a junio 2010. Usamos propofol iv como sedante (0,5-1 mg/kg), los electrodos se colocaban en posición anteroposterior, protocolo de intensidad creciente de energía, máximo 4 choques (100-200 J inicial, 200-360 J posteriores). Definimos CVE efectiva la recuperación de ritmo sinusal, mantenido al menos 15 minutos bajo monitorización.

Resultados: 47 pacientes, edad 55,79 ± 14 años, el 83% varones. El 32% eran HTA, peso 84,53 ± 11,7 Kg. El 59% no presentaba cardiopatía, el 14,9% cardiopatía hipertensiva, miocardiopatía dilatada en 12,8%. La FA era la más frecuente; permanente el 40,4% del total y del subgrupo de varones, en mujeres era FA persistente. 12,8% presentaban flutter auricular. El número de choques bifásicos fue 1,5 ± 0,7, máximo de 4 en 2 ocasiones; a mayor peso se requerían más número de choques (p < 0,004, IC95% -19 a -4) para reversión, sin otra asociación significativa (sexo, fracción de eyección o tamaño de AI). El 100% FA paroxística solo requirieron 1 descarga. Solo 14% de la muestra requirió 3 descargas para revertir.

Conclusiones: Posición anteroposterior favorece la reversión a sinusal. La efectividad aumenta con tratamiento antiarrítmico previo, cambio de polaridad y choques bifásicos. Un mayor IMC requiere más choques para revertir a sinusal.

C047. PREDICTORES DE DAÑO MIOCÁRDICO ASOCIADO AL INTERVENCIONISMO CORONARIO

F. Carrasco Chinchilla, M. Jiménez Navarro, A. Muñoz García, A. Domínguez Franco, J. Caballero Borrego, J. Alonso Briales y J. Hernández García

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción y objetivos: El daño miocárdico asociado al intervencionismo coronario percutáneo (ICP) ensombrece parcialmente los beneficios de la revascularización y está relacionado con la mortalidad en el seguimiento. El objetivo de este trabajo es analizar el daño miocárdico asociado al ICP electivo en pacientes con angor estable o inestable analizando los principales predictores asociados al mismo.

Métodos: El presente estudio observacional prospectivo incluye a 230 pacientes sometidos a ICP, realizándose determinaciones de troponina a las 6, 8, 16 y 24 horas de la angioplastia. Se han recogido las características clínicas y datos angiográficos más relevantes.

Resultados: La edad media de la población fue 64 años, 68% de varones, 43% de diabéticos, con fracción de eyección media de 58%. El 60% presentaban enfermedad multivaso, realizándose angioplastia a uno, dos o tres vasos en un 58%, 28% y 16% respectivamente. La revascularización produjo en promedio 66 segundos de isquemia, y abarcó una superficie coronaria de 632 mm². En promedio se produjo una elevación de troponina de 0,73 ng/ml (33% de infarto de miocardio asociado al intervencionismo). Los principales factores asociados a la elevación de tro-

ponina fueron el número de vasos revascularizados (p 0,004), la superficie coronaria revascularizada (r = 0,18, p 0,01) y el empleo de pre/posdilataciones frente al implante directo del stent (diferencia de medias de 0,40 ng/ml, p 0,05).

Conclusiones: Un tercio de los pacientes sometidos a ICP presentan infarto de miocardio asociado al mismo, fundamentalmente relacionado con la superficie coronaria revascularizada.

C048. CARADIOVERSIÓN ELÉCTRICA ELECTIVA EN FIBRILACIÓN AURICULAR Y FLUTTER

R. Picón Heras, R. Pavón Jiménez, D. García Medina, D. Villagómez Villegas, M. González Correa, I. Lara de la Fuente, J. Masero Carretero, F. Sánchez Burguillos, F. Molano Casimiro y L. Pastor Torres

Servicio de Cardiología. Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla.

Introducción y objetivos: La cardioversión eléctrica (CVE) es un procedimiento de uso frecuente para recuperar ritmo sinusal en pacientes con arritmias sostenidas supraventriculares como fibrilación auricular (FA) y flutter. La FA es la arritmia crónica más frecuente, con una prevalencia en la población general del 0,4 al 2%. La definición de los distintos tipos de FA en función del tiempo de evolución y su incidencia en este tipo de procedimiento nos permite conocer más de fondo dicha arritmia. Objetivos: analizar la prevalencia de los distintos tipos de FA que ingresan de forma programada para CVE electiva. Valorar la incidencia de cardiopatía de base en la muestra analizada.

Métodos: Análisis de CVE sincronizada de junio de 2009 a junio de 2010 usando como anestésico previo propofol iv (0,5-1 mg/kg). Se consideró CVE efectiva cuando se recuperaba el ritmo sinusal y se mantenía durante al menos 15 minutos de monitorización.

Resultados: 47 pacientes, edad 55,79 ± 14 años, varones el 83%. El 32% presentaban HTA, peso medio 84,53 ± 11,7 Kg. La mayoría no presentaba cardiopatía de base, cardiopatía hipertensiva el 14,9% miocardiopatía dilatada en 12,8%. La FA era la arritmia más frecuente, permanente el 40,4% del total de la muestra y del subgrupo de varones, en mujeres era FA persistente. El 12,8% presentaban flutter auricular.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes que se someten a CVE no presentan cardiopatía de base. La FA persistente es la indicación más frecuente de CVE electiva. Cuando se define como paroxística las posibilidades de éxito con esta técnica aumentan.

C052. VALORACIÓN DE LA UTILIDAD DE LA CORONARIOGRAFÍA NO INVASIVA MEDIANTE TC CARDIACO EN UNA SERIE DE PACIENTES EN RITMO SINUSAL Y FC ELEVADA

C. Jiménez Rubio¹, G. Guzmán Martínez², M. González Sánchez³, J. Uribe Osorio², E. Refoyo Salicio², M. Fernández de Velilla², E. Cuesta López², M. Torres², M. Moreno Yangüela² y M. de Mora Martín¹

¹Servicio de Cardiología. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga. ²Servicio de Cardiología. Hospital La Paz. Madrid. ³Servicio de Cardiología. Hospital Clínico. Salamanca.

Introducción y objetivos: La tomografía cardíaca es una efectiva técnica de imagen para la evaluación de la enfermedad coronaria. La calidad de las imágenes depende de la frecuencia y ritmo cardíacos, siendo necesaria en muchas ocasiones la utilización de agentes betabloqueantes. Sin embargo, la premedicación no siempre es posible o efectiva. Describir la utilidad de la

angiografía por TC en pacientes con frecuencia cardíaca (fc) mayor de 80 latidos por minuto (lpm) en ritmo sinusal (RS).

Métodos: Se realizó un análisis descriptivo de los estudios tomográficos del laboratorio de imagen cardíaca entre enero 2008 y diciembre 2010. Se utilizó un tomógrafo Toshiba Aquilion de 64 detectores con adquisición helicoidal de volumen cardíaco y reconstrucción retrospectiva guiada por ECG tras la administración endovenosa de 80 cc de contraste yodado no iónico de 350 mOsm. Se seleccionaron los pacientes con $fc \geq 80$ lpm. Se excluyeron los pacientes que no presentaban RS.

Resultados: Se realizaron 72 coronariografías en pacientes con RS y $fc \geq 80$ lpm. La Fc promedio fue 86,4 lpm (80 -110). En 16 pacientes (22,22%) se utilizó algún agente betabloqueante. 67 estudios (93,06%) pudieron ser analizados adecuadamente y 5 (6,94%) no tuvieron valor diagnóstico por baja calidad de las imágenes adquiridas.

Conclusiones: En nuestra serie más del 90% de los estudios coronariográficos con TC en pacientes con fc elevada en RS pudieron ser valorados satisfactoriamente. Por tanto, la fc elevada (≥ 80 lpm) en RS no debe considerarse una condición que suponga el rechazo de estos pacientes para la realización de una coronariografía con TC.

C053. UTILIDAD DE LA TOMOGRAFÍA MULTICORTE PARA LA CARACTERIZACIÓN ANATÓMICA DE LAS VENAS PULMONARES EN PACIENTES SOMETIDOS A ABLACIÓN DE FIBRILACIÓN AURICULAR O FLUTTER AURICULAR ATÍPICO

C. Jiménez Rubio¹, G. Guzmán Martínez², M. González Sánchez³, J. Uribe Osorio², E. Refoyo Salicio², M. Fernández de Velilla², E. Cuesta López², M. Torres², M. Moreno Yangüela¹ y M. de Mora Martín¹

¹Servicio de Cardiología. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga. ²Servicio de Cardiología. Hospital La Paz. Madrid. ³Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario. Salamanca.

Introducción y objetivos: Para la ablación en pacientes con fibrilación auricular (FA) o con flutter auricular atípico (FAA) es importante conocer la anatomía de la aurícula izquierda y del drenaje venoso pulmonar. Objetivos: describir la variabilidad anatómica del drenaje venoso pulmonar en pacientes que van a ser sometidos a ablación de FA o FAA.

Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de los estudios tomográficos previos a ablación de FA o FAA realizados en un hospital terciario entre marzo del 2006 y diciembre del 2010. Se utilizó un TC multidetector 64, sin sincronismo cardíaco y con administración de 70 cc de contraste yodado de alta densidad. Se clasificó la anatomía de las venas pulmonares según un esquema simple (nº venas derechas + nº venas izquierdas).

Resultados: Fueron analizados 179 pacientes con TC cardíaco previo a ablación de FA o FAA. Un total de 64 casos (35,8%) presentaron drenaje venoso pulmonar diferente al característico de dos venas pulmonares derechas y dos izquierdas.

2 derechas + 2 izquierdas	118 (65,9%)
3 derechas + 2 izquierdas	33 (18,4%)
2 derechas + 1 izquierdas	13 (7,3%)
3 derechas + 1 izquierdas	8 (4,5%)
Otros	7 (3,9%)

Conclusiones: En nuestra serie más de la tercera parte de los pacientes sometidos a ablación de FA o FAA presentó una anatomía venosa pulmonar diferente a la esperada (dos derechas y

dos izquierdas). El estudio con TC cardíaco permite determinar la variabilidad anatómica del drenaje venoso pulmonar, lo cual facilita al electrofisiólogo la planificación del procedimiento de ablación.

C054. CONSUMO DE TÓXICOS Y RIESGO DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN POBLACIÓN JOVEN

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

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

Introducción y objetivos: Estudios recientes consideran el consumo de tóxicos (cocaína) como factor de riesgo independiente para el desarrollo de eventos coronarios, principalmente en población joven que multiplica por cuatro el riesgo de padecer un infarto agudo de miocardio. Nuestro objetivo es analizar en jóvenes que presentan un síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST) o sin elevación del ST (SCASEST), si la gravedad del evento se correlaciona con los de factores de riesgo (FRCV) que presentan así como con el consumo de tóxicos.

Métodos: 298 pacientes, menores de 45 años, que ingresaron en nuestro centro entre 1994 y 2010; presentando SCASEST (140 pacientes) o SCACEST (158 pacientes). Estudiamos la prevalencia de FRCV clásicos, así como el consumo de tóxicos para establecer la relación que estos tienen con el tipo de evento que presentaron.

Resultados: Edad media 40,27 \pm 4,43 años, 90,6% varones. 46,6% presentaron dislipemia, 30,9% HTA, 12% diabéticos, 73,5% fumadores, 26,2% tenían antecedentes familiares; no encontrando diferencias estadísticamente significativas en la distribución de dichos FRCV entre aquellos que presentaron SCASEST o SCACEST. 9,1% eran consumidores de cocaína, 1% hachís y 1,3% otras drogas. 27 de los 34 pacientes consumidores de cocaína debutaron con SCACEST (79,4%) de forma significativa; OR = 3,88 (1,6-9,24 con un IC95%) $p < 0,005$.

Conclusiones: En nuestra serie los menores de 45 años, consumidores de cocaína tuvieron un riesgo 4 veces mayor de presentar SCACEST que aquellos con FRCV clásicos no consumidores; lo cual es de interés en las campañas de prevención de riesgo dirigidas a la población juvenil.

C057. EXACTITUD DIAGNÓSTICA DEL DIAGNÓSTICO DE SOSPECHA DEL CARDIÓLOGO CLÍNICO EN RELACIÓN AL DIAGNÓSTICO DE LA RESONANCIA CARDIACA

I. Piñero Uribe, R. Vivancos Delgado, D. Gaitán Román, M. Ramírez Marrero, B. Luque Aguirre, J. Sánchez Calle y M. de Mora Martín

Servicio de Cardiología Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Introducción y objetivos: El objetivo del presente estudio fue evaluar el rendimiento del diagnóstico de sospecha del cardiólogo clínico a la hora de solicitar una resonancia cardíaca (RC).

Métodos: Serie de 50 pacientes consecutivos de edad media de 52 \pm 19 años, el 32% mujeres, con los siguientes diagnósticos por RC: 29,4% sin hallazgos, 14,7% c. isquémica, 14,7% miocardiopa-

tía dilatada no isquémica, 17,6% miocardiopatía hipertrófica, 8,9% miocardiopatía no compactada, 5,9% miocardiopatía idiopática, 2,9% m. infiltrativas, 5,9% c. congénitas. Para conocer el grado de concordancia entre el diagnóstico de sospecha del clínico y los hallazgos obtenidos en la RC, se utilizó el coeficiente kappa.

Resultados: El coeficiente Kappa fue de 0,78 ($p = 0,000$), lo que indica un alto grado de acuerdo no explicado por el azar. En análisis multivariado tener un hallazgo patológico en la RC no se asoció al sexo ni a la edad. La prevalencia de patologías en la RC fue del 67,65%, siendo los pacientes correctamente diagnosticados por el clínico un 91,18%. La sensibilidad de la RC fue del 100% y la especificidad fue del 72,73%. El valor predictivo positivo fue del 88,46% y el valor predictivo negativo del 100%. Coeficiente de probabilidades positivo 3,67.

Conclusiones: En nuestra casuística, el grado de concordancia entre el diagnóstico de sospecha realizado por el clínico y los hallazgos obtenidos en la RC fue elevado, con una capacidad predictiva elevada, especialmente el valor predictivo negativo. Las variables demográficas no influyeron en el hallazgo patológico de la RC.

C058. ANÁLISIS DE PREDICTORES PRONÓSTICOS INTRAHOSPITALARIOS EN EL INTERVENCIÓNISMO PRECOZ DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST

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

Servicio de Cardiología. Hospital Carlos Haya. Málaga.

Introducción y objetivos: La reperfusión coronaria precoz es el objetivo principal en el tratamiento del síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST). Nuestro objetivo fue analizar la repercusión pronóstica de la estrategia intervencionista precoz (EIP), definida como la realización de coronariografía en las primeras 72 horas del evento coronario agudo.

Métodos: Análisis retrospectivo de 240 pacientes ingresados de forma consecutiva por SCACEST de enero de 2008 a enero de 2010. Se estudiaron variables pronósticas específicas, estableciéndose un análisis ajustado de supervivencia en fase hospitalaria.

Resultados: El 69% de los pacientes (166) recibieron una EIP, siendo estos de menor edad ($57,3 \pm 10,5$ vs $65,9 \pm 10,6$ años, $p = 0,0001$) y comorbilidad (índice de Charlson $1 \pm 0,9$ vs $1,5 \pm 1,3$, $p = 0,004$). No existieron diferencias respecto al empleo de trombolíticos ni disfunción sistólica de VI (DVI) ($p > 0,2$) en ambos grupos, desarrollo de insuficiencia cardiaca (13,3% vs 9,5%, $p = 0,3$), eventos arrítmicos graves (23% vs 13,5%, $p = 0,06$) ni mortalidad (2,4% vs 1%, $p = 0,5$). Los pacientes que recibieron una EIP mostraron mayor porcentaje de eventos cardiovasculares mayores (32,1% vs 20,3%, $p = 0,04$). Tras el ajuste, el tipo de estrategia terapéutica no influyó sobre el desarrollo de eventos ($p = 0,3$). Se encontraron como predictores independientes de mal pronóstico la presencia de DVI (OR 2,5, IC95% 1,1-5,8) y el presentar un TIMI Risk score elevado (OR 7,1, IC95% 3,2-9,6).

Conclusiones: En nuestra serie, la EIP no se asoció al riesgo de desarrollo de eventos cardiovasculares mayores en pacientes ingresados por SCACEST. La presencia de DVI y un score TIMI Risk elevado predecían un peor pronóstico en fase intrahospitalaria.

C059. IMPORTANCIA PRONÓSTICA DE LA ESTRATEGIA INTERVENCIÓNISTA PRECOZ EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ST ELEVADO FIBRINOLISADO CON CRITERIOS DE REPERFUSIÓN

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

Servicio de Cardiología. Hospital Carlos Haya. Málaga.

Introducción y objetivos: El momento exacto para establecer la indicación de un cateterismo cardiaco tras un síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST) fibrinolisado con criterios de reperfusión es un tema controvertido en la actualidad. Nuestro objetivo fue determinar la influencia de la estrategia de intervencionismo precoz (EIP) (coronariografía dentro de las primeras 72 horas del evento coronario agudo) respecto a la estrategia tardía.

Métodos: Análisis retrospectivo del total de pacientes ingresados por SCACEST trombolisado con criterios clínicos y eléctricos de reperfusión entre enero de 2008 y diciembre de 2009. Se estudiaron variables clínico-epidemiológicas y pronósticas específicas, estableciéndose un análisis ajustado de supervivencia en fase hospitalaria.

Resultados: Se incluyeron 83 pacientes. 40 de ellos (48,2%) recibieron una EIP, no encontrándose diferencias significativas en las características basales de ambos grupos ($p > 0,05$). Los pacientes que recibieron una EIP desarrollaron mayor porcentaje de eventos cardiovasculares mayores (37,5% vs 16,3%, $p = 0,03$) y eventos arrítmicos graves en fase intrahospitalaria (30% vs 11,6%, $p = 0,03$), no encontrándose diferencias significativas en los porcentajes de insuficiencia cardiaca ($p = 0,5$). No se documentó ningún fallecimiento en fase aguda. Tras el ajuste, la EIP no se asoció al pronóstico de estos pacientes ($p = 0,14$). Tan solo el presentar un TIMI Risk score elevado (definido como ≥ 3) predijo mayor riesgo de aparición de eventos mayores (OR 10,7, IC95% 2,7-22,7).

Conclusiones: En nuestra serie, no existió repercusión pronóstica de la estrategia intervencionista precoz en pacientes ingresados por SCACEST fibrinolisado con criterios de éxito. La existencia de un TIMI Risk score elevado predijo un peor pronóstico en fase intrahospitalaria.

C060. REVASCULARIZACIÓN PERCUTÁNEA DE LA ARTERIA RESPONSABLE DEL INFARTO VS REVASCULARIZACIÓN PERCUTÁNEA COMPLETA EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ST ELEVADO Y ENFERMEDAD MULTIVASO. ¿MEJORA EL PRONÓSTICO INTRAHOSPITALARIO?

C. Jiménez Rubio, M. Ramírez Marrero, B. Luque Aguirre, A. González González, A. García Bellón, J. Bullones Ramírez, J. Álvarez Rubiera, F. Álvarez de Cienfuegos, J. Castillo Castro y M. de Mora Martín

Servicio de Cardiología. Hospital Carlos Haya. Málaga.

Introducción y objetivos: La estrategia intervencionista en pacientes con síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST) y enfermedad multivaso (presencia de lesiones coronarias significativas en 2 o más vasos) es un tema debatido. El objetivo fue determinar la influencia pronóstica de la revascularización percutánea mediante stent exclusiva de la arteria responsable del infarto (ARI) comparado a la revascularización completa en pacientes con SCACEST y enfermedad multivaso.

Métodos: Análisis retrospectivo de pacientes ingresados por SCACEST y enfermedad multivaso entre enero de 2008 y diciembre de 2009. Se estudiaron variables pronósticas específicas, estableciéndose un análisis ajustado de supervivencia en fase hospitalaria según el tipo de estrategia intervencionista.

Resultados: Se incluyeron 118 pacientes, de los cuales 100 (84,7%) recibieron revascularización únicamente de la ARI. No se encontraron diferencias significativas en las características basales de ambos grupos ($p > 0,05$) ni tampoco diferencias pronósticas en fase aguda; insuficiencia cardíaca (18% en el grupo de revascularización exclusiva de la ARI frente al 22,2% del grupo de revascularización ampliada, $p = 0,4$), eventos arrítmicos graves (20% vs 16,7%, $p = 0,5$), fallecimiento (3% vs 0%, $p = 0,6$) y eventos cardiovasculares mayores (33% vs 33,3%, $p = 0,6$). Tras el ajuste, la estrategia intervencionista indicada no se asoció al pronóstico en fase aguda ($p = 0,9$). La presencia de disfunción sistólica de VI y un TIMI Risk score elevado (≥ 3) predijeron un peor pronóstico (OR 3, IC95%, 1,01-9,2 y OR 8,7, IC95%, 2,9-15,9, respectivamente).

Conclusiones: En nuestra serie, el tipo de revascularización en pacientes con SCACEST y enfermedad multivaso no se asoció con el pronóstico en fase intrahospitalaria.

C062. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA NO COMPACTADA

T. Gil Jiménez, J. Carretero Ruiz, G. Rosas Cervantes, C. Medina Palomo, L. Fernández López, F. Martínez García, A. Arias Recalde, J. Martínez Rivero, L. Íñigo García y F. Ruiz Mateas

Servicio de Cardiología. Hospital Costa del Sol. Marbella.

Introducción y objetivos: La miocardiopatía no compactada o ventrículo izquierdo no compactado (VINC) es una causa infrecuente de miocardiopatía genética (incidencia en adultos en torno al 0,014%) caracterizada por un aumento de la trabeculación endocárdica del ventrículo izquierdo. Cada vez está siendo diagnosticada con mayor frecuencia pero las series disponibles hasta el momento cuentan con pocos casos.

Métodos: Incluimos los pacientes diagnosticados de VINC por cardiiorresonancia en nuestro centro y estudiamos las características clínicas que presenta así como los eventos que presentaron en el seguimiento.

Resultados: 8 pacientes diagnosticados de VINC, 6 varones y 2 mujeres, edad media en el momento del diagnóstico de $46,12 \pm 10,96$ años. Presentaron baja prevalencia para factores de riesgo cardiovascular: 12,5% hipertensos, 25% dislipémicos, ningún paciente diabético, 62,5% nunca fumador y 25% con antecedentes familiares de muerte súbita (MS). El 62,5% de los pacientes presentaron disfunción sistólica severa y 25% fracción de eyección preservada. Diámetro telediastólico de $70,25 \pm 15,22$. Solamente un paciente presentó realce tardío con gadolinio en el contexto de infarto embólico. En el seguimiento 5 pacientes (62,5%) presentaron eventos: 3 pacientes con episodios de insuficiencia cardíaca, 2 pacientes con arritmias malignas presentando uno de ellos un MS recuperada; un infarto embólico. 2 pacientes fueron exitus.

Conclusiones: Los pacientes con VINC diagnosticados en nuestro centro fueron principalmente varones. Estos pacientes presentan diámetros telediastólicos aumentados y disfunción sistólica de VI en el momento del diagnóstico. Desarrollan una alta incidencia de eventos cardiovasculares consistentes en la triada de insuficiencia cardíaca, arritmias y episodios cardioembólicos.

C063. MIOCARDIOPATÍA NO COMPACTADA: CONCORDANCIA ENTRE ECOCARDIOGRAFÍA TRANSTORÁCICA (ETT) Y CARDIORRESONANCIA (CRM)

T. Gil Jiménez, J. Carretero Ruiz, G. Rosas Cervantes, C. Medina Palomo, L. Fernández López, F. Martínez García, A. Arias Recalde, J. Martínez Rivero, L. Íñigo García y F. Ruiz Mateas

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

Introducción y objetivos: La miocardiopatía no compactada o ventrículo izquierdo (VI) no compactado (VINC) se caracteriza por un aumento de la trabeculación endocárdica del VI (proporción trabéculas/miocardio 2,3/1 por CRM). El diagnóstico se basa en la ETT, aunque ocasionalmente existen problemas para evaluar el ápex de VI, lo que puede llevar a confundir VINC con miocardiopatía hipertrófica (MCH) apical. La CRM se ha convertido en la técnica de elección para el diagnóstico de esta entidad. Objetivo: determinar la concordancia entre ETT y CRM en el diagnóstico de VINC/hipertrabeculación sin criterios de VINC.

Métodos: Incluimos pacientes con el diagnóstico de hipertrabeculación/VINC por ETT a los que se les realizó CRM para confirmar diagnóstico, o que tras la CRM se diagnosticaron de VINC. El grado de concordancia entre ambas técnicas se obtuvo mediante el test exacto de Fisher.

Resultados: 14 pacientes: 8 casos con diagnóstico final por CRM de VINC y 6 casos de hipertrabeculación. De los 8 pacientes con VINC, 4 de ellos se diagnosticaron previamente por ETT, de los otros 4 casos, 2 miocardiopatías dilatadas, 1 hipertrabeculación y 1 caso de MCH apical. De los 6 casos de hipertrabeculación, 2 casos fueron diagnosticados por ETT, 2 MCH apical y 1 VINC. El grado de correlación entre CRM y ETT obtenido fue 0,5, índice Kappa 0,22 (IC -0,10-0,55) $p = 0,20$ (ns).

Conclusiones: En nuestra serie la ETT coincidió con la CRM en la mitad de los casos. La ETT, por tanto infraestimó el diagnóstico establecido por CRM. Son precisos más casos para establecer esta correlación de forma significativa.

C064. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES VALORADOS EN UNA UNIDAD DE DOLOR TORÁCICO

B. Luque Aguirre, M. Ramírez Marrero, I. Vegas Vegas, D. Gaitán Román, N. Fernández Borrego, G. Ballesteros Derbenti, A. García Bellón, J. Delgado Prieto, J. Pérez Ruiz y M. de Mora Martín

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

Introducción y objetivos: El dolor torácico es una de las entidades clínicas más frecuentes en los servicios de urgencias hospitalarias, requiriendo una correcta estratificación de riesgo, dado su pronóstico potencialmente fatal. El objetivo de nuestro estudio fue analizar el perfil clínico y epidemiológico de los pacientes valorados en una Unidad de Dolor Torácico (UDT).

Métodos: Análisis prospectivo del total de pacientes derivados consecutivamente a UDT por dolor torácico desde los dispositivos de urgencias hospitalarias, en el periodo de junio de 2009 a enero de 2011.

Resultados: Se incluyeron 639 pacientes, edad media $59,55 \pm 13,39$ años (14-93 años), 58,1% varones. El 26,8% fumadores, 54,7% hipertensos, 20,9% diabéticos y 47% dislipémicos. El 23,1% presentó antecedentes de cardiopatía isquémica, el 14,3% con revascularización coronaria. La comorbilidad media de los pacientes, expresada mediante el índice de Charlson fue reducida, $1 \pm 1,25$. El 15,9% presentó anemia, 15,4% broncopatía, 7,7% insuficiencia renal y 3,4% enfermedad arterial periférica. Un 2,7% estaban diagnosticados de fibromialgia reumática y 17% presentaba tras-

tornos afectivos. Prácticamente la totalidad presentaron una FEVI conservada (98,5%) y 5,1% fibrilación auricular. El 41,4% empleaba antiagregantes plaquetarios, 3,4% anticoagulantes orales, 23,4% betabloqueantes, 17,4% antagonistas del calcio, 22,9% IECAs, 21,5% ARA-II, 20,5% nitratos y el 36,2% estatinas.

Conclusiones: El perfil clínico característico del paciente valorado por UDT corresponde a varón de mediana edad, con presencia de algún factor de riesgo cardiovascular clásico, y con una comorbilidad asociada reducida. La cuarta parte de los casos presentan antecedentes previos de cardiopatía isquémica, con un empleo de fármacos nada despreciable.

C065. UNIDADES DE DOLOR TORÁCICO. ¿SON ÚTILES EN LA ACTUALIDAD?

I. Vegas Vegas, M. Ramírez Marrero, B. Luque Aguirre, D. Gaitán Román, G. Ballesteros Derbenti, N. Fernández Borrego, B. Pérez Villardón, J. Delgado Prieto, J. Pérez Ruíz y M. de Mora Martín

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

Introducción y objetivos: El dolor torácico requiere una estratificación de riesgo precoz dado el pronóstico potencialmente fatal. El objetivo de nuestro estudio fue analizar la utilidad de la Unidad de Dolor Torácico (UDT) mediante el análisis crítico de los resultados obtenidos desde su inauguración.

Métodos: Análisis prospectivo de pacientes consecutivamente derivados a UDT de junio de 2009 a enero de 2011. Se estudiaron diversas variables pronósticas, completándose un seguimiento con mediana de 10 meses.

Resultados: Se incluyeron 639 pacientes, 58,1% hombres, edad media de $59,5 \pm 13,4$ años. Se efectuaron 431 ecocardiografías (67,4%), 361 ergometrías (56,5%), positivas 52; 21 de alto riesgo (índice Duke ≤ -11). Se indicó 106 (16,6%) estudios isotópicos, 5 ecocardiografía de estrés farmacológico y 10 angioTAC de coronarias, 3 patológicos. 67,1% fue alta en la primera visita, 4,9% fue ingresado para coronariografía precoz. De forma ambulatoria se indicaron 48 estudios angiográficos. 57 cateterismos cardíacos (81,4%) mostraron enfermedad angiográfica significativa. Subsidiarios de revascularización coronaria 41 (71,9%) pacientes (10 quirúrgicos y 31 percutáneos). Tras el seguimiento, 18 pacientes (3,4%) ingresaron por SCA; 4 tenían revascularización previa tras coronariografía solicitada desde UDT, en 4 se optó por manejo conservador, 4 con cateterismo "en blanco" y 6 requirieron revascularización coronaria. No se documentaron fallecimientos.

Conclusiones: Las UDT permiten establecer la estratificación pronóstica de los pacientes que acuden a urgencias por dolor torácico de forma precoz, evitándose el desarrollo de complicaciones relacionadas con el evento coronario agudo. De acuerdo a los resultados presentados, estas unidades se muestran de forma incuestionable eficaces.

C066. PREDICTORES INDEPENDIENTES DE INGRESO HOSPITALARIO POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN PACIENTES VALORADOS EN UNA UNIDAD DE DOLOR TORÁCICO

I. Vegas Vegas, M. Ramírez Marrero, B. Luque Aguirre, D. Gaitán Román, N. Fernández Borrego, G. Ballesteros Derbenti, C. Jiménez Rubio, J. Delgado Prieto, J. Pérez Ruíz y M. de Mora Martín

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

Introducción y objetivos: El dolor torácico es causa de asistencia a urgencias frecuente y potencialmente fatal, motivo por el

cual se han creado las unidades de dolor torácico (UDT), como herramienta de estratificación pronóstica. El objetivo es determinar predictores independientes de ingreso por SCA en pacientes evaluados por UDT y considerados de alta.

Métodos: Análisis prospectivo del total de pacientes derivados consecutivamente a UDT, en el período de junio de 2009 a enero de 2011. Se analizaron los porcentajes de pacientes ingresados por SCA tras completar un seguimiento con una mediana de 10 meses.

Resultados: Se incluyeron 639 pacientes, 41,9% mujeres, con edad media de $59,5 \pm 13,4$ años. Tras el seguimiento, 18 pacientes requirieron ingreso por SCA, presentando un perfil de riesgo cardiovascular más elevado que el resto, con edad media mayor ($65,1$ vs $59,2$, $p = 0,05$), mayor prevalencia de cardiopatía isquémica previa ($55,6\%$ vs $20,8\%$, $p = 0,002$), HTA ($83,3\%$ vs $53,8\%$, $p = 0,01$) y DM ($44,4\%$ vs $20,6\%$, $p = 0,02$). Se encontró mayor detección de isquemia en test de inducción previos (100% vs $18,7\%$, $p = 0,0001$), índice Duke de mayor riesgo ($-11,8 \pm -3,6$ vs $5,6 \pm 5,5$, $p = 0,001$) y menor porcentaje de coronarias sin lesiones (0% vs $22,4\%$, $p = 0,06$). El antecedente de cardiopatía isquémica se asoció a mayor riesgo de ingreso por SCA (OR 4,5, IC95% 1,3-16,3), igual que la HTA, aunque sin alcanzar esta última significación estadística (OR 5,8, IC95% 0,7-47,1).

Conclusiones: Los pacientes de alta de UDT que requieren ingreso por SCA tras un seguimiento a medio plazo presentan un perfil de riesgo cardiovascular más desfavorable, con resultados de test de inducción de isquemia previo de mayor riesgo. El antecedente de cardiopatía isquémica se mostró como predictor independiente de ingreso por SCA.

C067. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR EN LAS CONSULTAS DE CARDIOLOGÍA EN RELACIÓN A LAS GUÍAS EUROPEAS DE 2010

G. Barón-Esquivias, F. Gómez, C. Amo, I. Sainz, A. Guisado, J. Adriaenssens, S. Gómez, L. García, L. Vaquero y A. Martínez

Servicio de Cardiología. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivos: El objetivo de nuestro trabajo es describir las características clínicas de los pacientes que padecen fibrilación auricular (FA), atendidos en las consultas de cardiología, el tratamiento antiarrítmico y antiembólico prescrito por los cardiólogos y compararlos con las recomendaciones de las recientes guías de práctica clínica europeas (GPCE) de FA.

Métodos: Analizamos los pacientes atendidos en las consultas de cardiología de nuestro hospital durante dos semanas consecutivas. Se recogieron las características clínicas de los pacientes, el tipo de FA que presentaba, el tratamiento farmacológico y se determinó el riesgo de embolia según diferentes criterios utilizados por las GPCE.

Resultados: De los 759 pacientes atendidos, 160 (21%) presentaban o habían presentado una FA, y fueron incluidos en el registro. Treinta y dos pacientes (20%) era < 65 años y 137 padecían FA no valvular. Existen diferencias respecto al sexo en la edad, presencia de dislipemia, tabaquismo, arteriopatía periférica, en el ritmo que presentaba el ECG y en el tipo de FA y la edad de estas, pero no había diferencias en el tratamiento utilizado. Estaban anticoagulados 95 pacientes y se anticoagulan un 64% con valor CHADS2 ≥ 2 , mientras que solo un 50% con CHA2DS2-VASc ≥ 2 .

Conclusiones: Uno de cada 5 pacientes valorado en nuestras consultas con FA es menor de 65 años, hay diferencias clínicas respecto al sexo y existe una elevada, pero mejorable, adherencia a las recomendaciones de anticoagulación de las GPCE.

C068. CASUÍSTICA DE LOS PACIENTES VALORADOS POR UNA UNIDAD DE SÍNCOPE

I. Vegas Vegas, M. Ramírez Marrero, D. Gaitán Román, B. Luque Aguirre, N. Fernández Borrego, G. Ballesteros Derbenti, A. González González, J. Pérez Ruiz, J. Delgado Prieto y M. de Mora Martín

Servicio de Cardiología. Hospital Carlos Haya. Málaga.

Introducción y objetivos: El síncope es motivo frecuente de asistencia a urgencias, asociado a un pronóstico fatal según su origen. Nuestro objetivo fue analizar la casuística de los pacientes valorados por una Unidad de Síncope (US) desde su inauguración.

Métodos: Análisis prospectivo del total de pacientes consecutivamente derivados a la US desde junio de 2009 a enero de 2011. Se estudiaron variables clínicas y epidemiológicas, diagnóstico establecido y tratamiento indicado.

Resultados: Se incluyeron 209 pacientes, 45,9% mujeres, con edad media $56,5 \pm 20,4$ años (14-91 años). Presentaron hipertensión el 46,3%, 11,9% diabetes, 11,9% cardiopatía isquémica. 68,2% con ECG basal normal. Entre las alteraciones predominó el bloqueo AV (37,5%) y bloqueo completo de rama (31,5%). Se realizó Holter al 56,5%, anodino el 90,4%. El 96,6% no presentaba cardiopatía estructural mediante ecocardiografía. Se efectuó ergometría en 9 pacientes (todos normales) y tilt-test en 31, positivo en el 60% (67% respuesta tipo I). Se indicó test de bipedestación activa en 2 pacientes, con respuesta ortostática en uno. Se requirió Holter insertable en 3 pacientes, uno diagnóstico. El 67,7% fue síncope neuromediado, 10,2% neurológico-psicógeno, 7,1% ortoestatismo, 7,9% cardiogénico y 7,2% no filiado. Se indicó el implante de 7 marcapasos. El síncope cardiogénico se asoció a mayor prevalencia de edad ≥ 40 años (100% vs 71,7%, $p = 0,04$), género masculino (80% vs 48,7%, $p = 0,05$) y ECG basal patológico (100% vs 24,3%, $p = 0,0001$).

Conclusiones: Los pacientes valorados por US presentan un perfil clínico muy heterogéneo. El síncope neuromediado es el diagnóstico más frecuente. El origen cardiogénico se asocia al género masculino, edad mayor de 40 años y ECG basal patológico.

C069. RESULTADOS DE NUESTRA UNIDAD DE DOLOR TORÁCICO Y SÍNCOPE

N. Fernández Borrego¹, M. Ramírez Marrero², D. Gaitán Román², A. Vega Romero¹, N. Hevia Ceva², I. Vegas Vegas¹, B. Luque Aguirre¹ y M. de Mora Martín¹

¹Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga. ²Servicio de Cardiología. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Introducción y objetivos: El dolor torácico junto con el síncope son dos entidades frecuentes que requieren asistencia en urgencias. El dolor torácico representa el 5% de las mismas, mientras que el síncope es responsable del 3%. Objetivo: análisis de los resultados alcanzados por nuestra Unidad de Dolor Torácico y Síncope desde su inauguración.

Métodos: Se realizó un estudio prospectivo de los pacientes derivados consecutivamente a nuestra Unidad desde junio de 2009 a febrero de 2011. Se recogieron diversas variables clínicas y epidemiológicas. Se clasificaron según motivo de derivación y pruebas realizadas. Igualmente se ordenaron según resultados tras la primera visita.

Resultados: Se incluyeron 1.142 pacientes, 632 hombres (55,3%) y 510 mujeres (44,7%), con una edad media de $58,7 \pm 16,6$ años (14-93). Los síntomas motivo de la derivación fueron: dolor torácico en un 57,2%, síncope y presíncope en un 23,3%, palpitaciones 4,7% y otros 14,8%. Las pruebas diagnósticas realizadas en

la primera visita fueron: 429 (37,6%) ergometrías, 878 (76,8%) ecocardiogramas, 260 (22,8%) Holter y 66 (5,8%) Tilt-test. Tras la primera visita el 34,7% fueron altas, 3,2% ingresos y 62,1% revisiones. Tras la revisión efectuada, se procedió al 98,9% de altas a domicilio.

Conclusiones: La Unidad de Dolor Torácico y Síncope mejora la calidad asistencial al ciudadano, permitiendo establecer una estratificación de riesgo precoz del paciente que acude a Urgencias por dolor torácico y/o síncope, disminuyéndose las altas inapropiadas y las complicaciones cardiacas relacionadas, así como el coste hospitalario. Para la consecución de estos objetivos, es necesario que los protocolos diagnósticos se utilicen de forma sistematizada y lo realice personal entrenado.

C071. ANÁLISIS DEL GRADO DE CONTROL LIPÍDICO EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN NUESTRO MEDIO

M. Charneca Contioso¹, M. Gómez Hernández², G. Retegui García de Quesada³, P. Gómez Rodríguez¹ y M. Pérez de la Yglesia³

¹Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. ²Servicio de Medicina Interna. ³Servicio de Cardiología. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Sevilla.

Introducción y objetivos: Analizar el grado de control lipídico en pacientes con cardiopatía isquémica en nuestro medio.

Métodos: Se incluyeron pacientes con cardiopatía isquémica valorados en nuestras consultas de Cardiología del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe provenientes de los Centros de Salud de Bormujos y Tomares entre enero y septiembre de 2010. Se realizó un estudio descriptivo recogiendo datos demográficos basales, factores de riesgo vascular y se analizó el grado de control lipídico actual. Se revisó la última analítica y se recogieron datos sobre colesterol total (CT), LDL, HDL y triglicéridos (TG).

Resultados: Se incluyeron 122 pacientes (80,3% varones, edad media 61,61 años DE 11,36). El análisis de los datos proporcionó valores medios de CT de 172,25 mg/dl (DE 52,105), LDL 96,60 mg/dl (DE 32,910), HDL 45,17 mg/dl (DE 12,913) y TG 160,24 mg/dl (DE 102,740). El análisis de subgrupos proporcionó los siguientes resultados: valores de CT (< 160 mg/dl 47,5%, 160-200 mg/dl 32%, 200-240 mg/dl 13,1%, > 240 mg/dl 7,4%), LDL (< 70 mg/dl 23,8%, 70-100 mg/dl 35,2%, 100-130 mg/dl 25,4%, > 131 mg/dl 15,6%) y TG (< 150 mg/dl 62,3%, 151-200 mg/dl 13,1%, > 200 mg/dl 24,6%).

Conclusiones: Un elevado porcentaje de pacientes isquémicos no presentan un control óptimo lipídico.

C078. EVOLUCIÓN A MEDIO PLAZO DE LA FUNCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA ESTIMADA MEDIANTE SPECKLE BIDIMENSIONAL Y ECOCARDIOGRAFÍA TRIDIMENSIONAL TRAS EL IMPLANTE DE VÁLVULA AÓRTICA PERCUTÁNEA

M. Peña Peña, M. Delgado Ortega, M. Ruiz Ortiz, D. Mesa Rubio, J. Suárez de Lezo Cruz Conde, M. Pan Álvarez-Ossorio, M. Santisteban Sánchez de Puerta, M. Puentes Chiachio, S. Ojeda Pineda y J. López Aguilera

Servicio de Cardiología. Hospital Reina Sofía. Córdoba.

Introducción y objetivos: Estudios recientes con ecocardiografía Speckle Tracking bidimensional (2DSTE) y ecocardiografía tridimensional (Eco-3D) muestran una mejora precoz de la función sistólica global y regional de los pacientes sometidos a implante de válvula aórtica percutánea (TAVI). La evolución de

esas variables después del alta es desconocida. Nuestro objetivo es evaluar la función sistólica ventricular izquierda mediante 2DSTE y Eco-3D en estos pacientes.

Métodos: Se evaluó la deformación regional ventricular izquierda con 2DSTE y la fracción de eyección (FE) global con 2DSTE y Eco-3D en 15 pacientes (edad 77 ± 4 años, 50% varones) al alta tras TAVI y a los 12 meses. Se estudiaron 6 segmentos en la proyección apical 4 cámaras para el análisis de deformación longitudinal miocárdica. La FE se calculó con 2DSTE automáticamente y con Eco-3D mediante la adquisición de un "volumen completo" en apical 4 cámaras (ecocardiógrafo iE 33, Philips). Se compararon los parámetros al alta y a los 12 meses.

Resultados: Ni la FE por 2DSTE ni por Eco-3D mostraron diferencias significativas a los 12 meses frente al alta (2DSTE: 47% vs 52%, $p = 0,8$; 3D-Echo: 53% vs 58%, $p = 0,2$). Tampoco hubo cambios significativos en la deformación segmentaria longitudinal: segmentos anterolateral basal (-19,76% vs -21,24%, $p = 0,6$), anterolateral medio (-14,83% vs -17,26%, $p = 0,5$), septo apical (-20,58% vs -18,91%, $p = 0,6$), lateroapical (-10,28% vs -5,94%, $p = 0,5$), inferoseptal medio (-18,83% vs -14,49%, $p = 0,1$) e inferoseptal basal (-8,94% vs -10,52%, $p = 0,1$) (todas las comparaciones: 12 meses vs alta).

Conclusiones: Este estudio no muestra cambios significativos en FE global ni regional tras 12 meses de seguimiento frente al alta en pacientes sometidos a TAVI.

C081. DIFERENCIAS EN LA INCIDENCIA DE HOSPITALIZACIONES POR INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DE ST EN LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS

E. Quesada Pérez, E. Vázquez, A. Fajardo, J. Torres, V. Aragón y C. Adamuz

Unidad de Gestión Clínica de Cardiología. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén.

Introducción y objetivos: Informaciones recientes indican que las hospitalizaciones por enfermedad coronaria han descendido en los últimos años. El IAM con elevación de ST (SCACEST) es una de las entidades clínicas más precisas para comparar prevalencia de enfermedad aterosclerótica entre distintos periodos de tiempo. El objetivo del presente estudio es analizar la diferencia en la incidencia de hospitalizaciones por SCACEST en los últimos 20 años.

Métodos: Analizamos la incidencia de hospitalizaciones por SCACEST en nuestro centro en los años 1991-1993 y 2009-2010. Valoramos las diferencias del perfil clínico de los p entre los dos periodos de tiempo.

Resultados: En los años 91-93 ingresaron 339 p con SCACEST, lo que representa una incidencia anual de 48,2/100.000 habitantes. En los años 2009-2010 ingresando 152 p con ese diagnóstico, lo que representa 29,6/100.000 habitantes. Los p ingresados en 2009-2010 eran mayores ($66,5 \pm 10,9$ vs $70,7 \pm 13,4$; $p = 0,04$) y había un menor porcentaje de localización anterior del infarto (35,1% vs 43,4%; $p = 0,08$). Al 14,4% de los p ingresados en 2009-2010 no se les realizó revascularización farmacológica ni mecánica. Mayor edad fue el único predictor independiente de la no realización de revascularización (OR: 0,8; IC 95%: 0,73-0,87; $p = 0,0001$).

Conclusiones: 1) Las hospitalizaciones por SCACEST han descendido de forma significativa en nuestro medio en los últimos 20 años. 2) La edad de los pacientes ha aumentado fundamentalmente en la población femenina 3) Mayor edad es el único predictor de no revascularización en el manejo actual de la enfermedad.

C082. PREVALENCIA DE ANEMIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA Y FUNCIÓN SISTÓLICA PRESERVADA

L. Fernández López¹, T. Gil Jiménez¹, C. Medina Palomo¹, A. Ramírez Moreno², J. Siles Rubio², C. Corona Barrio¹, P. Chinchurreta Capote¹, F. Martínez García², F. Torres Calvo¹ y L. Íñigo García¹

¹Servicio de Cardiología. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga.

²Servicio de Cardiología. Hospiten Estepona. Málaga.

Introducción y objetivos: La anemia es un problema frecuente en pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) y función sistólica (FS) deprimida, conllevando un pronóstico adverso. Evaluar la prevalencia de anemia en nuestra población de pacientes con IC y FS preservada.

Métodos: Analizamos nuestros registros de IC que incluyó en forma prospectiva y consecutiva a 211 pacientes que ingresaron en nuestros servicios y a los que posteriormente se le hizo seguimiento en nuestras consultas externas de enero a septiembre de 2010. Excluimos del presente trabajo aquellos enfermos IC valvular primaria o cardiopatía congénita. La anemia fue definida como hematocrito $< 36\%$ en mujeres y $< 40\%$ en hombres.

Resultados: El 37% ($n = 78$) del total de enfermos presentaron FS preservada. La IC con FS preservada fue más frecuente en mujeres (52,6% vs 27,1%, $p < 0,01$) que en hombres y el antecedente de IAM fue más frecuentes en pacientes con FS deprimida que con FS preservada (30% vs 14,1%, $p < 0,05$). No encontramos diferencias significativas en las otras variables demográficas analizadas, incluyendo el nivel de creatinina en sangre. La prevalencia de anemia en pacientes con FS deprimida y conservada fue respectivamente de 45,1% vs 43,5%, $p = ns$.

Conclusiones: Al igual que en los enfermos con IC y FS deprimida, la anemia también es un problema frecuente en aquellos que presentan función sistólica preservada. Futuros estudios deberían analizar su significado pronóstico y diferentes estrategias terapéuticas.

C084. VALORES NORMALES DE DEFORMACIÓN MIOCARDICA MEDIANTE ECOCARDIOGRAFÍA SPECKLE TRACKING BIDIMENSIONAL EN PACIENTES CON TRASPLANTE CARDIACO EN EL PRIMER AÑO EN AUSENCIA DE RECHAZO CELULAR AGUDO

M. Puentes Chiachio, M. Ruiz Ortiz, D. Mesa Rubio, M. Delgado, E. Romo Peñas, M. Peña Peña, M. Santisteban Sánchez de Puerta, A. López Granados, J. Arizón del Prado y J. Suárez de Lezo Cruz Conde

Servicio de Cardiología. Hospital Reina Sofía. Córdoba.

Introducción y objetivos: El objetivo consiste en describir los valores normales de deformación miocárdica mediante ecocardiografía speckle tracking bidimensional (2DSTE) en pacientes trasplantados cardiacos en el primer año tras el procedimiento.

Métodos: Del 1.Septiembre.2009 al 30.Noviembre.2010 se realizó un examen de 2DSTE (iE33, Philips) en las primeras 5 horas tras la realización de la biopsia endomiocárdica (BEM) rutinaria en todos los pacientes consecutivos trasplantados de corazón en nuestro centro en su primer año postrasplante. Seleccionamos para este análisis todos aquellos estudios que coincidieron con ausencia de rechazo celular agudo (grado 0) en la BEM. Se determinaron, por 2DSTE, la deformación miocárdica radial y circunferencial del ventrículo izquierdo (VI) a nivel de los músculos papilares en el eje corto y la deformación miocárdica longitudinal de los ventrículos derecho (VD) y VI en la visión apical cuatro cámaras.

Resultados: De los 73 estudios realizados 4 ± 3 meses después del trasplante cardiaco en 18 pacientes (51 ± 16 años, 83% hombres), 30 coincidieron con ausencia de rechazo celular agudo. Los valores de deformación miocárdica en los distintos segmentos oscilaron entre $12,76 \pm 9,17$ y $21,57 \pm 10,44$ (longitudinal VI), $22,91 \pm 9,62$ y $27,70 \pm 14,57$ (longitudinal VD), $21,16 \pm 11,65$ y $41,28 \pm 16,52$ (radial VI); y $15,02 \pm 5,97$ y $26,11 \pm 8,98$ (circunferencial VI).

Conclusiones: En nuestro conocimiento, este es el primer estudio que describe los valores normales de deformación miocárdica obtenidos por ecocardiografía speckle tracking bidimensional en pacientes trasplantados cardiacos en el primer año tras el procedimiento, en ausencia de rechazo celular agudo histológicamente probado en el momento de la evaluación.

C087. DIFERENCIAS EN LOS HALLAZGOS DEL ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ACCIDENTE ISQUÉMICO CEREBRAL CRIPTOGÉNICO TRANSITORIO O ESTABLECIDO

J. Torres Llergo, E. Quesada Pérez, C. Lozano Cabezas, M. Padilla Pérez, E. Vázquez Ruiz de Castroviejo, M. Fernández Olmo, V. Aragón Extremera, F. García García y C. Adamuz Ruiz

Servicio de Cardiología. UGC Cardiología. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén.

Introducción y objetivos: La utilidad del ecocardiograma transesofágico (ETE) en el diagnóstico etiológico de eventos isquémicos cerebrales criptogénicos ha sido claramente establecida. El objetivo del estudio fue analizar las diferencias encontradas en el ETE realizado a los dos tipos de accidentes isquémicos cerebrales (AIT vs Ictus).

Métodos: Se incluyeron de forma consecutiva entre 2004 y 2010, a 90 pacientes sometidos a ETE por sospecha de evento cerebral criptogénico tras estudio neurológico completo. La indicación de la prueba fue a cargo de Neurología. Se estudió la prevalencia de foramen oval permeable (FOP), aneurisma de septo interauricular (ASA) y ateromatosis aórtica (AA).

Resultados: La mitad de los casos ($n = 45$) presentó un AIT. No se observaron diferencias significativas en la edad media ($43,5$ vs $45,9$ años; $p = 0,25$) ni en la presencia de factores de riesgo cardiovascular entre ambos grupos. La prevalencia de sexo femenino fue mayor en el grupo de AIT ($57,8$ vs $33,3\%$; $p = 0,02$). Las tasas de FOP, ASA y FOP más ASA fueron similares en los grupos de AIT y AVC ($11,1$ vs $17,8\%$; $p = 0,37$; $8,9$ vs $6,4\%$; $p = 0,67$ y $6,7$ vs $2,2\%$; $p = 0,61$ respectivamente). El grado de ateromatosis aórtica fue mayor en el grupo de AVC ($2,2$ vs $15,6\%$; $p = 0,058$). La actitud terapéutica adoptada finalmente tampoco difirió entre grupos: antiagregación $84,6\%$ vs $77,3\%$, anticoagulación $7,7$ vs $15,9\%$, cierre percutáneo $2,6$ vs $6,8\%$ ($p = 0,92$).

Conclusiones: Existe una mayor prevalencia de ateromatosis aórtica en aquellos pacientes con ictus respecto a los que presentan AIT. La tasa de FOP y ASA fue similar.

C088. ICTUS DE ORIGEN DESCONOCIDO EN PACIENTES MAYORES DE 55 AÑOS: ¿ES ÚTIL REALIZAR UNA ECOCARDIOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA?

J. Torres Llergo, P. Castellano García, C. Lozano Cabezas, M. Padilla Pérez, E. Vázquez Ruiz de Castroviejo, M. Fernández Olmo, E. Quesada Pérez, V. Aragón Extremera, F. García García y C. Adamuz Ruiz

Servicio de Cardiología. UGC Cardiología. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén.

Introducción y objetivos: En el estudio de pacientes menores de 55 años con ictus criptogénico la ecocardiografía transesofágica

(ETE) se muestra como una prueba especialmente útil. Se investigó la rentabilidad de la ETE en pacientes mayores de 55 años e ictus de origen desconocido.

Métodos: En un período de 6 años, se incluyeron 14 pacientes ≥ 55 años a los que se le realizó una ETE, por los 76 realizados en < 55 años. Se analizó y comparó la prevalencia de foramen oval permeable (FOP), aneurisma de septo interauricular (ASA), la combinación de ambos y de ateromatosis aórtica (AA).

Resultados: La proporción de mujeres y el perfil de riesgo cardiovascular fue similar en ambos grupos. El grupo de mayor edad presentó una menor tasa de AIT ($35,7$ vs $52,6\%$; $p = 0,24$). El hallazgo de FOP, ASA y FOP más ASA en los grupos de ≥ 55 y < 55 años fue del $28,6$ vs $11,8\%$ ($p = 0,11$), $7,1$ vs $6,6\%$ ($p = \text{NS}$) y $7,1$ vs $3,9\%$ ($p = 0,5$) respectivamente. Se observó una mayor proporción de forma significativa de ateromatosis aórtica en los del primer grupo ($42,9$ vs $2,6\%$; $p < 0,001$) y el diagnóstico final de la ETE resultó ser (≥ 55 vs < 55 años) normal en el $35,7$ vs 80% , FOP $28,6$ vs 12% y AA $28,6$ vs $1,3\%$ ($p < 0,001$).

Conclusiones: La ETE es útil en el grupo de pacientes mayores de 55 años con ictus de origen desconocido, dado el alto porcentaje de casos con algún hallazgo patológico. La ateromatosis aórtica explicaría parte de su etiología.

C097. ESTUDIO DE LA FUNCIÓN RENAL EN PACIENTES DIABÉTICOS CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

M. Gómez Hernández¹, P. Gómez Rodríguez², G. Retegui García de Quesada³, M. Charneca Contioso², J. Marín Morgado³ y M. Ruiz Borrell³

¹Servicio de Medicina Interna. ²Servicio de Medicina de Familia. ³Servicio de Cardiología. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Sevilla.

Introducción y objetivos: Analizar la función renal en pacientes diabéticos con cardiopatía isquémica atendidos en consultas externas.

Métodos: Estudio descriptivo de la función renal en una muestra de pacientes diabéticos con cardiopatía isquémica atendidos en Consultas Externas de Cardiología del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe a lo largo del año 2010. Se analizaron variables como la hemoglobina glicosilada, creatinemia, filtrado glomerular indexado por superficie corporal y la relación microalbuminuria/creatinuria en sangre.

Resultados: Se incluyeron 194 pacientes ($63,5\%$ varones; edad media $70,81$ años, DE $8,18$) El análisis de los datos proporcionó los siguientes valores medios: hemoglobina glicosilada $7,5\%$ (de $1,43$), creatinina $1,12$ mg/dl (DE $1,43$), estimación del filtrado glomerular indexado (EFG) $74,7$ mL/min/ $1,73$ m² (DE $31,8$). El valor del cociente microalbuminuria/creatinuria presentó una mediana de $15,81$ (IC95% $9,6-40$). No se encontraron diferencias significativas entre sexos en las variables hemoglobina glicosilada ($p = 0,9$), creatinina ($p = 0,31$), cociente microalbuminuria/creatinuria ($p = 0,198$). La EFG sí resultó significativamente mayor en varones ($p = 0,002$). Del total de paciente analizados un $5,2\%$ presentaba EFG < 30 mL/min/ $1,73$ m², un $31,1\%$ entre 30 y 60 , $33,2\%$ entre 60 y 90 y en un $30,6\%$ mayor de 90 . Del total de pacientes analizados en un $59,9\%$ de pacientes el valor de microalbuminuria/creatinuria fue menor de 30 .

Conclusiones: Los datos obtenidos muestran alteración de la función renal en una importante proporción de pacientes diabéticos.

C098. DIFERENCIAS EN CONTROL DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR ENTRE AMBOS SEXOS

M. Gómez Hernández¹, M. Charneca Contioso²,
G. Retegui García de Quesada³, P. Gómez Rodríguez²,
R. Pérez de la Yglesia³ y A. Revello Bustos³

¹Servicio de Medicina Interna. ²Servicio de Medicina de Familia.
³Servicio de Cardiología. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe.
Sevilla.

Introducción y objetivos: Analizar el grado de control de factores de riesgo cardiovascular en pacientes con cardiopatía isquémica en seguimiento en nuestras consultas de Cardiología y valorar si existen diferencias entre ambos sexos.

Métodos: Estudio descriptivo y comparativo entre sexos, de una muestra de pacientes con cardiopatía isquémica atendidos en las Consultas Externas de Cardiología. Las variables analizadas fueron edad, índice de masa corporal (IMC), hemoglobina glicada (HbA1c), perfil lipídico, tensión arterial (TA), frecuencia cardiaca, creatinemia y filtrado glomerular.

Resultados: Se incluyeron 197 pacientes (63,5% varones). Encontramos diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos en edad ($p = 0,002$); colesterol total ($p = 0,001$), LDL ($p = 0,012$), HDL ($p = 0,012$), TAS ($p = 0,006$) todos ellos mayores en el sexo femenino, y en filtrado glomerular que fue significativamente mayor en varones ($p = 0,001$).

Conclusiones: El control del perfil lipídico y de la tensión arterial sistólica fue significativamente mejor en los varones de la población analizada. No se encontraron diferencias en el resto de factores analizados.

C099. CONTROL GLUCÉMICO EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

M. Gómez Hernández¹, P. Gómez Rodríguez²,
G. Retegui García de Quesada³, M. Charneca Contioso²,
M. Gonzales Vargas Machuca³ y M. Ruiz Borrell³

¹Servicio de Medicina Interna. ²Servicio de Medicina de Familia.
³Servicio de Cardiología. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Sevilla.

Introducción y objetivos: Analizar el grado de control glucémico y el tratamiento que realizan los pacientes diabéticos con cardiopatía isquémica atendidos en nuestras consultas de Cardiología.

Métodos: Estudio descriptivo de una muestra de pacientes diabéticos con cardiopatía isquémica atendidos en Consultas Externas de Cardiología del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe a lo largo del año 2010. Se analizaron variables demográficas (sexo, edad), asociación con otros factores de riesgo, el valor de la hemoglobina glicosilada en control analítico y el tipo de tratamiento que recibían.

Resultados: Se incluyeron 197 pacientes (63,5% varones; edad media 70,81 años, DE 8,18). El valor medio de Hemoglobina glicosilada fue de 7,5 g/dl (DE 1,43). En el 86,8% de los casos se apreciaba coexistencia de hipertensión arterial y en el 77,2% de hiperlipidemia. Del total de pacientes analizados en el 27,9% la hemoglobina glicosilada (HbA1c) se encontraba por debajo de 6,5 g/dl; en un 25,4% entre 6,5 y 7,5 g/dl; en un 22,8% entre 7,5 y 8,5 g/dl; y en un 23,9% por encima de 8,5 g/dl. Con respecto al tratamiento el 60,4% del total de pacientes tomaba antidiabéticos orales, el 17,8% en tratamiento con Insulina, el 5,6% en tratamiento higiénico dietético y el 16,2% con terapia combinada (ADO e insulina).

Conclusiones: En el estudio realizado el control glucémico valorado mediante HbA1c, fue correcto en una gran proporción de la población analizada. El tratamiento más utilizado fueron los antidiabéticos orales.

C101. CONTROL DE PERFIL LIPÍDICO EN PACIENTES DIABÉTICOS CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

M. Gómez Hernández¹, M. Charneca Contioso²,
G. Retegui García de Quesada³, P. Gómez Rodríguez²,
B. Pérez Cano³ y M. Ruiz Borrell³

¹Servicio de Medicina Interna. ²Servicio de Medicina de Familia.
³Servicio de Cardiología. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe.
Sevilla.

Introducción y objetivos: Analizar el grado de control lipídico en pacientes diabéticos con cardiopatía isquémica atendidos en nuestras consultas de Cardiología.

Métodos: Estudio descriptivo de una muestra de pacientes diabéticos con cardiopatía isquémica atendidos en las Consultas Externas de Cardiología del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe a lo largo de 2010. Se analizaron variables demográficas (sexo, edad), factores de riesgo (hipertensión arterial, hiperlipidemia...) y valores de colesterol total, LDL, HDL y triglicéridos en la analítica previa a la atención.

Resultados: Se incluyeron 197 pacientes (63,5% varones; edad media 70,81 años, DE 8,18). En el 86,8% de los casos se apreciaba coexistencia de hipertensión arterial y en el 77,2% de hiperlipidemias. Los valores medios obtenidos fueron: colesterol total 163,58 mg/dl (DE 37,95), HDL colesterol 43,77 mg/dl (DE 12,35), LDL-colesterol 91,12 mg/dl (DE 30,99), triglicéridos 172,08 mg/dl (DE 100,94). En cuanto a los valores objetivos se apreció que el 64,5% de los pacientes presentaban un LDL < 100 mg/dl y un 29,4% < 70 mg/dl.

Conclusiones: En el estudio realizado el control de los parámetros lipídicos fue subóptimo en una importante proporción de pacientes.

C102. IMPACTO DE NUEVAS TÉCNICAS ECOCARDIOGRÁFICAS EN LA DISCRIMINACIÓN ENTRE MIOCARDIOPATÍA DILATADA DE ORIGEN ISQUÉMICO Y NO ISQUÉMICO

M. Puentes Chiachio, E. Romo Peñas, D. Mesa Rubio,
M. Ruiz Ortiz, M. Delgado Ortega, M. Peña Peña,
M. Santisteban Sánchez de Puerta, E. Villanueva Fernández,
F. Toledano y J. Suárez de Lezo Cruz Conde

Servicio de Cardiología. Hospital Reina Sofía. Córdoba.

Introducción y objetivos: El objetivo consiste en analizar la utilidad de la ecocardiografía speckle tracking bidimensional (2DSTE) y tridimensional (3DE) en la discriminación entre miocardiopatía dilatada de etiología isquémica y no isquémica.

Métodos: Del 1. Septiembre.2009 al 31. Diciembre.2010 se realizaron exámenes ecocardiográficos (iE33, Philips) a 40 pacientes diagnosticados de miocardiopatía dilatada, de ellos 15 de etiología isquémica. La etiología isquémica o no se estableció por la historia clínica y exploraciones complementarias previas. En ambos grupos, se midió la fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) mediante método Simpson, 2DSTE y 3DE, y la deformación miocárdica máxima (DMC) radial y circunferencial en la proyección de eje corto a nivel de músculos papilares y la longitudinal en la proyección de cuatro cámaras mediante 2DSTE.

Resultados: Entre los pacientes isquémicos o no isquémicos no hubo diferencias significativas en la FEVI (Simpson%, 27,69 ± 9,56 vs 26,92 ± 7,20, $p = 0,78$; 2DSTE%, 21,33 ± 8,76 vs 23,51 ± 7,8, $p = 0,44$; 3DE%, 23,97 ± 8,40 vs 28,86 ± 10,28, $p = 0,14$). Tampoco hubo diferencias significativas en la DMC global (radial%, 11,86 ± 6,14 vs 11,53 ± 6,52, $p = 0,89$; circunferencial%, -8,22 ± 2,79 vs -9,16 ± 3,04, $p = 0,40$, longitudinal%, -8,69 ± 3,09 vs -8,50 ± 2,90, $p = 0,85$). Solo hubo diferencias significativas en el análisis de la

DMC de dos segmentos (DMC circunferencial antero-lateral medio $-6,15 \pm 4,88$ vs $-11,63 \pm 5,93$, $p = 0,046$; DMC longitudinal infero-septal medio $-11,47 \pm 5,94$ vs $-7,55 \pm 4,37$ $p = 0,030$).

Conclusiones: El análisis de la deformación miocárdica máxima con ecocardiografía speckle tracking bidimensional y de la fracción de eyección ventricular izquierda con ecocardiografía tridimensional y speckle tracking no resultó de utilidad en nuestra serie para discriminar la etiología de la miocardiopatía dilatada.

C103. UTILIDADES Y LIMITACIONES DEL ECOCARDIOGRAMA DE BOLSILLO EN CARDIOLOGÍA CLÍNICA

G. Merchán Ortega¹, N. Bolívar Herrera¹, S. Muñoz Troyano¹, M. Aguado Martín¹, G. López Martínez² y R. Lázaro García¹

¹Servicio de Cardiología. ²Servicio de Medicina Interna. Centro Hospitalario Torrecárdenas. Almería.

Introducción y objetivos: En los últimos años, ha aparecido una herramienta que puede resultar de gran utilidad para el cardiólogo clínico: el ecocardiograma “de bolsillo”. Este dispositivo portátil (de aproximadamente 75×135 mm) nos va a permitir a la cabecera del paciente, valorar todo tipo de patologías cardíacas. Sin embargo, al no presentar por ahora doppler continuo y pulsado, en muchos casos no nos va a eximir de solicitar un estudio ecocardiográfico convencional posterior. Objetivo: valorar la importancia de esta emergente herramienta, comparando los hallazgos obtenidos con ecografía de bolsillo versus ecografía transtorácica convencional.

Métodos: El estudio consiste en comparar 50 pacientes en los que realizamos estudio ecocardiográfico portátil y posteriormente estudio ecocardiográfico convencional. Se ha utilizado, el VSCAN (GE®), como ecocardiógrafo de bolsillo; y el Philips IE33, como ecocardiógrafo convencional. Todos los estudios han sido realizados por dos mismos operadores un adjunto y un residente de cardiología. El estudio convencional ha sido realizado por adjuntos del laboratorio de ecocardiografía. Según los datos obtenidos, para comparar ambas pruebas diagnósticas en las diferentes patologías cardíacas, se han calculado los siguientes parámetros estadísticos: sensibilidad, especificidad, VPP, VPN y curvas ROC.

Resultados: Se ha obtenido que la concordancia entre ambas pruebas es adecuada, observando que el VSCAN presenta una buena sensibilidad, especificidad y VPP para la mayoría de las patologías cardíacas estudiadas.

Conclusiones: Estamos ante una gran herramienta de screening, que utilizada adecuadamente y por personal formado puede resultarnos de gran utilidad; permitiéndonos realizar aproximaciones diagnósticas precoces y en algunos casos, disminuir peticiones al laboratorio de ecocardiografía.

C104. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE LAS DISTINTAS MANIOBRAS DE CONTRAPRESIÓN EN EL SINCOPE VASOVAGAL RECURRENTE

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

Hospital Alto Guadalquivir. Jaén.

Introducción y objetivos: El síncope vasovagal recurrente es una entidad prevalente de buen pronóstico que altera la calidad de vida. Objetivo: analizar que maniobras de contrapresión

(MCP) son más efectivas para la elevación de la tensión arterial (TA) y frecuencia cardíaca (FC) en pacientes con síncope vasovagal recurrente con tilt-test positivo (TT).

Métodos: Se programaron sesiones de entrenamiento en grupos de 3 pacientes. En cada sesión la enfermera realizaba: 1) charla educativa de la enfermedad, pródromos y medidas higiénico-dietéticas; 2) entrenamiento con ejercicios isométricos seguidos de relajación registrando TA y FC con el ejercicio y tras la relajación. El seguimiento fue telefónico anual, recogiendo: número de eventos, mortalidad, aplicación de medidas y mejora en la calidad de vida.

Resultados: Incluimos 14 pacientes, de 43 ± 20 años (rango 13-70), el 50% eran varones. El 36% tenía un TT positivo mixto y el 64% cardioinhibitorio. Todas la MCP fueron efectivas para la elevación de la TA ($p < 0,001$). Para el aumento de FC, las maniobras que demostraron mejoría significativa fueron las MCP de manos (87 ± 10 vs 67 ± 7 lpm), abdomen (85 ± 10 vs 67 ± 7 lpm) y muslos (84 ± 13 vs 68 ± 9 lpm), $p < 0,001$. El seguimiento fue de 32 ± 20 meses. El número de síncope disminuyó de 4,6 a 1,3 al año ($p < 0,001$). El 97% aplicaron las medidas enseñadas, siendo efectivas en el 100%. Todos experimentaron mejoría en la calidad de vida.

Conclusiones: Las MCP más efectivas son las de manos, abdomen y muslos. El entrenamiento de estos pacientes permite reducir el número de eventos y mejorar la calidad de vida.

C105. INFLUENCIA DEL SÍNDROME ANÉMICO EN LA EVOLUCIÓN DE PACIENTES INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA

L. Fernández López¹, T. Gil Jiménez¹, C. Medina Palomo¹, J. Siles Rubio², A. Ramírez Moreno², P. Chinchurreta Capote¹, C. Corona Barrio¹, F. Torres Calvo¹, L. Íñigo García¹ y F. Ruiz Mateas¹

¹Servicio de Cardiología. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga.

²Servicio de Cardiología. Hospiten Estepona. Málaga.

Introducción y objetivos: La anemia se presenta frecuentemente asociada en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) contribuyendo a un aumento de la comorbilidad. Por otro lado, se relaciona con progresión de síntomas, intolerancia al ejercicio y aumento de la mortalidad. Determinar prevalencia de anemia en pacientes ingresados por IC descompensada y su influencia en la evolución al seguimiento.

Métodos: Desde enero a mayo de 2009 se analizaron retrospectivamente los pacientes ingresados en nuestros servicios con IC descompensada, realizándose seguimiento al año.

Resultados: Se incluyeron 180 pacientes con una edad media de $72 \pm 10,1$ (54% mujeres). Uno de cada tres pacientes que ingresaron por insuficiencia cardíaca presentaban anemia. Los niveles medios de hemoglobina en los pacientes anémicos fueron $8,5 \pm 1,2$ mg/dl (7,3-11,2). Realizamos transfusión al 10% de los pacientes que presentaban anemia al ingreso. El 60% de los pacientes anémicos reingresó por IC descompensada, mientras que la tasa de reingreso en los no anémicos fue del 23,3% ($p < 0,05$). Entre los pacientes anémicos la mortalidad fue del 20%, en tanto en los que no tuvieron anemia fue del 23,3% ($p = ns$). El 53,3% de los pacientes anémicos tenía una FEVI $< 40\%$, no existiendo diferencias respecto al grupo de los no anémicos ($p = ns$).

Conclusiones: Existe una elevada prevalencia de anemia en pacientes ingresados en nuestro medio por IC descompensada. Dado que la tasa de reingresos por IC descompensada fue mayor en los pacientes anémicos, quizás debemos ser más agresivos a la hora transfundir durante su estancia hospitalaria en este tipo de pacientes.

C107. FACTORES PRONÓSTICOS A LARGO PLAZO EN PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA DILATADA NO ISQUÉMICA

I. Ruiz Zamora, J. García Pinilla, J. Robledo Carmona, C. Jurado Canca, J. Rodríguez Capitán, G. Isasti Aizpurua, L. Morcillo Hidalgo, F. Carrasco Chinchilla y E. de Teresa Galván

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción y objetivos: Los pacientes con disfunción ventricular izquierda de origen isquémico están sobrerrepresentados en la mayor parte de los estudios clínicos, existiendo menor evidencia sobre los factores pronósticos de aquéllos con disfunción ventricular de origen no isquémico. El objetivo de este estudio es valorar los factores que se relacionan con una peor evolución clínica en estos últimos.

Métodos: Cohorte retrospectiva de una serie de 149 pacientes ambulatorios con miocardiopatía dilatada no isquémica. Se analizaron variables clínicas, ecocardiográficas, el tratamiento farmacológico, el implante de dispositivos, la mortalidad de origen cardiovascular y las descompensaciones agudas.

Resultados: Tras un seguimiento medio de 32,4 meses, la mortalidad fue del 9,5% y la incidencia del evento combinado -muerte y rehospitalización- del 14,8%. La mayor tasa de eventos se relacionó en el análisis bivariante con la presencia de BRIHH (24,7% vs 8,8%, $p = 0,025$), insuficiencia mitral (43,5% vs 9,6%, $p = 0,000$), ausencia de mejoría de la función sistólica ventricular izquierda (22,7% vs 8,4% $p = 0,02$), implante de DAI (24,2% vs 8,1% $p = 0,09$), implante de TRC (27,8% vs 2,7% $p = 0,01$) y tratamiento con antialdosterónicos (27,4% vs 2,7%, $p = 0,004$). En el análisis multivariante mediante regresión de Cox, la presencia de insuficiencia mitral y el tratamiento con antialdosterónicos fueron predictores independientes de eventos (HR 2,3; IC95% 1,07-6,09; $p = 0,038$; y HR 6,6 IC95% 1,07-29,5; $p = 0,02$; respectivamente).

Conclusiones: En nuestra serie, el pronóstico de los pacientes se relacionó de manera independiente con la presencia de insuficiencia mitral significativa y el tratamiento con antialdosterónicos.

C108. MEJORÍA DE LA FUNCIÓN SISTÓLICA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO EN PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA DILATADA NO ISQUÉMICA

I. Ruiz Zamora, J. García Pinilla, I. Rodríguez Bailón, G. Isasti Aizpurua, J. Rodríguez Capitán, C. Jurado Canca, L. Morcillo Hidalgo, J. Robledo Carmona, F. Carrasco Chinchilla y A. Muñoz García

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción y objetivos: Los pacientes con disfunción ventricular izquierda (DVI) no isquémica pueden mostrar reversibilidad de esta durante su evolución clínica. El objetivo de este estudio es determinar los factores que se relacionan con la mejoría de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) en pacientes con DVI no isquémica.

Métodos: Cohorte retrospectiva de una serie de 143 pacientes ambulatorios con miocardiopatía dilatada no isquémica. Se analizaron variables clínicas, ecocardiográficas y terapéuticas. Mediante análisis multivariante se estudió las variables relacionadas de manera independiente con la mejoría de la DVI.

Resultados: Edad media 60,5 años; mujeres, 30%. La etiología más frecuente fue la idiopática (32,9%) seguida de la enólica (26,6%), miocarditis (18,9%), hipertensiva (18,2%). El 96% de los pacientes recibían betabloqueantes, el 96% IECAs/ARAI y el 51% antialdosterónicos; el 42,7% de los pacientes portaban DAI de los cuales el 72,1% tenían TRC asociado. Tras un seguimiento medio de 25 meses, se objetivó mejoría de la FEVI en un 55%. La

ausencia de mejoría de la FEVI se relacionó de manera independiente con la edad (OR 0,96, IC95% 0,93-0,99, $p = 0,006$), consumo activo de alcohol (OR 0,43, IC95% 0,03-0,64, $p = 0,02$), presencia de insuficiencia mitral significativa (OR 0,13 IC95% 0,38-0,45, $p = 0,001$) y tratamiento con antialdosterónicos (OR 0,42, IC95% 0,19-0,91, $p = 0,029$).

Conclusiones: Se objetivó mejoría de la FEVI en aproximadamente la mitad de la serie. La ausencia de mejoría de la FEVI se relacionó de manera independiente con la edad, el consumo activo de alcohol, la insuficiencia mitral significativa y el tratamiento con antialdosterónicos.

C111. MORFOLOGÍA DEL SEPTO INTERVENTRICULAR: NUEVO PREDICTOR DE BLOQUEO A-V TRAS LA IMPLANTACIÓN DE VÁLVULA AÓRTICA PERCUTÁNEA

L. Cejudo Díaz del Campo¹, M. Romero¹, M. Pan¹, J. López¹, E. Villanueva¹, S. Espejo², S. Ojeda¹, J. Suárez de Lezo Herrerros de Tejada¹, F. Mazuelos¹ y J. Suárez de Lezo Cruz-Conde

¹Servicio de Cardiología. ²Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción y objetivos: La afectación de la conducción auriculoventricular es una complicación conocida tras el implante de válvula aórtica percutánea Corevalve (TAVI). Se han descrito como predictores para implantar marcapasos definitivo, la presencia de bloqueo completo de rama derecha (BCRDHH) previo y la profundidad de la válvula en relación al seno no coronario. Este estudio evalúa el efecto de la morfología del septo interventricular (SIV) en tomografía computarizada de 64 cortes (TAC) en la incidencia de bloqueo AV completo tras el implante.

Métodos: En nuestra serie de 110 pacientes, con EAo severa tratados con TAVI, se analizaron variables obtenidas en clínica, ecocardiograma, angiografía y TAC realizados previo al implante. Se excluyeron cuatro pacientes con marcapasos previo. En TAC se analizó el máximo espesor del septo y la distancia desde el anillo hasta la protuberancia del septo subanular (AASB).

Resultados: 28 pacientes precisaron marcapasos por bloqueo AV completo (26%). Ninguna variable clínica ni ecocardiográfica indicó la necesidad de marcapasos. La profundidad valvular no aumentó la necesidad de marcapasos (13,2 ± 4 vs 12,7 ± 4 mm, p : ns). El único predictor electrocardiográfico fue la presencia de BCRDHH previo (76% vs 17%, $p < 0,001$). Con respecto al TAC, pacientes con poca distancia AASB precisaron con más frecuencia marcapasos (15 ± 5 vs 19 ± 6 mm, $p < 0,05$). Existieron diferencias significativas en el espesor máximo del SIV con respecto a la presencia de bloqueo AV completo (16 ± 4 vs 18 ± 3 mm, $p < 0,1$).

Conclusiones: TAC proporciona información útil sobre anatomía del SIV y tracto de salida, ayudando a identificar pacientes con riesgo de bloqueo AV completo tras TAVI.

C112. CALCIFICACIÓN SUBANULAR: NUEVO PREDICTOR DE INSUFICIENCIA AÓRTICA SIGNIFICATIVA EN LAS VÁLVULAS AÓRTICAS PERCUTÁNEAS

L. Cejudo Díaz del Campo, J. Suárez de Lezo Herrerros de Tejada, M. Pan Álvarez-Ossorio, E. Villanueva, J. López, J. Segura, M. Romero, F. Mazuelos y J. Suárez de Lezo Cruz-Conde

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción y objetivos: La válvula aórtica percutánea (TAVI) ha demostrado ser eficaz en estenosis aórtica (EAo) severa. Sin

embargo, tras el implante puede aparecer insuficiencia aórtica (IAo) significativa. El objetivo de este estudio fue evaluar el impacto de la presencia de calcio subanular en tomografía computarizada de 64 cortes (TAC) sobre la incidencia de IAo significativa tras el implante.

Métodos: En nuestra serie de 110 pacientes, de 77 ± 5 años, con EAo severa tratada con TAVI, se analizaron las variables obtenidas en la clínica, el ecocardiograma, angiografía y TAC realizados previo al implante.

Resultados: Se implantaron con éxito en 109 pacientes (99%). El tamaño valvular válvula fue 29 mm en 37 (34%) y 26 mm en 72 (66%). Se posdilataron en 42 pacientes (38%). Tras el procedimiento, apareció IAo significativa en 22 pacientes (17 grado II y 5 grado III), e insuficiencia leve en 51 (47%). El resto, 36 (33%) no presentaron insuficiencia. El angioTAC detectó calcio subanular en 30 pacientes (27%), con un espesor de $4,4 \pm 1,9$ mm, y profundidad de $10 \text{ mm} \pm 3,9$, siendo este el único predictor de IAo significativa. Doce de estos 30 pacientes (40%), presentaron IAo significativa, $p < 0,05$. Incluso cuatro de 5 pacientes con IAo grado III tras el implante presentaban calcio subanular, $p < 0,01$. La incidencia de IAo tras el implante no se vio afectada por las dimensiones del anillo, el tamaño valvular o la profundidad valvular.

Conclusiones: La presencia de calcio subanular detectado por TAC es un predictor de IAo significativa tras el implante de TAVI.

C117. MEJORA EN LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN UN SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M. Cano García-M. Roldán Jiménez, J. Pérez Ruiz, J. Delgado Prieto, J. Cano Nieto, A. Benítez Leiva, F. Fernández Camino y M. de Mora Martín

Servicio de Cardiología. Hospital Regional Carlos Haya. Málaga.

Introducción y objetivos: Aunque se conocen las funciones del enfermero gestor de casos (EGc), en los objetivos de una unidad de un hospital de tercer nivel está, incrementar la captación de pacientes por dichos profesionales. Nuestro objetivo es determinar el perfil de los pacientes atendidos por EGc durante su ingreso en un servicio de Cardiología.

Métodos: De los pacientes ingresados en planta de Cardiología en 2010, se seleccionaron los que fueron derivados a EGc, determinándose la edad media, factores de riesgos cardiovasculares, comorbilidad, profesional que deriva y reingresos.

Resultados: De un total de 2.255 pacientes ingresados en 2010, 89 (4%) fue motivo de consulta al EGc, edad $74,68 \pm 10,95$ años (50,7% mujeres y 46,3% hombres). El 41,8% ingresó por insuficiencia cardíaca, 47,8% por evento coronario, 7,5% por otras causas. Un 87% eran comórbiles. La estancia media fue $12,31 \pm 5,8$ días. Con respecto al objetivo de la Unidad (n° de pacientes captados en 2010/2009) fue de 1,1 (dentro del estándar). Un 50,7% de las veces el EGc fue llamado por otro enfermero y el resto por el médico. La mayor parte de los pacientes fueron derivados a domicilio (74,6%), residencia (10,4%), otro centro (3%), otro servicio (1,5%) y 7,5% fallecieron antes del alta. Hubo 16,1% de reingresos.

Conclusiones: El objetivo de utilización de funciones del EGc estuvo dentro del estándar marcado. La comorbilidad y senilidad de los pacientes fue elevada. La mayoría fueron altas a domicilio con continuidad de cuidados por enfermería de Atención Primaria. La satisfacción del personal médico con la labor del EGc es muy elevada.

C118. VELOCIDAD PICO DEL ANILLO MITRAL POR DOPPLER PULSADO TISULAR PROMEDIADA EN 4 PUNTOS PARA LA VALORACIÓN DE LA FUNCIÓN SISTÓLICA GLOBAL DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO

J. Ariza, F. Esteban, M. Casanova, L. Trapiello, M. Ciudad y N. Herrera

Servicio de Cardiología. Hospital Infanta Margarita. Cabra. Córdoba.

Introducción y objetivos: La velocidad del anillo mitral medida por doppler pulsado tisular (DPT) se correlaciona bien con la función sistólica global del ventrículo izquierdo. En estudios previos, una velocidad pico del anillo mitral promediada (VPAMP) en 6 puntos superior a 5,4 cm/s predice una fracción de eyección de VI (FEVI) $> 50\%$. Objetivos: validar este método de valoración de la función ventricular con una medición simplificada empleando solo 4 puntos del anillo mitral, determinar el punto de corte de VPAMP que predice una FEVI $> 50\%$ y obtener un modelo de regresión para la estimación de la FEVI a partir de la VPAMP.

Métodos: Se incluyeron 32 pacientes consecutivos referidos para estudio ecocardiográfico en nuestro hospital, en los que se determinó la FEVI por métodos convencionales (Theicholz, Simpson) y la VPAMP en 4 puntos (medial, lateral, anterior, inferior).

Resultados: La VPAMP ($7,5 \pm 2,3$ cm/s, rango: 2,8 a 12,8 cm/s) se correlacionó linealmente con la FEVI ($60 \pm 16\%$, rango: 11%-85%) ($r = 0,73$, $p < 0,0001$). El punto de corte de VPAMP que mejor discriminó a los pacientes con FEVI $> 50\%$ fue de 5,52 cm/s, con un grado de acuerdo sustancial en el índice Kappa (0,67, $p < 0,0001$). Se obtuvo un modelo de regresión para la estimación de la FEVI a partir de la VPAMP ($FEVI = 20,9 + 5,3 \times VPAMP$; $R^2: 0,53$, $p < 0,0001$) cuya capacidad predictiva mejoraba significativamente al tener en consideración el diámetro diastólico de ventrículo izquierdo ($FEVI = 62 + 4,9 \times VPAMP - 7,5 \text{ DDVI}$; $R^2: 0,66$, $p < 0,01$).

Conclusiones: Una VPAMP en 4 puntos superior a 5,52 cm/s predice una FEVI $> 50\%$ con un grado de acuerdo sustancial en el índice Kappa. La inclusión del DDVI junto a la VPAMP en un modelo de regresión mejora la capacidad de predicción de la función sistólica ventricular.

C121. PREDICTORES DE MORTALIDAD EN OCTOGENARIOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA Y FRACCIÓN DE EYECCIÓN PRESERVADA

A. Martínez Pérez, F. Carrasco Sánchez, R. López Aguilar y A. Manovel Sánchez

Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Introducción y objetivos: La insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada (ICFEP) agudizada es quizá la causa más frecuente de ingreso hospitalario. Nos propusimos analizar los predictores de mortalidad al ingreso en pacientes octogenarios.

Métodos: Partiendo de un estudio observacional para valorar los niveles de cistatina C al ingreso como predictor pronóstico en pacientes hospitalizados con ICFEP, analizamos de forma independiente el subgrupo de pacientes ≥ 80 años. El evento a alcanzar fue mortalidad total al año. Para el contraste de hipótesis se utilizó una U-Mann-Whitney para las variables cuantitativas y el estadístico χ^2 para las proporciones. Se calcula hazard ratio (HR) mediante una regresión de Cox.

Resultados: De un total de 218 pacientes, 75 pacientes (34,4%) eran ≥ 80 años. Encontramos una correlación proporcional débil entre la edad y los niveles de cistatina C (ρ de Spearman 0,304; $p < 0,001$). Para octogenarios hallamos diferencias entre los niveles de cistatina C ($p = 0,002$), tamaño auricular izquierdo ($p = 0,002$), FG ($p = 0,016$) y urea ($p = 0,013$). La mortalidad total entre los pacientes ≥ 80 años alcanzó el 42,7% (32 pacientes) al año de seguimiento, respecto al 26,6% (38 pacientes) para < 80 años

(Log Rank 0,008). En el estudio multivariante mediante regresión de Cox por pasos unos niveles plasmáticos de urea por encima de la mediana 54 mg/dl (40-78) fueron predictores de mortalidad (HR 4,04: 1,45-10,5; $p = 0,004$).

Conclusiones: Los niveles plasmáticos elevados de urea podrían proponerse como marcador pronóstico de mortalidad en pacientes con ICPEP.

C124. EVOLUCIÓN CLÍNICA DE PACIENTES SOMETIDOS A ABLACIÓN DEL ISTMO CAVOTRICUSPÍDEO POR FLUTTER COMÚN: PREDICTORES DE APARICIÓN DE FIBRILACIÓN AURICULAR

M. Romero-Vazquién, E. Arana-Rueda, M. Cabeza Letrán, J. Sánchez Brotons, M. Frutos López, P. Cristobo Sainz, A. Campos Pareja, L. García Riesco y A. Pedrote Martínez

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

Introducción y objetivos: El tratamiento del flutter auricular común mediante ablación del istmo cavotricuspídeo (ICT) resulta muy efectivo. Sin embargo, entre pacientes que presentan un flutter auricular, es frecuente encontrar la coexistencia de fibrilación auricular (FA). El objetivo de nuestro estudio es evaluar la incidencia y los predictores de aparición de FA en los pacientes sometidos a ablación de ICT por flutter auricular común en nuestro centro desde enero de 2007 hasta diciembre de 2009.

Métodos: Análisis retrospectivo con recogida de datos clínicos, ecocardiográficos y del procedimiento. Se incluyeron 119 pacientes (79,6% hombres, edad media $62,4 \pm 12,03$ años, 70,8% hipertensos, 15,9% obesos y 53,1% cardiopatía previa). El 64,5% tenía dilatación de aurícula izquierda y el 26,5% había presentado previamente FA. Se valoró la presencia de FA con un seguimiento clínico mínimo de un año.

Resultados: El procedimiento fue efectivo en el 96,5% de los casos, con una tasa de complicaciones del 2,7%. Tras un seguimiento medio de $26,9 \pm 13$ meses, el 38,1% presentó FA tras la ablación. Fueron predictores de su aparición la HTA ($p = 0,04$), la existencia previa de FA ($p = 0,0001$), el fracaso del bloqueo del ICT ($p = 0,019$) y la dilatación auricular ($p = 0,0001$), con una media para los pacientes que no desarrollaron FA de 40,3 mm y para los que sí la presentaron de 45 mm.

Conclusiones: Un porcentaje elevado de los pacientes sometidos a ablación del ICT por flutter auricular presentan FA en el seguimiento, siendo predictores de su aparición la presencia de FA previa, la dilatación de la aurícula izquierda y la hipertensión arterial.

C127. UTILIDAD DE LA ECOCARDIOGRAFÍA DE ESTRÉS EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL ÁREA DEL CORAZÓN DE UN HOSPITAL TERCIARIO

M. Fernández Olmo, L. Cabeza Letrán, J. López Haldón, F. López Pardo, M. Rodríguez Puras, M. Villa Gil-Ortega y A. Martínez Martínez

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

Introducción y objetivos: La ecocardiografía de estrés (ES) es una técnica bien establecida para el diagnóstico y pronóstico en pacientes con cardiopatía isquémica o sospecha de la misma. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la exactitud diagnóstica de la ES en nuestro centro.

Métodos: Analizamos 151 pacientes consecutivos, que se realizaron ES en el período de 1 año (edad media $62 \pm 11,7$; 56,3% hombres; 36,4% presentaban cardiopatía isquémica previa). El

37,6% fue sometido a coronariografía posteriormente, siendo el tiempo transcurrido menor a un año en todos los casos.

Resultados: La ES fue positiva en 36,7% de los casos analizados y en el 63,3% fue negativa. Fueron sometidos a coronariografía el 63% de los casos con ES positiva y el 36% de los casos con ES negativa, a criterio del clínico responsable. La sensibilidad (S) de la ES fue del 85%, la especificidad (E) del 72%, el valor predictivo positivo (VPP) del 85% y el valor predictivo negativo (VPN) del 65%. El territorio afectado más frecuentemente, fue el correspondiente a la arteria descendente anterior (ADA) (63%) siendo igualmente el que mayor S (66%), E (90%), VPP (84%) y VPN (77%) mostró y el correspondiente a la arteria circunfleja el que menor S (12%), VPP (22%), E (81%), VPN (68%) presentó.

Conclusiones: La ecocardiografía de estrés en el "mundo real" posee una adecuada exactitud diagnóstica por lo que resulta útil en la valoración diagnóstica de la enfermedad coronaria.

C128. DIFERENCIAS ENCONTRADAS EN FUNCIÓN DEL SEXO EN EL VALOR DE LA ECOCARDIOGRAFÍA DE ESTRÉS EN EL DIAGNÓSTICO DE LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

M. Fernández Olmo, L. Cabeza Letrán, J. López Haldón, F. López Pardo, M. Rodríguez Puras, M. Villa Gil-Ortega y A. Martínez Martínez

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

Introducción y objetivos: La cardiopatía isquémica es una entidad de mayor prevalencia en la población masculina. Es conocido que el valor diagnóstico de algunas pruebas de detección de isquemia se ve modificado por el sexo del paciente. El objetivo del estudio fue evaluar la influencia del sexo en el resultado de las ecocardiografías de estrés (ES) realizadas en nuestro centro.

Métodos: Se incluyeron 85 hombres (56,3%) y 66 mujeres (43,7%) de forma consecutiva entre enero de 2008 y diciembre de 2008, realizándose posteriormente coronariografía en un tiempo menor a doce meses.

Resultados: Los hombres presentaban mayor incidencia de tabaquismo (fumadores 26,2%; ex fumadores 41,7%) y de cardiopatía isquémica previa (55,3%). La realización de otra prueba de detección de isquemia previa fue ligeramente mayor en hombres (42,4% vs 31,8% $p = 0,18$), con mayor número de ergometrías (32% vs 19% $p = 0,017$) y menor número de gammagrafías de perfusión miocárdica (11,8% vs 19,7% $p = 0,17$). El 50% de las ES en hombres fueron positivas y el 21% en las mujeres ($p < 0,001$). La realización de coronariografía fue mayor en los hombres (49,4% vs 21% $p = 0,001$), obteniéndose mejores resultados de correlación entre ambos estudios para las mujeres (sensibilidad 76% vs 100%, especificidad 58 vs 100%, valor predictivo positivo 81% vs 100%).

Conclusiones: Nuestro estudio mostró unos mejores resultados de la ES en las mujeres, a diferencia que en otras pruebas de detección de isquemia.

C132. RELACIÓN ENTRE REMODELADO INVERSO Y REMODELADO ELÉCTRICO EN PACIENTES TRATADOS CON RESINCRONIZACIÓN CARDIACA

F. Carrasco Chinchilla, J. Fernández Pastor, A. Linde Estrella, F. Cabrera Bueno, J. Peña Hernández, A. Barrera Cordero, J. Alzueta Rodríguez y E. de Teresa Galván

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción y objetivos: La reducción en los diámetros ventriculares telesistólicos que acompaña a la terapia de resincro-

nización cardiaca (TRC) tiene repercusión pronóstica importante. Sin embargo, no se ha estudiado la relación entre el remodelado inverso ecocardiográfico y los cambios en el QRS intrínseco que podría llevar asociado

Métodos: Se ha estudiado una serie consecutiva de pacientes con miocardiopatía dilatada no isquémica en ritmo sinusal, con QRS ancho basalmente, que han sido sometidos a TRC. Antes del implante del dispositivo realizamos un EKG (midiendo anchura de QRS nativo o estimulado) y un ecocardiograma. 12 meses después se realiza un nuevo electrocardiograma y ecocardiograma con el dispositivo resincronizador apagado.

Resultados: Se incluyeron 20 pacientes (63 ± 10 años, 56% varones) con QRS basal de 169 ± 15 ms y fracción de eyección de $22 \pm 6\%$. Tras un seguimiento medio de 12 ± 3 meses 74% mostraron remodelado inverso (reducción de diámetro telesistólico de al menos un 10%). Estos pacientes presentaban un QRS intrínseco significativamente menor (183 ms vs 151 ms, $p = 0,03$).

Conclusiones: Los pacientes con miocardiopatía dilatada no isquémica y remodelado inverso tras 12 meses de TRC, exhiben QRS basales significativamente más estrechos.

C136. PREDICTORES DE MEJORÍA PRECOZ DE LA FUNCIÓN DEL VENTRÍCULO DERECHO TRAS EL IMPLANTE DE VÁLVULA AÓRTICA PERCUTÁNEA COREVALVE

M. Santisteban Sánchez de Puerta, M. Mesa Rubio, M. Ruiz Ortiz, M. Delgado Ortega, M. Peña Peña, M. Puentes Chiachio, E. Villanueva Fernández, J. Suárez de Lezo Cruz-Conde, M. Pan Álvarez-Ossorio y J. Saint-Gerons

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción y objetivos: Evaluar los factores predictores de mejoría precoz en la función de ventrículo derecho (VD), tras implante de válvula aórtica percutánea (TAVI).

Métodos: Se seleccionaron pacientes consecutivos con TAVI. La función del VD fue valorada por ecocardiograma transtorácico (ETT) mediante parámetros clásicos: excursión sistólica del anillo tricuspídeo modo M (TAPSE), velocidad del anillo tricuspídeo por doppler tisular (TAsDTI), y mediante Speckle Tracking (2DSTE): strain longitudinal de pared de VD (strainVD) y TAPSE por 2DSTE (Qlab-Philips). Se realizó un ETT antes del TAVI y otro al alta, considerando mejoría de función de VD incrementos superiores a la media de la diferencia entre strainVD basal y post-TAVI. Se analizaron variables potencialmente predictoras de mejoría de función de VD.

Resultados: Se incluyeron 36 pacientes (edad 76 ± 7 años, 18 hombres). Todos los parámetros de función de VD mejoraron tras la SVAoP (TAPSE $17,1 \pm 2,5$ mm vs $17,5 \pm 2,3$, $p = 0,01$, TAsDTI $12,2 \pm 1,7$ cm/seg vs $12,9 \pm 1,7$, $p < 0,001$, TAPSE por 2DSTE $15,7 \pm 4,6$ mm vs $17,6 \pm 4,3$, $p < 0,001$, strainVD -29 ± 6 vs -34 ± 5 , media de las diferencias del strainVD $4,5 \pm 4$, $p < 0,001$). Hubo un descenso de presión sistólica de arteria pulmonar (PSAP) (37 ± 9 mmHg vs 29 ± 10 , $p < 0,001$). La mejoría en la función del VD (incremento del strainVD $> 4,5$) se relacionó con mayor PSAP basal (41 ± 12 vs 31 ± 10 , $p = 0,017$), peor strainVD basal (-27 ± 6 vs -34 ± 3 , $p < 0,001$) y tener clase funcional III-IV (74% vs 31% , $p = 0,012$).

Conclusiones: La mejoría en la función del VD tras TAVI se asoció con una peor clase funcional basal, peor función de VD y PSAP más alta en el ecocardiograma basal.

C137. EVOLUCIÓN EN LA FUNCIÓN DEL VENTRÍCULO DERECHO EN LOS 6 MESES TRAS EL IMPLANTE DE UNA VÁLVULA AÓRTICA PERCUTÁNEA EVALUADA CON TÉCNICAS ECOCARDIOGRÁFICAS EMERGENTES

M. Santisteban Sánchez de Puerta, M. Mesa Rubio, M. Ruiz Ortiz, M. Delgado Ortega, M. Peña Peña, M. Puentes Chiachio, L. Cejudo Díaz del Campo, J. Suárez de Lezo Cruz-Conde, M. Pan Álvarez-Ossorio y F. Mazuelos Bellido

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción y objetivos: Analizar los cambios en la función del ventrículo derecho (VD) en los 6 primeros meses tras sustitución valvular aórtica percutánea (TAVI).

Métodos: Seleccionamos pacientes consecutivos tratados mediante TAVI y que tuvieran 6 meses de seguimiento. La función del VD fue valorada mediante parámetros ecocardiográficos clásicos: excursión sistólica del anillo tricuspídeo (TAPSE), velocidad del anillo tricuspídeo por doppler tisular (TAsDTI), así como mediante técnicas emergentes como el Speckle Tracking (2DSTE): strain longitudinal en base de pared de VD (VDstrain) y TAPSE por 2DSTE (Qlab-Philips). También se midió la presión sistólica pulmonar (PSAP). Los ecocardiogramas transtorácicos se realizaron antes del TAVI, alta, mes y 6 meses de seguimiento.

Resultados: Se incluyeron 37 pacientes (edad 76 ± 6 , 18 hombres). Todos los parámetros de función de VD mejoraron en el estudio al alta con respecto al basal: PSAP 28 ± 9 vs 38 ± 12 , $p < 0,001$, TAPSE $17,6 \pm 2,3$ vs $17,2 \pm 2,5$ mm, $p < 0,01$, TAsDTI $12,9 \pm 1,7$ vs $12,2 \pm 2$ cm/seg, $p < 0,001$, TAPSE 2DSTE $17,6 \pm 4,4$ vs $15,6 \pm 4,6$ mm, $p < 0,001$, RV strain -34 ± 4 vs -29 ± 6 . Al mes de seguimiento tan solo el TAPSE 2DSTE y VDstrain ($18,1 \pm 4,8$ vs $17,6 \pm 4,4$, $p < 0,05$ y -36 ± 5 vs 34 ± 4 , $p < 0,01$, respectivamente) mostraron un incremento con respecto al alta. Sin embargo, no hubo cambios adicionales en ningún parámetro a los 6 meses.

Conclusiones: Inmediatamente tras TAVI se produce mejoría en la función del VD objetivada tanto por parámetros ecocardiográficos clásicos como novedosos y una reducción significativa en la PSAP. Sin embargo, las nuevas técnicas de Speckle Tracking parecen más sensibles para cuantificar mejoría adicional en la función del VD desde el implante valvular hasta el primer mes.

C139. SCACEST FIBRINOLISADOS CON CATETERISMO CORONARIO ELECTIVO EN NUESTRA PROVINCIA. SEGUIMIENTO DE EVENTOS CARDIOVASCULARES MAYORES

B. Martínez Mora¹, A. Martínez Pérez¹, A. Gómez Menchero¹, J. Roa Garrido¹, I. Romero Barroso², J. Martínez Cejudo³, M. Pedregal González⁴, R. López Aguilar¹, J. Díaz Fernández¹ y A. Tobaruela González¹

¹Servicio de Cardiología. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

²Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital de Riotinto. Huelva.

³Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Infanta Elena. Huelva.

⁴Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Huelva.

Introducción y objetivos: Nuestra provincia carece de un programa de angioplastia primaria. Analizamos en los SCACEST fibrinolisados eficazmente con cateterismo coronario electivo la ocurrencia de eventos cardiovasculares mayores.

Métodos: Estudio multicéntrico (3 hospitales) observacional analítico de cohortes. Reclutamos 197 pacientes desde nuestro laboratorio de hemodinámica. Periodo de inclusión: diciembre 2006 hasta septiembre 2010. Clasificamos 2 grupos: tiempo des-

de el SCACEST hasta el cateterismo coronario > 72 horas (grupo A) y < 72 horas (grupo B). Seguimiento de eventos hasta 31 de enero de 2.011, que completamos en 184 pacientes. La variable principal de estudio en el seguimiento fue un combinado de muerte cardiovascular, IAM no fatales y nuevas revascularizaciones coronarias. Realizamos análisis descriptivo, RR (IC95%) y χ^2 .

Resultados: El grupo A presentó 121 pacientes y el grupo B 63. Durante un seguimiento medio de 24,74 + 13,32 meses, la variable combinada estuvo presente en 19 pacientes (10,3%). La incidencia de eventos fue del 4,9% en muerte cardiovascular (9p), un 4,3% de IAM no fatales (8p) y un 5,4% de nuevas revascularizaciones (10p). Ni las diferencias, ni los RR (IC95%) fueron significativos entre los grupos A y B, según la presentación de la variable combinada. Tampoco en cada evento por separado.

Conclusiones: En los SCACEST la fibrinólisis eficaz con cateterismo coronario electivo constituye una estrategia segura en nuestra provincia. Existe una baja tasa de eventos cardiovasculares mayores durante un seguimiento medio de 24,74 + 13,32 meses, sin diferencias significativas según el cateterismo coronario se realizó antes o después de 72 horas.

C140. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS SCACEST FIBRINOLISADOS CON CATETERISMO CORONARIO ELECTIVO EN NUESTRA PROVINCIA

A. Martínez Pérez¹, B. Martínez Mora¹, A. Gómez Menchero¹, J. Roa Garrido¹, I. Romero Barroso², J. Martínez Cejudo³, M. Pedregal González⁴, R. López Aguilar¹, J. Díaz Fernández¹ y A. Tobaruela González¹

¹Servicio de Cardiología. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

²Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital de Riotinto. Huelva.

³Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Infanta Elena. Huelva.

⁴Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Huelva.

Introducción y objetivos: Nuestra provincia carece de un programa de angioplastia primaria para manejo de los SCACEST. Describimos nuestra experiencia en la estrategia de reperfusión coronaria mediante fibrinólisis con cateterismo coronario electivo.

Métodos: Estudio multicéntrico (3 hospitales) observacional descriptivo. Reclutamos 197 pacientes desde el laboratorio de hemodinámica, desde diciembre de 2006 hasta septiembre de 2010.

Resultados: La edad media fue 59,19 + 12,03 años. Fueron varones un 80,2%. Resultaron más frecuentes: dislipemia (63,5%), hipertensión arterial (51,8%) y ser fumador activo (49,7%). Menos prevalentes fueron diabetes (27,9%) y cardiopatía isquémica previa (11,7%). La localización del infarto predominante fue en cara inferior (38,6%). La ACD presentó la lesión responsable en un 44,7%. Un 86,8% del total fueron "de novo". Un 52,3% presentaron una o ninguna lesión coronaria significativa. Un 9,1% fueron coronarias angiográficamente normales. El 92,9% de los pacientes se presentaron con clase Killip I o II. El tiempo medio desde la aparición de síntomas hasta la fibrinólisis fue 2,66 + 1,83 horas y hasta el cateterismo coronario electivo 8,48 + 12,06 días (mediana 6, rango intercuartílico 8,75 días). Se implantaron BMS en un 51,8% de las lesiones responsables (DES un 33%). Un 50% de los pacientes infartados, según los antecedentes personales, presentaron finalmente una sola arteria coronaria enferma. Un 34,5% un solo stent implantado. Se realizó revascularización completa un 74,1% de los casos. Al alta un 57,4% presentaron una FEVI preservada.

Conclusiones: Presentamos un conjunto de datos descriptivos en este perfil de pacientes, adelanto de un estudio de cohortes en desarrollo, con seguimiento pormenorizado de eventos clínicos.

C141. SCACEST FIBRINOLISADOS CON CATETERISMO CORONARIO ELECTIVO EN LOS 3 HOSPITALES DE LA PROVINCIA. ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y SEGUIMIENTO DE LOS REINGRESOS POR CAUSA CARDIOVASCULAR

A. Martínez Pérez¹, B. Martínez Mora¹, A. Gómez Menchero¹, J. Roa Garrido¹, I. Romero Barroso², J. Martínez Cejudo³, M. Pedregal González⁴, R. López Aguilar¹, J. Díaz Fernández¹ y A. Tobaruela González¹

¹Servicio de Cardiología. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

²Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital de Riotinto. Huelva.

³Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Infanta Elena. Huelva.

⁴Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Huelva.

Introducción y objetivos: Describimos nuestra experiencia en los SCACEST fibrinolisados con cateterismo coronario electivo por hospitales en la provincia y analizamos la ocurrencia de reingresos cardiovasculares.

Métodos: Estudio multicéntrico observacional analítico de cohortes. Reclutamos 197 pacientes desde el laboratorio de hemodinámica, desde diciembre 2006 hasta septiembre 2010. Seguimiento sobre 184 pacientes de los reingresos ocurridos, hasta el 31 de enero de 2011. Análisis descriptivo, RR (IC95%), c^2 , t de Student y Kruskal Wallis.

Resultados: Encontramos un mayor número de pacientes correspondientes al hospital de referencia (95p, 48,2%), hospital-1 (53p, 26,9%), hospital-2 (33p, 16,8%) y otras procedencias (16p, 8,1%). No encontramos diferencias en relación a edad (media 59,19 + 12,03 años), sexo (más varones en hospital-2, 87,9%), dislipemia (otras procedencias, 75,5% y hospital-2, 69,7%), hipertensión arterial (hospital-2, 57,6%), fumadores (hospital-2, 60,6%), diabetes mellitus (hospital-1, 35,8%), cardiopatía isquémica previa (otras procedencias, 18,8% y hospital-2, 18,2%), localización del infarto, arteria y tipo de lesión responsable, otras arterias enfermas, ICP realizado y número de stents implantados, situación hemodinámica, FEVI al alta, tiempo medio hasta la fibrinólisis y tiempo hasta el cateterismo coronario electivo (hospital-2 presenta claramente más casos realizados a partir de 10 días, $p < 0,001$). No encontramos diferencias entre hospitales en relación a la ocurrencia de reingresos por causa cardiovascular.

Conclusiones: En los SCACEST fibrinolisados y cateterismo coronario electivo en nuestra provincia, los pacientes del hospital-2 presentan mayor prevalencia de FRCV. Hospital-2 presenta diferencias significativas en relación al cateterismo coronario realizado después de 10 días. Sin diferencias entre hospitales en relación a reingresos.

C142. SCACEST FIBRINOLISADOS CON CATETERISMO CORONARIO ELECTIVO EN NUESTRA PROVINCIA. REINGRESOS HOSPITALARIOS POR CAUSA CARDIOVASCULAR

B. Martínez Mora¹, A. Martínez Pérez¹, A. Gómez Menchero¹, J. Roa Garrido¹, I. Romero Barroso², J. Martínez Cejudo³, M. Pedregal González⁴, R. López Aguilar¹, J. Díaz Fernández¹ y A. Tobaruela González¹

¹Servicio de Cardiología. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

²Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital de Riotinto. Huelva.

³Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Infanta Elena. Huelva.

⁴Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Huelva.

Introducción y objetivos: Analizamos en los SCACEST fibrinolisados con cateterismo coronario electivo las implicaciones pronósticas en términos de reingresos hospitalarios por causa cardiovascular.

Métodos: Estudio multicéntrico (3 hospitales) observacional analítico de cohortes. Reclutamos 197 pacientes desde nuestro laboratorio de hemodinámica. Inclusión: diciembre 2006 hasta septiembre 2010. Clasificamos 2 grupos: tiempo desde el SCACEST hasta el cateterismo coronario > 72 horas (grupo A) y < 72 horas (grupo B). Seguimiento de los reingresos sobre 184 pacientes, hasta 31 de enero de 2011. Análisis descriptivo, RR (IC 95%), χ^2 y t de Student.

Resultados: El grupo A presentó 121 pacientes y el B 63. Incidencia de reingresos 26,6%. Grupo A 23,1% y grupo B 33,3% (p = NS). Seguimiento medio 24,74 + 13,32 meses. Causas de primer reingreso fueron: dolor torácico inespecífico (6%), insuficiencia cardíaca (5,4%), angor inestable (4,6%) e IAM no fatal (4,3%). Media de reingresos: grupo A 0,31 + 0,64 y grupo B 0,57 + 1,01 (p = 0,061). Los pacientes en clase Killip I o II fueron un 68,3% en el grupo A, por un 31,7% en el B (p = 0,013, RR = 0,493 con IC95% (0,316-0,769).

Conclusiones: En nuestra provincia los SCACEST fibrinolizados con cateterismo coronario electivo, realizado antes o después de 72 horas, no presentan diferencias en relación a los reingresos en un seguimiento medio de 24,74 + 13,32 meses. Los pacientes con un cateterismo coronario más tardío parecen presentar menos reingresos, que podemos justificar al encontrar diferencias que relacionan una mejor situación clínico-hemodinámica y un cateterismo coronario después de 72 horas.

C143. IMPACTO DE LA APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE ANGIOPLASTIA PRIMARIA A TIEMPO PARCIAL A NIVEL PROVINCIAL

R. Nieto Leal, M. Gómez Matarín, R. Ferrer López, J. Aceituno Cubero, S. Muñoz Troyano, N. Bolívar Herrera, G. Merchán Ortega, R. Lázaro García y M. Gómez Recio

Servicio de Cardiología. Hospital de Torrecárdenas. Almería.

Introducción y objetivos: La angioplastia primaria es tratamiento electivo en SCACEST. Siguiendo el programa "Stent for life", nuestro centro, laboratorio hemodinamista de referencia provincial, comienza un protocolo de angioplastia primaria 8.00-20.00h para todos SCACEST, y 20.00-08.00h en casos de fallo de fibrinólisis, contraindicación, shock. El objetivo es ver la tendencia de la estrategia terapéutica realizada y el impacto en la supervivencia al alta en pacientes con IAM de toda la provincia.

Métodos: Estudio prospectivo de SCACEST que acuden a nuestro centro, tanto de área como de otros centros. Se dividen tres grupos: 1) angioplastia primaria, 2) rescate, y 3) fibrinólisis con angioplastia facilitada diferida en 24h. Se analiza tendencia de estrategia terapéutica seguida, complicaciones del procedimiento, y mortalidad de cualquier causa al alta.

Resultados: Desde 01/10/2010-31/01/2011 ingresaron en UCI 118 IAM (75% hombres 25% mujeres). 33,9% anterior, 44,1% inferior, 3,4% lateral, 17,8% NO Q, 0,8% ilocalizable por ECG. 97 IAMEST; se hizo cateterismo al 94,8%, no se hizo al 4,8%. De estos cateterismos, angioplastia primaria 23,9% (17 fueron éxito, 1 fracaso sin complicaciones, 1 fracaso con complicaciones mayores, 3 no ICP), rescate 9,8% (9 éxito), y facilitada diferida 66,3% (61 éxito, 0 fracaso y 20 no ICP). 96% de IAM vivos al alta.

Conclusiones: Implantar un protocolo de angioplastia primaria a tiempo parcial combinada con rescate y facilitada, es factible, seguro, y de excelentes resultados clínicos. En futuro próximo podremos efectuar análisis comparativos de las dos estrategias. Los pacientes no seleccionados para coronariografía tienen peor evolución y mayor mortalidad.

C144. SCACEST FIBRINOLISADOS CON CATETERISMO CORONARIO ELECTIVO EN NUESTRA PROVINCIA. ANÁLISIS MULTIVARIANTE PARA LA VARIABLE REINGRESOS HOSPITALARIOS POR CAUSA CARDIOVASCULAR

B. Martínez Mora¹, A. Martínez Pérez¹, A. Gómez Menchero¹, J. Roa Garrido¹, I. Romero Barroso², J. Martínez Cejudo³, M. Pedregal González⁴, R. López Aguilar¹, J. Díaz Fernández¹ y A. Tobaruela González¹

¹Servicio de Cardiología. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

²Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital de Riotinto. Huelva.

³Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Infanta Elena. Huelva.

⁴Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Huelva.

Introducción y objetivos: Estudiamos en los SCACEST fibrinolizados con cateterismo coronario electivo, la ocurrencia de reingresos hospitalarios por causa cardiovascular y la existencia de variables asociadas.

Métodos: Estudio multicéntrico (3 hospitales) observacional analítico de cohortes. Reclutamos 197 pacientes desde nuestro laboratorio de hemodinámica, incluidos desde diciembre de 2006 hasta septiembre de 2010. Clasificamos 2 grupos: tiempo desde el SCACEST hasta el cateterismo coronario > 72 horas (grupo A) y < 72 horas (grupo B). Seguimiento sobre 184 pacientes de los reingresos, hasta el 31 de enero de 2011. Análisis de regresión logística binaria multivariante.

Resultados: Tras un seguimiento medio de 24,74 + 13,32 meses, la variable reingresos estuvo presente en un 26,6% de los pacientes, sin diferencias significativas entre grupos A y B. En relación a la ocurrencia de reingresos, resultan factor de riesgo la edad (p = 0,005, OR = 1,047, IC95% 1,014-1,081) y el número total de arterias enfermas (p = 0,041, OR = 1,763, IC95% 1,024-3,034). Son factores protectores no presentar hipertensión arterial (p = 0,015, OR = 0,391, IC95% 0,184-0,830) y el cateterismo coronario realizado tras 72 horas desde el SCACEST.

Conclusiones: En nuestra provincia, los SCACEST fibrinolizados con cateterismo coronario electivo, no presentan diferencias según el cateterismo coronario se realizó antes o después de 72 horas, en relación a los reingresos ocurridos en el análisis bivariante. Existen variables que asocian un aumento del riesgo para reingresar, como la edad y el número total de arterias coronarias enfermas. Otras disminuyen este riesgo, como no presentar hipertensión arterial y la realización del cateterismo coronario después de 72 horas.

C147. ESTUDIO DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN UN HOSPITAL COMARCAL

F. Esteban Martínez, J. Ariza Cañete, M. Casanova Martín, L. Trapiello González, M. Ciudad Cabañero y N. Herrera Gutiérrez

Servicio de Cardiología. Hospital Infanta Margarita. Cabra. Córdoba.

Introducción y objetivos: La endocarditis infecciosa (EI) es una entidad con una baja incidencia. El pronóstico varía en función de las características de la población estudiada. Objetivos: analizar el perfil clínico, epidemiológico y evolutivo de la EI en un hospital comarcal

Métodos: Se trata de un estudio retrospectivo y descriptivo de los pacientes diagnosticados de EI en nuestro hospital desde enero de 2008 hasta enero de 2011. Se obtuvieron datos epidemiológicos y clínicos (criterios de Duke), válvula/s afecta/s, presencia de prótesis valvulares, germen responsable, evolución clínica, tratamiento y traslado al hospital de referencia.

Resultados: Durante este periodo en nuestro hospital 12 pacientes fueron diagnosticados de EI, la edad media fue de 71 ± 13

años (rango 48-89), con 7 pacientes de más de 75 años, un 58% fueron varones. La presentación clínica más frecuente fue la fiebre (91%), seguida por la disnea (33%) y los fenómenos embólicos (25%). La válvula más afectada fue la aortica (41%), seguida de la mitral (25%). El 83% sobre válvula nativa. El germen más aislado fue el *S. aureus* (25%), seguido del *S. epidermidis* (16%). El 100% recibió tratamiento médico; un 60% se trasladó a nuestro hospital de referencia, de éstos un 33% precisó tratamiento quirúrgico. En este periodo han fallecido 5 pacientes (41%).

Conclusiones: En el perfil epidemiológico de los pacientes atendidos por EI en nuestro hospital, destaca un alto porcentaje de pacientes con edad avanzada, esto puede contribuir en una menor proporción de pacientes con indicación quirúrgica y una mortalidad más elevada.

C151. OBSTRUCCIÓN DE LA VENA SUBCLAVIA IZQUIERDA (VSI) ASOCIADA A IMPLANTE DE DISPOSITIVOS DE ELECTROESTIMULACIÓN CARDIACA A MEDIO-LARGO PLAZO

M. González Correa, R. Picón Heras, J. Leal del Ojo González, D. García Medina, R. Pavón Jiménez, A. García Rojas, J. Masero Carretero, C. Navarro Valverde, I. Estrada Parra y L. Pastor Torres

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme. Sevilla.

Introducción y objetivos: La obstrucción de la VSI asociada al implante previo de un dispositivo de electroestimulación es poco frecuente en el seguimiento inmediato. Tratamos un problema a medio-largo plazo que dificultaría el manejo de los cables de electroestimulación implantados o upgrades futuros. Nuestro objetivo es estudiar la incidencia de evento combinado consistente en obstrucción, estenosis severa o tortuosidad de la VSI tras el implante de un MCP o DAI a medio-largo plazo.

Métodos: Estudiamos el estado de la vena mediante flebografía con contraste yodado antes del recambio electivo del dispositivo.

Resultados: Entre enero y julio de 2010 se realizó flebografía de la VSI a 25 pacientes. 64% hombres, edad media 77 años. El 50% diagnosticados de insuficiencia cardiaca y un 36% cardiopatía isquémica. El periodo medio desde el primoimplante hasta el recambio de generador fue de 9 años. El primoimplante fue indicado por: enfermedad de seno 8p (32%), bloqueo AV 11p (44%), TRC 5p (20%) y prevención de muerte súbita 1p (4%). El modo de estimulación era DDD en 11p (44%), VDD 2p (8%), VVI- 6p (24%), TRC 4p (16%) y TRC-DAI 2p (8%). El electrodo de ventrículo derecho fue implantado en el tracto de salida en 14p (56%). Todos los implantes se realizó vía VSI. El porcentaje de evento combinado fue del 24%.

Conclusiones: La estenosis, obstrucción o tortuosidad de la vena de acceso en el primoimplante de un MCP o DAI podría dificultar futuros cambios de electrodos o upgrades. En nuestra población este evento es relativamente poco frecuente a medio-largo plazo.

C152. SEGUIMIENTO A CORTO PLAZO DE PACIENTES ANCIANOS CON INFARTO DE MIOCARDIO Y REVASCULARIZACIÓN PERCUTÁNEA

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

Servicio de Cardiología. Hospital Carlos Haya. Málaga.

Introducción y objetivos: Seguimiento a corto plazo de pacientes (p) > 75 años, con infarto de miocardio en 2009, sobre los que se realizó intervencionismo percutáneo (ICP).

Métodos: Todos los pacientes fueron citados a consulta a los 6 y 12 meses del alta hospitalaria.

Resultados: La muestra comprendió a 25 p, con edad media de 78,32 años, 56% hombres, 96% hipertensos, 48% dislipémicos, 52% diabéticos, 19p tenían SCASEST y 6p SCA EST. El 11% tenía antecedente de cardiopatía isquémica, el 5% previamente revascularizados El TIMI fue ≥ 5 en 20p. El 48% tenía enfermedad multivaso, en el 50% la revascularización fue completa en el 34%. El 40% tenía disfunción ventricular izquierda al alta. El índice medio de Karnosky fue 93 (6 meses), y 91 (12 meses). La supervivencia a los 6 y 12 meses fue 92 y 84% respectivamente. 3p fallecieron, 1p a los 3 meses, por arritmia maligna y 2p a los 8 meses, por infarto de miocardio y fracaso cardíaco refractario respectivamente. 3p reingresaron en los 12 primeros meses, uno por bradiarritmia (2 meses), precisando marcapasos definitivo, otro por angina inestable (11 meses) y otro en 3 ocasiones (3,6 y 7 meses) por angor inestable, con manejo conservador.

Conclusiones: El grupo de pacientes ancianos con infarto de miocardio, a los que se les realiza ICP tiene un buen pronóstico a corto plazo, con una baja tasa de mortalidad y de complicaciones cardiovasculares, con una calidad de vida aceptable.

C153. PERFIL CLÍNICO DE PACIENTES > 75 AÑOS CON INFARTO DE MIOCARDIO

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

Servicio de Cardiología. Hospital Carlos Haya. Málaga.

Introducción y objetivos: Se pretenden conocer las características clínicas de los pacientes ancianos con infarto de miocardio.

Métodos: se estudiaron todos los pacientes (p) con infarto de miocardio > 75 años durante 2009.

Resultados: 103 p, 52 hombres. Edad media: 80,21 años (hombres) y 80,31 años (mujeres). Variables: hipertensión 84,5%, obesidad 11,7%, tabaquismo 30,7%, dislipemia 48,5%, diabetes 47,6%, EPOC 20,4%, ACV previo 17,5%, insuficiencia renal 15,5%, anemia 13,6%, 15p tenían enfermedad arterial periférica 14,6%, insuficiencia cardíaca previa 13,6%, fibrilación auricular 17,5%, cardiopatía isquémica previa 42,7%, ICP previo 11,7%, bypass previo 5,8%. a. Diagnóstico; SCACEST 15,5% y SCASEST 74,8%. Grado NYHA un mes antes del ingreso: I (25p, 24,3%), II (64p, 62,1%) y III (14p, 13,6%). Estancia media: 9,08 días. Analizamos la existencia de diferencias entre la distribución de estas variables y el sexo. Encontramos que las mujeres tenían mayor riesgo de hipertensión arterial ($p < 0,01$, OR 5,3), de obesidad ($p < 0,002$, OR 1,4), de dislipemia ($p = 0,04$, OR 2,3), de diabetes ($p > 0,003$, OR 3,5). No encontramos diferencias significativas entre sexos en el resto de variables estudiadas.

Conclusiones: El grupo de ancianos con infarto de miocardio constituye una población de alto riesgo, debido a la gran comorbilidad que presentan, cuando se realiza estudio de la anatomía coronaria la mayoría tiene enfermedad multivaso y lesiones complejas. En nuestro grupo encontramos un mayor riesgo de hipertensión arterial, diabetes, y obesidad en mujeres con infarto respecto a los hombres.

C155. CARACTERÍSTICAS Y PRONÓSTICO DE UNA SERIE DE PACIENTES CON SCACEST Y ARTERIAS CORONARIAS ANGIOGRÁFICAMENTE NORMALES

J. Acosta Martínez, N. Romero Rodríguez, M. Fernández Quero, G. Barón Esquivias, M. Villa Ortega, L. Díaz de la Llera, J. Cubero, A. Sánchez González y A. Martínez Martínez

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

Introducción y objetivos: La etiopatogenia del infarto con coronarias normales es aún hoy motivo de controversia, presentan-

do diferencias significativas en las diferentes series publicadas. En este estudio se pretende describir las características y el pronóstico de los pacientes con SCACEST sin lesiones angiográficas en el cateterismo urgente.

Métodos: Desde enero de 2006 hasta diciembre de 2010 se han realizado en nuestro centro 1.134 coronariografías urgentes en el contexto de SCACEST, de las cuales 25 no documentaron lesiones angiográficas (0,02%). Sobre estas se han analizado las características de los pacientes así como las exploraciones diagnósticas realizadas, el diagnóstico definitivo al alta y la incidencia de eventos cardiovasculares mayores en el tiempo de seguimiento.

Resultados: El 72% de los pacientes fueron varones. Los factores de riesgo más frecuentes fueron la hipertensión (48%), la dislipemia (36%) y el tabaquismo (36%). El 48% de los casos presentaron el ascenso de ST en derivaciones de cara inferior. El 56% presentaron movilización de fermentos cardiacos (TnT media 0,954 ng/mL). Los diagnósticos al alta más frecuentes fueron vasoespasmos (24%), miopericarditis (16%) y síndrome de Takotsubo (16%). En el 36% de los casos se realizó el test de ergonovina. Durante el seguimiento medio de 23 meses no se produjo ningún fallecimiento ni hubo recurrencias de eventos coronarios agudos.

Conclusiones: La causa más frecuente de SCACEST con arterias coronarias normales fue el vasoespasmos. La prueba más empleada en el diagnóstico diferencial fue la ecocardiografía con ergonovina. Una vez superada la fase aguda, el SCACEST con coronarias normales presenta un buen pronóstico.

C156. CURVA DE APRENDIZAJE EN LA ABLACIÓN CON RADIOFRECUENCIA DEL ISTMO CAVOTRICUSPÍDEO CON FLUOROSCOPIA CERO

N. Herrera Gómez, M. Álvarez López, L. Tercedor Sánchez, P. Santiago Díaz, M. Algarra Cullell, R. Macías Ruiz y R. Melgares Moreno

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción y objetivos: Evaluar los resultados de nuestra experiencia inicial en la ablación con radiofrecuencia (RF) del istmo cavotricuspidé (ABL-ICT) con fluoroscopia cero (FO) y su relación con la duración del procedimiento.

Métodos: Estudio prospectivo de todos los procedimientos de ABL-ICT con RF sin el uso de fluoroscopia. Consideramos el bloqueo bidireccional del ICT como criterio de éxito. Consideramos experiencia inicial los primeros 50 procedimientos (grupo A) y los comparamos con los siguientes (grupo B, n = 75).

Resultados: Las características basales de los pacientes de ambos grupos no fueron diferentes. En el grupo A utilizamos un mayor número de catéteres diagnósticos ($1,36 \pm 0,48$ vs $1,08 \pm 0,27$; $p < 0,001$) y realizamos reconstrucción 3D de la aurícula derecha en un mayor porcentaje (78% vs 2,7%; $p < 0,001$). El duración total del procedimiento fue superior en el grupo A ($151,3 \pm 44$ vs 124 ± 42 minutos; $p = 0,001$) a expensas de una mayor duración del estudio diagnóstico (79 ± 33 vs 57 ± 36 minutos; $p = 0,001$), no hallamos diferencias en el tiempo de estudio terapéutico ni en el tiempo de radiofrecuencia. La tasa de éxito (100% vs 97,3%; $p = 0,5$), y complicaciones mayores (2% vs 0%; $p = 0,5$) y necesidad de F (10% vs 8%; $p = 0,7$) no fueron diferentes. El grupo A se relacionó en el análisis univariado con una duración del procedimiento superior a 2 horas. Los únicos predictores independientes fueron el número de catéteres diagnósticos y la presencia de fibrilación auricular (FA).

Conclusiones: La ABL-ICT sin el uso de F es un procedimiento factible y seguro. El tiempo del procedimiento se acorta significativamente conforme aumenta la experiencia.

C157. CARACTERÍSTICAS Y MORTALIDAD HOSPITALARIA DEL INFARTO DE MIOCARDIO EN ANCIANOS

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

Servicio de Cardiología. Hospital Carlos Haya. Málaga.

Introducción y objetivos: Conocer manejo en planta y predictores de mortalidad en pacientes ancianos con infarto de miocardio.

Métodos: Revisamos a todos los pacientes > 75 años con infarto de miocardio durante 2009, al ingreso, 6 y 12 meses del alta.

Resultados: 103 pacientes (p), 52 hombres. Edad media: 80,21 años (hombres) y 80,31 años (mujeres). Diagnóstico inicial: SCACEST (15,5%) y SCASEST (84,5%). El 62,1% tenía TIMI ≥ 5 . Grado Killip: I-II 85,4%, III-IV 14,6%. Se realizó ecocardiograma en el 68% de p. Se realizó coronariografía en 35p, 3p sin lesiones coronarias significativas, 17 p enfermedad de 3 vasos. El vaso responsable fue: TCI (5p), DA (15p), CD (5p) y CX (7p). Se realizó ICP en 26p. En 8p se empleó trombolisis. 1p se sometió a cirugía de revascularización coronaria. Fármacos al alta: AAS (96,8%), clopidogrel (76,9%), beta-bloqueantes (62,7%), calcio antagonistas (38,2%), nitratos (70,2%), estatinas (96,8%), IECAs/ARA II (82,9%). 9p fallecieron en planta (6 por shock cardiogénico, 2 por fallo multiorgánico y 1 por arritmia maligna), uno de ellos, con revascularización de vaso culpable en ingreso (DA) en contexto de enfermedad de 3 vasos. El único predictor de mortalidad hospitalaria con significación estadística fue la edad (OR 1,32, IC95% 1,11-1,58).

Conclusiones: Nuestro estudio muestra la alta complejidad del manejo de estos pacientes, debido a sus elevadas comorbilidades asociadas, con una enfermedad coronaria difusa en la mayoría de casos y con una alta tasa de consumo de recursos y de complicaciones hospitalarias.

C160. REESTENOSIS Y TROMBOSIS DE PRÓTESIS ENDOVASCULARES EN PACIENTES CON INFECCIÓN VIH SOMETIDOS A REVASCULARIZACIÓN CORONARIA PERCUTÁNEA

J. Acosta Martínez, M. Fernández Olmo, N. Romero Rodríguez, M. Fernández Quero, G. Barón Esquivias, M. Villa Gil Ortega, L. Díaz de la Llera, J. Cubero, A. Sánchez González y A. Martínez Martínez

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivos: La infección por VIH condiciona una mayor tendencia al desarrollo prematuro de enfermedad coronaria y de reestenosis y trombosis de stents. Este estudio describe las características de una cohorte de pacientes con infección VIH sometidos a intervencionismo percutáneo y la incidencia de nuevos eventos coronarios.

Métodos: Analizamos 13 pacientes con infección VIH con eventos coronarios agudos atendidos desde enero de 2006 hasta diciembre de 2010. Se analizaron los factores de riesgo, la terapia antirretroviral, las características del árbol coronario y el tipo de intervencionismo.

Resultados: La edad media fue $52,5 \pm 8,5$ años. Todos los casos presentaron lesiones coronarias significativas en el primer evento (53,4% en dos o más vasos). El 61,5% recibían inhibidores nucleosídicos de la transcriptasa reversa (INTR), el 30,8% inhibidores no nucleosídicos de TR (INNTR), el 23,1% análogos nucleotídicos de TR (INtTR), el 30,8% inhibidores de proteasa (IP) y el 15,4% inhibidores de integrasa (II). El 40% requirió al menos un nuevo intervencionismo en el seguimiento. El 83,3% de los nuevos eventos se debieron a trombosis o reestenosis. El tiempo medio

transcurrido hasta el segundo evento fue $12 \pm 2,1$ meses. Todas las reestenosis ocurrieron sobre stents convencionales y las trombosis sobre farmacoactivos. El tratamiento antirretroviral no modificó significativamente la incidencia de nuevos eventos. **Conclusiones:** En nuestra serie la infección por VIH se asoció a enfermedad coronaria precoz y a un alto riesgo de trombosis y reestenosis. El pronóstico vital tras superar la fase aguda es favorable, aunque existe alto riesgo de recurrencia.

C161. EFICACIA DE LA ABLACIÓN NO GUIADA POR FLUOROSCOPIA EN OBTENER UN PROCEDIMIENTO CON CERO ESCOPIA

N. Herrera Gómez, M. Álvarez López, L. Tercedor Sánchez, P. Santiago Díaz, M. Algarra Cullell, R. Macías Ruiz y R. Melgares Moreno

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción y objetivos: Evaluar la eficacia de los sistemas de navegación intracardiaca no fluoroscópica (SNINF) en la consecución de un procedimiento de ablación del istmo cavotricuspidé (ABL-ICT) con fluoroscopia cero (F0).

Métodos: Estudio prospectivo de todos los procedimientos consecutivos de ablación del ICT sin el uso de fluoroscopia (F). El único criterio de selección fue un ECG sugerente de flutter ICT-dependiente. Fueron excluidos los pacientes MP-dependientes. Todo el procedimiento se realizó bajo la guía del SNINF sin usar la F. Utilizamos 1 catéter duodecapolar y 1 catéter de ABL de punta irrigada en la mayoría de los procedimientos. Consideramos el bloqueo bidireccional del ICT como criterio de éxito.

Resultados: Realizamos 135 procedimientos en 127 pacientes (hombres 82,7%, 61 ± 11 años, cardiopatía 45%). Se obtuvo éxito en 130 procedimientos (96,5%). Un paciente fue tratado con marcapasos por disfunción sinusal severa posterior a la ablación. En 5 casos utilizamos crioablación. El tiempo total de F fue de 181,5 minutos (media $1,3 \pm 5,9$, mediana 0, mínimo 0-máximo 50), siendo F0 en 123 procedimientos (91,1%). La causa más frecuente de uso de F fue la visualización de algún catéter diagnóstico. La edad (61 ± 11 , escopia cero, vs 68 ± 8 años, $p < 0,05$) y el nº de catéteres diagnósticos ($1,16 \pm 0,3$, escopia cero, vs $1,55 \pm 0,5$; $p < 0,05$) se asociaron con la necesidad de F.

Conclusiones: La F0 en la ABL-ICT se consigue en la gran mayoría de los casos utilizando algún SNINF. La edad y el uso de más de 1 catéter diagnóstico se relacionaron con la necesidad de fluoroscopia.

C162. EXPERIENCIA INICIAL EN EL IMPLANTE PERCUTÁNEO DE PRÓTESIS AÓRTICA

N. Herrera Gómez, M. López López, E. Molina Navarro, J. Sánchez Gila, J. Ramírez Hernández, J. Romero Hinojosa, I. Uribe Morales y R. Melgares Moreno

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción y objetivos: El abordaje percutáneo con implante de prótesis aórtica transcáteter (TAVI) es una opción válida para pacientes con riesgo quirúrgico inaceptable. Describimos la experiencia inicial en el implante y seguimiento a corto plazo de la prótesis autoexpandible CoreValve® en nuestro centro.

Métodos: Estudio prospectivo de pacientes intervenidos de TAVI. Analizamos características basales, eventos ocurridos en el implante, postoperatorio y seguimiento.

Resultados: Desde mayo de 2010 se han implantado 19 TAVI. La edad media fue de 81 ± 6 años, 42% mujeres, 84,2% en NYHA ≥ 3 , 37% antecedentes de cardiopatía isquémica, STS score medio $4,01 \pm 1,4$, EuroSCORE logístico $20,29 \pm 15$. Fracción de eyección media basal 52 ± 13 %, gradiente pico aórtico 99 ± 20 mmHg, medio 62 ± 13 mmHg, área valvular media $0,6 \pm 0,1$ cm². En el 84% se consideró el implante óptimo. Ningún paciente presentó insuficiencia aórtica angiográfica residual superior a grado 2. En un paciente se produjo migración de la prótesis a aorta ascendente y requirió una segunda. Ocurrió una disección arterial-femoral que precisó resolución quirúrgica. En 5 paciente (26%) se implantó marcapasos definitivo. Dos pacientes fallecieron durante el ingreso por fallo respiratorio grave. La supervivencia a 30 días fue del 89%. En el seguimiento (mediana 49 días) el 68% mejoraron al menos una clase funcional. Un paciente falleció por endocarditis valvular mitral y otro por infarto de miocardio. La tasa de mortalidad relacionada con la prótesis fue del 5% ($n = 1$).

Conclusiones: Nuestra experiencia inicial confirma el implante de TAVI como una opción terapéutica segura y eficaz para los pacientes con estenosis aórtica severa de alto riesgo quirúrgico.

C163. MANEJO DEL PACIENTE ANCIANO CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN UN HOSPITAL SIN UNIDAD DE HEMODINÁMICA

V. Martínez Prieto¹, C. Rus Mansilla², M. Muñoz Puentes¹, L. Linzoain Benzarena¹, C. Añón Barbudo¹, C. Durán Torralba², G. Cortez Quiroga², G. López Moyano² y C. Recuerda Casado²

¹Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. ²Servicio de Cardiología. Hospital Alto Guadalquivir. Andújar. Jaén.

Introducción y objetivos: Se conoce poco de las características, el manejo y el pronóstico de los pacientes ancianos con síndrome coronario agudo (SCA) ya que los pacientes de los ensayos clínicos suelen ser de menor edad. Valorar las características y la evolución de los pacientes mayores de 75 años con SCA en nuestro centro.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes mayores de 75 años ingresados en nuestro hospital desde 2005 hasta 2009.

Resultados: Se incluyeron 185 pacientes, 65% varones, con edad media de 80,98 años (rango 75-96). Los factores de riesgo fueron: 67% hipertensos, 46% dislipémicos; 38% diabéticos; 26% fumadores y 33% cardiopatía isquémica previa. Ingresaron en Cardiología el 29%, el 71% en UCI. La mayoría (70%) fue SCA sin elevación del ST (SCASEST). Se realizó revascularización al 39% del total y trombolisis al 41% de SCA con elevación del ST (SCACEST). Los ingresados en Cardiología eran mayores (83 versus 80, $p < 0,001$), con más SCASEST (92.5% versus 61%, $p < 0,001$) y se prescribieron más betabloqueantes (85% versus 67%, $p = 0,018$). El seguimiento fue de 31 meses, presentando un 33% de reingreso por causas cardíacas y un 29% de exitus.

Conclusiones: El perfil de factores de riesgo cardiovascular en el paciente anciano con SCA es similar a los pacientes jóvenes, salvo menos fumadores. Predomina el SCASEST, especialmente entre los ingresos en Cardiología. Sin embargo, se tiende a realizar menos trombolisis, menos revascularización y menor tratamiento con betabloqueante. Existe una alta tasa de mortalidad y de reingresos.

C164. DIFERENCIAS EN EL MANEJO DEL PACIENTE ANCIANO CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON Y SIN ELEVACIÓN DEL ST EN UN HOSPITAL SIN UNIDAD DE HEMODINÁMICA

V. Martínez Prieto¹, C. Rus Mansilla², M. Muñoz Puentes¹, L. Linzoain Benzarena¹, C. Añón Barbudo¹, C. Durán Torralba², G. Cortez Quiroga², G. López Moyano², C. Recuerda Casado² y M. Fernández Sacristán

¹Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. ²Servicio de Cardiología. Hospital Alto Guadalquivir. Andújar. Jaén.

Introducción y objetivos: Se conoce poco de las características, el manejo y el pronóstico de los pacientes ancianos con síndrome coronario agudo (SCA) ya que los pacientes de los ensayos clínicos suelen ser de menor edad. Objetivo: valorar las características y la evolución de los pacientes mayores de 75 años con SCA sin elevación del ST (SCASEST) y con elevación del ST (SCACEST) en nuestro centro.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes mayores de 75 años ingresados en nuestro hospital desde 2005 hasta 2009.

Resultados: Se incluyeron 185 pacientes, 129 (70%) SCASEST y 56 (30%) SCACEST. Entre los dos grupos la edad y el género fueron similares, así como la distribución de factores de riesgo cardiovascular. Los pacientes con SCASEST tenían mayor prevalencia de cardiopatía isquémica previa (41% vs 16%, $p = 0,001$). En el servicio de Cardiología se ingresaron más pacientes con SCASEST que en el servicio de UCI (92,5% vs 61%, $p < 0,001$). Los pacientes con SCASEST fueron revascularizados en menor medida (34% vs 49%, $p = 0,04$). El tratamiento médico utilizado en ambos grupos fue similar, excepto eplerenona que se utilizó en menor medida en SCASEST (15% vs 39%, $p = 0,001$). Al seguimiento, presentaron tasas similares de reingresos, reingresos por causas cardíacas o exitus.

Conclusiones: El SCA en el paciente anciano suele presentarse como SCASEST. A pesar de que el SCASEST tiene similar perfil de edad, factores de riesgo, evolución y pronóstico que el SCACEST suele recibir revascularización en menor medida y es menos frecuente entre los ingresos en UCI.

C167. CAMBIO EPIDEMIOLÓGICO, CLÍNICO Y MICROBIOLÓGICO DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA. UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO

S. Gamaza Chulián, J. León Jiménez, A. Fernández Rodríguez, S. Camacho Freire, A. Gutiérrez Barrios, E. Díaz Retamino, A. Díaz de Lope Díaz, F. García-Arboeya Puerto, R. García de la Borbolla Fernández y J. Vargas-Machuca Caballero

Servicio de Cardiología. Hospital de Jerez. Cádiz.

Introducción y objetivos: El envejecimiento de la población y la mejora en las técnicas diagnósticas y quirúrgicas han modificado las características de la endocarditis infecciosa. Nuestro objetivo fue analizar los factores epidemiológicos, clínicos, microbiológicos y el pronóstico de esta entidad en dos hospitales andaluces.

Métodos: Se analizaron de forma retrospectiva todos los pacientes con diagnóstico de endocarditis infecciosa desde 2004 a 2010. El objetivo primario a evaluar fue un end-point combinado de muerte debido a la endocarditis infecciosa o necesidad de cirugía cardíaca.

Resultados: Se incluyeron 78 pacientes con endocarditis infecciosa (38% mujeres), con mediana de edad de 69 años (rango de 27 a 88 años). Un 54% de las endocarditis infecciosas asentaban sobre válvula mitral, 34% sobre válvula protésica y 12% sobre

dispositivos intracardiacos. El *S. aureus* fue el germen más frecuentemente aislado (22,7%), seguido de *S. coagulasa* negativo (14,7%), *S. viridans* y enterococo (12%). Un 63,6% de los pacientes cumplió el objetivo combinado. La mortalidad por endocarditis infecciosa alcanzó al 22,1% de nuestros pacientes, y un 48,7% precisó cirugía.

Conclusiones: En nuestro medio existe cada vez mayor número de endocarditis infecciosa que asientan sobre válvulas metálicas y dispositivos intracardiacos. El *S. aureus* ha sustituido al *S. viridans* como germen predominante en esta entidad. A pesar de las mejoras en las técnicas diagnósticas y terapéuticas, la endocarditis infecciosa continúa presentando una elevada morbimortalidad.

C168. ENDOCARDITIS INFECCIOSA SOBRE VÁLVULA NATIVA. RESULTADOS DE UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO

S. Gamaza Chulián, S. Camacho Freire, A. Gutiérrez Barrios, A. Fernández Rodríguez, E. Díaz Retamino, F. Camacho Jurado, A. Agarrado Luna, J. Oneto Otero, R. García de la Borbolla Fernández y J. Vargas-Machuca Caballero

Servicio de Cardiología. Hospital de Jerez. Cádiz.

Introducción y objetivos: El objetivo de nuestro estudio fue evaluar las características epidemiológicas, clínicas, microbiológicas y el valor pronóstico de la endocarditis infecciosa que asienta sobre válvula nativa en 2 centros hospitalarios de nuestro entorno.

Métodos: Se incluyeron todos aquellos pacientes diagnosticados de endocarditis infecciosa sobre válvula nativa en nuestros dos hospitales entre 2004 y 2010. Como objetivo primario se escogió un end-point combinado de muerte debido a endocarditis infecciosa o necesidad de cirugía cardíaca.

Resultados: Un total de 41 pacientes con endocarditis infecciosas sobre válvula nativa se incluyeron en nuestro estudio (edad mediana 68, rango de 27 a 88 años), con 36,6% de mujeres. La mayoría asentaban sobre valvulopatía degenerativa (56,4%), y la válvula mitral fue la más frecuentemente afectada (58,5%), seguido de la aórtica (39%). El germen más frecuentemente aislado fue el *S. aureus* (27,5%), seguido del *S. viridans* (22,5%). Hubo complicaciones mecánicas en un 45% de los pacientes, y un 38,5% desarrollaron fenómenos embólicos. No hubo diferencias significativas en la proporción de pacientes que alcanzó el objetivo primario con respecto a la endocarditis sobre válvula protésica (65,0% vs 65,4%, $p = 1,0$), ni en la mortalidad (20,0% vs 30,8%, $p = 0,38$) ni en la necesidad de cirugía cardíaca (46,3% vs 56,8%, $p = 0,62$).

Conclusiones: Los resultados de nuestro estudio sugieren un cambio epidemiológico y microbiológico de la endocarditis infecciosa sobre válvula nativa en los últimos años, con una mayor proporción de infección sobre válvula degenerativa y siendo el *S. aureus* el germen más frecuentemente aislado en esta entidad, con una morbimortalidad nada despreciable.

C169. ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN LA MUJER. CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES SEGÚN EL SEXO

S. Camacho Freire, S. Gamaza Chulián, A. Fernández Rodríguez, A. Gutiérrez Barrios, A. Martín Santana, C. Pérez Muñoz, R. Valdivia Gutiérrez y J. Vargas-Machuca Caballero

Servicio de Cardiología. Hospital de Jerez. Cádiz.

Introducción y objetivos: Nuestro objetivo fue analizar las características de la endocarditis infecciosa en la mujer, y analizar

las características epidemiológicas, clínicas, microbiológicas y el pronóstico de esta entidad en ambos sexos.

Métodos: Se incluyeron de forma retrospectiva las endocarditis infecciosas de dos centros de nuestra zona entre 2004 y 2010, y analizamos las diferentes características de los pacientes en función del sexo. El objetivo primario de nuestro estudio fue un end-point combinado de muerte debido a endocarditis infecciosa o necesidad de cirugía cardiaca.

Resultados: Un total de 30 endocarditis infecciosas en mujeres se incluyeron, con edad media de 67,2 años (rango de 45 a 88 años). No hubo diferencias significativas en la presentación clínica de los enfermos de ambos sexos: fiebre (93,3% vs 91,3%), soplo (76,7% vs 72,3%), fenómenos embólicos (21% vs 34%). La duración de la fiebre hasta el diagnóstico fue mayor en mujeres (mediana 14,5 vs 10 días, $p = 0,079$). El germen más frecuente fue el *S. aureus* (26,7%), seguido de *S. coagulans* negativo (13,3%), sin diferencias significativas con los varones. La válvula nativa mitral se afectaba más frecuentemente en mujeres (46,7% vs 22,9%, $p = 0,029$), al igual que la protésica mitral (36,7% vs 2,1%, $p < 0,001$). Más mujeres alcanzaron el objetivo primario (80% vs 53,2%, $p = 0,017$), hubo mayor mortalidad (33,3% vs 14,9%, $p = 0,057$) y más necesidad de cirugía cardiaca (60% vs 41,7%, $p = 0,11$), por mayor incidencia de complicaciones mecánicas (58,6% vs 36,2%, $p = 0,056$).

Conclusiones: La endocarditis infecciosa en la mujer es una entidad que presenta mayor morbimortalidad en nuestra área, probablemente por un mayor retraso en el diagnóstico.

C170. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y PRONÓSTICAS DEL DERRAME PERICÁRDICO SEVERO DE ORIGEN NEOPLÁSICO Y CRÓNICO IDIOPÁTICO

S. Gamaza Chulián, J. León Jiménez, A. Gutiérrez Barrios, F. Camacho Jurado, R. Zayas Rueda, J. Lacal Peña, R. Vázquez García, R. García de la Borbolla Fernández y J. Vargas-Machuca Caballero

Servicio de Cardiología. Hospital de Jerez. Cádiz.

Introducción y objetivos: Determinar las características clínicas y epidemiológicas del derrame pericárdico de origen neoplásico y del derrame pericárdico crónico idiopático, así como realizar un seguimiento a estos pacientes para determinar su diferente pronóstico.

Métodos: Se analizaron de forma retrospectiva los pacientes que ingresaron en nuestro servicio por derrame pericárdico severo (definido ecocardiográficamente como la suma de al menos 20 mm de espacio hipocóico en espacio pericárdico) desde 2002 a 2009. Se realizó el protocolo diagnóstico de nuestro centro, llevándose a cabo pericardiocentesis en el 100% de los pacientes. El seguimiento de nuestros pacientes fue de 15 meses de mediana (rango de 1 a 32 meses).

Resultados: Se incluyeron 20 pacientes con derrame pericárdico crónico idiopático (rango de edad de 25 a 84, mediana 71 años) y 16 pacientes con derrame de origen neoplásico (rango de edad de 41 a 81, mediana 73 años). El antecedente personal de neoplasia (92,9% vs 5,0%, $p < 0,001$), la presencia de taponamiento cardiaco (87,5% vs 52,9%, $p = 0,03$) y derrame pericárdico de características hemáticas (81,3% vs 29,4%, $p = 0,01$) se asociaron al derrame pericárdico de origen tumoral. En nuestra serie el 100% de los pacientes que tenían las 3 características (taponamiento, antecedente de cáncer y líquido pericárdico hemático) el derrame es de origen neoplásico, mientras que la ausencia de estos 3 ítems descartaba al 100% el origen tumoral.

Conclusiones: En muchos pacientes, antecedentes de neoplasia maligna, existencia de taponamiento cardiaco y características hemáticas del derrame pericárdico, orientan sobre el origen del mismo.

C171. CALIDAD DE VIDA Y MORTALIDAD A 1 AÑO DE PACIENTES ANCIANOS CON INFARTO DE MIOCARDIO

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

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

Introducción y objetivos: Analizar la supervivencia y calidad de vida a los 6 y 12 meses del alta de pacientes ($p > 75$ años con infarto de miocardio en 2009).

Métodos: Todos los pacientes fueron citados a consulta a los 6 y 12 meses del alta hospitalaria.

Resultados: La muestra comprendió 94p, 46 hombres. Edad media: 79,8 años (hombres) y 80,06 años (mujeres). A los 6 meses habían reingresado 14p, 8 por evento coronario, 2 por ACV, 1 por isquemia de miembros inferiores, 1 por insuficiencia cardíaca, 1 por bradiarritmia que precisó marcapasos definitivo y 1 por causa no cardíaca. En los 6 primeros meses fallecieron 12 p, por shock cardiogénico (6p), fallo multiorgánico (2p), arritmia (2p), sepsis (1p) y neoplasia (1p). Índice de Karnofsky medio: 87,2. Entre los 6 y 12 meses reingresaron 8p, 2 por insuficiencia cardíaca y 6 por eventos coronarios. Fallecieron 10 pacientes, 5 por shock cardiogénico, 2 por neoplasia, 1 por ACV, 1 por fallo multiorgánico y 1 por arritmia. GEL índice de Karnofsky medio era 76,6. Encontramos como predictores de mortalidad a los 6 meses: sexo femenino [$p = 0,38$, OR 6,44 (1,11-37,42)] y disfunción ventricular [$p = 0,039$, OR 6,45, (1,1-37,7)] y a los 12 meses: sexo femenino con OR 3,67 (1,01-13,46, $p = 0,049$).

Conclusiones: La supervivencia de los pacientes ancianos con infarto de miocardio a corto plazo es elevada, con un aceptable grado funcional y una ligera dependencia para el desarrollo de las actividades de la vida diaria.

C172. PRETRASPLANTE HEPÁTICO EN CONSULTA CARDIOLÓGICA MONOGRÁFICA: RESULTADOS INICIALES Y PROTOCOLO DE ESTUDIO

M. Cano García, D. Gaitán Román, M. Roldán Jiménez, M. Ramírez Marrero, A. García Bellón, A. González González y M. de Mora Martín

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

Introducción y objetivos: Presentación de protocolo de valoración cardiológica de pacientes pretrasplante hepático y resultados iniciales de nuestra unidad.

Métodos: Desde octubre de 2009 a enero de 2011 fueron analizados en consulta 99 pacientes con cirrosis hepática.

Resultados: Indicaciones de trasplante: cirrosis enólica (28p), cirrosis por virus B/C (46), cirrosis biliar primaria (6), autoinmune (2) y no filiada (17). La media de edad fue de 59,3 años. 20% tenía hipertensión arterial, 25% diabetes, 22% dislipemia, 34% tabaquismo activo, 21% EPOC. Se realizó ecocardiograma a todos los pacientes, el 92% tenía FE conservada, en 34% p existía disfunción diastólica. A los pacientes < 50 años con ≤ 2 factores de riesgo (salvo diabetes), asintomáticos, con ecocardiograma normal eran considerados aptos. A los pacientes asintomáticos diabéticos o con más de un factor de riesgo se les realizaba un test de isquemia (15% ergometría, 55% SPECT y 30% ecocardiograma de stress farmacológico), si no mostraba isquemia inducible o esta era leve también se consideraban aptos. Si los pacientes tenían clínica de dolor torácico, test de isquemia positivo o disfunción sistólica eran remitidos a coronariografía (20%), en un 5% se encontraron lesiones coronarias y se realizó ICP-stent convencional.

Desde el comienzo de la consulta en octubre de 2009 se han trasplantado 50 pacientes, sin incidencias cardiovasculares peri ni postoperatorias.

Conclusiones: A falta de un periodo de seguimiento más prolongado pensamos que ante la falta de recomendaciones claras al respecto es necesario un protocolo de estudio de estos pacientes, para homogeneizar el manejo y optimizar los resultados.

C173. VALORACIÓN CARDIOLÓGICA PRETRASPLANTE RENAL

M. Cano García, D. Gaitán Román, B. Pérez Villardón, M. Roldán Jiménez, M. Ramírez Marrero, R. Vivancos Delgado y M. de Mora Martín

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

Introducción y objetivos: Evaluar funcionamiento de consulta de valoración cardiológica pretrasplante renal.

Métodos: Desde octubre de 2009 a enero de 2011 fueron analizados en consulta pacientes 155 (p) en insuficiencia renal terminal. **Resultados:** Indicaciones de trasplante: vascular (62p), diabetes (70p), glomerulonefritis (6p), enfermedad poliquística (6p), enfermedad sistémica (1p), hereditaria (1p), uropatía obstructiva (3p) y no filiada (6p). Edad media: 58,21 años. Variables: 87% hipertensión arterial, diabetes (64,5%), dislipemia (51,6%), tabaquismo (14,1%), ACV (3,8%), enfermedad arterial periférica (7,7%), cardiopatía previa (17,4%). Se realizó ecocardiograma a todos, 6,5% tenían disfunción sistólica, 35,4% hipertrofia ventricular izquierda y 26,4% disfunción diastólica. Además en 70p se realizó gammagrafía, en 54p ecocardiograma de estrés y en 31p cateterismo (20%). Del estudio cardiológico se derivaron 9 actuaciones terapéuticas cardiovasculares previas al trasplante: en 7 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 2009 se han trasplantado 81 enfermos de riñón (1 de ellos combinado), sin incidencias cardiovasculares peri ni postoperatorias.

Conclusiones: Aunque nuestro estudio es a corto plazo, demuestra que realizando screening a este grupo de pacientes puede minimizarse la aparición de complicaciones cardiovasculares intra y postoperatorias precoces. Ante la falta de consenso global de manejo de estos enfermos creemos necesario un manejo conjunto con el resto de especialidades implicadas de cara a obtener los mejores resultados en estos pacientes.

C176. EL PAPEL DE LA ENFERMEDAD CORONARIA EN LOS PACIENTES CON ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA TRATADOS CON LA PRÓTESIS AÓRTICA COREVALVE

J. Rodríguez Capitán, A. Domínguez Franco, A. Muñoz García, M. Molina Mora, J. Caballero Borrego, M. Jiménez Navarro, J. Alonso Briales, M. Such Martínez, J. Hernández García y E. de Teresa Galván

Servicio de Cardiología. Unidad del Corazón. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción y objetivos: La prevalencia de la enfermedad coronaria en pacientes con estenosis aórtica es alta, siendo poco conocida la repercusión de la enfermedad coronaria en los pacientes tratados percutáneamente con la prótesis aórtica CoreValve. El objetivo fue analizar el papel de la enfermedad coronaria (EC) en los pacientes con estenosis aórtica severa tratados con la prótesis aórtica CoreValve.

Métodos: Entre abril 2008 y enero 2011, un total de 152 pacientes con estenosis aórtica severa han sido tratados con la prótesis aórtica CoreValve.

Resultados: 52 pacientes (34,2%) presentaban enfermedad coronaria, en 21 (13,8%) tenían antecedente de infarto de miocardio. Se había realizado ICP previa a 25 pacientes, cirugía de revascularización coronaria a 12 pacientes y 3 pacientes habían sido revascularizados percutánea y quirúrgicamente. Durante el procedimiento hubo un caso de IAM anterior tras disección del injerto de mama-ria a descendente anterior, al utilizar la arteria subclavia como vía de abordaje, no hubo ningún caso de oclusión coronaria por la prótesis. Tras un seguimiento de 11,9 meses, un paciente presentó a los 30 meses, IAM no q lateral, requiriendo realizar ICP y siendo tratado a través de la estructura protésica. Tras un seguimiento medio de 12,2 ± 9 meses, la supervivencia fue similar entre los pacientes con EC (77,9%) vs los pacientes sin EC (85,4%), p = 0,5.

Conclusiones: La prevalencia de enfermedad coronaria es alta, pero no condiciona el pronóstico de los pacientes con estenosis aórtica tratados con la prótesis aórtica CoreValve.

C177. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA Y CONTROL LIPÍDICO

P. Gómez Rodríguez¹, G. Retegui García de Quesada², M. Gómez Hernández³, M. Charneca Contioso¹ y M. Ruiz Borrell²

¹Servicio de Medicina Interna. ²Servicio de Medicina de Familia.

³Servicio de Cardiología. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Sevilla.

Introducción y objetivos: Analizar el grado de control de nivel lipídico en pacientes que han sufrido algún evento de Cardiopatía Isquémica en nuestra zona.

Métodos: Se han incluido a los pacientes con cardiopatía isquémica provenientes del Centro del Salud de Mairena de Aljarafe que han sido valorados de forma consecutiva en las consultas de Cardiología del Hospital de San Juan de Dios del Aljarafe desde enero a septiembre de 2010. Se realizó un estudio descriptivo en el que se recogieron datos de factores de riesgo cardiovascular y se analizaron el grado de control lipídico basándonos en la revisión de los niveles colesterol total, LDL, HDL y triglicéridos de los últimos perfiles analíticos.

Resultados: Se incluyeron 178 pacientes (82% varones). El análisis de los datos mostró unos valores medios de colesterol total de 160,82 mg/dl (DE 35,73), LDL 88,67 mg/dl (DE 29,79), HDL 45,15 mg/dl (DE 13,11), triglicéridos 169,79 mg/dl (DE 142,79). En el análisis de subgrupos se apreció que un 30,3% de los pacientes presentaban un LDL < 70 mg/dl y un 37,1% entre 70 y 100 mg/dl, estando el resto de los pacientes por encima de los niveles recomendados.

Conclusiones: Existe un alto porcentaje de pacientes en los que no se alcanza el control lipídico óptimo aconsejado como prevención secundaria en la cardiopatía isquémica.

C178. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA Y CONTROL LIPÍDICO SEGÚN GÉNERO

P. Gómez Rodríguez¹, G. Retegui García de Quesada², M. Charneca Contioso¹, M. Gómez Hernández³ y R. Pérez de la Yglesia²

¹Servicio de Medicina Interna. ²Servicio de Medicina de Familia.

³Servicio de Cardiología. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Sevilla.

Introducción y objetivos: Analizar si existen diferencias respecto al género del grado de control de nivel lipídico en pacientes

que han sufrido algún evento de cardiopatía isquémica en nuestra zona.

Métodos: Se han incluido de forma consecutiva a aquellos pacientes con cardiopatías isquémicas provenientes del Centro del Salud de Mairena de Aljarafe y valoradas en las consultas de Cardiología del Hospital de San Juan de Dios del Aljarafe entre enero y septiembre de 2010. Se realizó un estudio descriptivo en el que se recogieron datos de factores de riesgo cardiovascular y se ha analizado el grado de control lipídico basándonos en la revisión de los niveles de colesterol total, LDL, HDL y triglicéridos de los últimos perfiles analíticos. Se realizó posteriormente un análisis comparativo de los datos en función del género.

Resultados: Se incluyeron 178 pacientes (82% varones). Se apreciaron diferencias significativas en relación al sexo con los valores medios de colesterol total (156,56 en varones vs 180,25 mg/dl en mujeres, $p = 0,001$) y LDL (85,64 vs 102,53 mg/dl, $p = 0,017$); No se apreciaron diferencias significativas de los valores medios de HDL (44,39 vs 48,59 mg/dl, $p = 0,101$) y triglicéridos (169,79 vs 169,78 mg/dl, $p = 1,0$).

Conclusiones: Existen diferencias significativas con respecto al control lipídico en relación con el sexo. Existe un mejor control de colesterol total, HDL y LDL en varones que en mujeres. No se observan diferencias significativas entre ambos sexos en los niveles de triglicéridos.

C179. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA Y FACTORES DE RIESGO

P. Gómez Rodríguez¹, M. Gómez Hernández², M. Charneca Contioso¹, M. Ruiz Borrell² y G. Retegui García de Quesada²

¹Servicio de Medicina Interna. ²Servicio de Medicina de Familia.

³Servicio de Cardiología. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Sevilla.

Introducción y objetivos: Analizar la comorbilidad asociada y la presencia de factores de riesgo cardiovascular en pacientes que han sufrido algún evento de cardiopatía isquémica en nuestra zona.

Métodos: Se han incluido a los pacientes con cardiopatía isquémica provenientes del Centro del Salud de Mairena de Aljarafe que han sido valorados en las consultas de Cardiología del Hospital de San Juan de Dios del Aljarafe desde enero a septiembre de 2010. Se realizó un estudio descriptivo en el que se recogieron de factores de riesgo cardiovascular y comorbilidades asociadas descritas en historia clínica.

Resultados: Se incluyeron 178 pacientes (82% varones, edad media). Los datos recogidos objetivaron: hiperlipemia (71,3%), hipertensión arterial (61,2%), diabetes mellitus (33,1%), tabaquismo (no fumadores 33,1%; exfumadores 52,9%; abandono del tabaco en el último año en el 1,7%; tabaquismo activo 14%).

Conclusiones: Se observa que una gran proporción de los pacientes con cardiopatía isquémica tienen factores de riesgo asociados principalmente dislipemia, hipertensión arterial y tabaquismo.

C183. DIFERENCIA ENTRE CENTROS EN EL GRADO DE CONTROL LIPÉMICO EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

M. Charneca Contioso¹, M. Gómez Hernández², G. Retegui García de Quesada³, P. Gómez Rodríguez¹, M. Ruiz Borrell², M. Pérez de la Yglesia³, J. Marín Morgado³ y A. Revello Bustos³

¹Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. ²Servicio de Medicina Interna. ³Servicio de Cardiología. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Sevilla.

Introducción y objetivos: Analizar el grado de control lipídico en pacientes con cardiopatía isquémica en nuestro medio.

Métodos: Se incluyeron pacientes con cardiopatía isquémica valorados en nuestras consultas de Cardiología del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe provenientes de los Centros de Salud de Bormujos y Tomares entre enero y septiembre de 2010. Se realizó un estudio descriptivo recogiendo datos demográficos basales, factores de riesgo vascular y se analizó el grado de control lipídico actual. Se revisó la última analítica y se recogieron datos sobre colesterol total (CT), LDL, HDL y triglicéridos (TG).

Resultados: Se incluyeron 122 pacientes (80,3% varones, edad media 61,61 años DE 11,36). El análisis de los datos proporcionó valores medios de CT de 172,25 mg/dl (DE 52,105), LDL 96,60 mg/dl (DE 32,910), HDL 45,17 mg/dl (DE 12,913) y TG 160,24 mg/dl (DE 102,740). Se analizaron los valores medios de CT, LDL, HDL y TG dividiendo a los pacientes en dos grupos según el centro de salud del que provienen.

Conclusiones: No se apreciaron diferencias significativas en cuanto a control lipídico en relación con la población proveniente.

C184. CORONARIOGRAFÍA Y ANGIOPLASTIA CORONARIA POR VÍA RADIAL: EXPERIENCIA INICIAL Y CURVA DE APRENDIZAJE

A. González González, B. Pérez Villardón, A. García Bellón, C. Jiménez Rubio, B. Luque Aguirre, J. Bullones Ramírez, J. Álvarez Rubiera y M. de Mora Martín

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

Introducción y objetivos: La vía radial ha surgido como una alternativa atractiva a la vía femoral para realizar coronariografías e intervenciones coronarias. Al facilitar la deambulación precoz, está asociada a menor número de complicaciones vasculares y disminución de la estancia hospitalaria. Describimos nuestra experiencia y analizamos la influencia de la curva de aprendizaje.

Métodos: Estudio observacional prospectivo. Dividimos a la población de estudio en 2 grupos: A (primeros 200 casos recogidos entre enero y marzo 2009) y B (200 casos recogidos entre enero y marzo 2010). Cuando se consideró posible e indicado, se realizó una intervención coronaria en el mismo procedimiento.

Resultados: Total de 400p, sin diferencias en las características basales de los pacientes/lesiones: edad media $65 \pm 10,8$ vs $65,5 \pm 10,4$ años, sexo masculino 65,3% vs 62,2%, indicación de coronariografía SCA 39% vs 42,1%, porcentaje de ICP 34,7% vs 32,6% ni en el porcentaje de éxito del procedimiento (94,5% vs 96%). En el primer periodo el porcentaje de crossover fue de 4,1% vs 2,6% en el segundo periodo ($p < 0,05$). El porcentaje de complicaciones fue de 12,5% en el primer periodo, todas ellas hematomas leve en antebrazo; en el segundo periodo frecuencia de complicaciones de 7,5%, 13 hematomas leves, 1 hematoma severo, 1 pseudoaneurisma arteria radial. Los tiempos de procedimiento (23 [16-29] frente a 19 [15-24] min; $p < 0,001$) y de fluoroscopia (6,4 [4,2-10] frente a 5,0 [3,0-7,7] min; $p < 0,001$) fueron menores en el segundo periodo.

Conclusiones: El procedimiento por vía radial es técnicamente más complejo: mayor dificultad para canular la arteria, posibilidad de espasmo, variaciones anatómicas de las arterias del miembro superior y manipulación de los catéteres, sin embargo supone una alternativa segura y eficaz a la vía femoral. Existe una curva de aprendizaje significativa asociada a los procedimientos por vía radial.

C185. RESULTADOS INICIALES A 1 AÑO DE LA ABLACIÓN DE VENAS PULMONARES CON ULTRASONIDOS

B. Luque Aguirre, E. Sarria García, J. Valderrama Marcos, R. Vivanco Delgado, J. Pérez Ruiz, P. Aranda Granados, J. Cano Nieto, J. Mora Robles, J. Gutiérrez de Loma y M. de Mora Martín

Hospital Universitario Regional Carlos Haya. Málaga.

Introducción y objetivos: La fibrilación auricular (FA) es un importante problema de salud, con una incidencia estimada del 7% en sujetos > 65 años. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar los primeros resultados de ablación de venas pulmonares con ultrasonidos.

Métodos: Análisis prospectivo del total de pacientes sometidos a ablación de venas pulmonares, en el período de tiempo entre enero 2008 y junio 2010. Se hizo un seguimiento postoperatorio que incluía historia clínica, ECG, ecocardiograma y Holter a los 3, 6, 9 y 12 meses.

Resultados: Se incluyeron un total de 25 pacientes, con edad media de 61 años. El 57% eran hombres. El tamaño medio de AI fue 46,3 mm. La ablación se asociaba a: cirugía de derivación aortocoronaria 33,8%, recambio valvular aórtico 28,6%, recambio valvular mitral 14,3%, plastia mitral 9,5%. Previa a la cirugía, el 52,38% presentaban FA permanente, el 28,57% FA paroxística y el 19,05% FA persistente. Tras el procedimiento quirúrgico, el 52,4% de los pacientes recuperaron ritmo sinusal, y permanecían en ritmo sinusal el 71% de los pacientes (a los 6 meses) y el 68,8% (a los 12 meses). Hubo 2 exitus en nuestra serie, no relacionados con la ablación.

Conclusiones: La ablación de venas pulmonares es un procedimiento rápido, seguro y reproducible. Presenta una alta tasa de libertad de FA en los estudios existentes. Los resultados iniciales que presentamos coinciden con las publicaciones en cuanto a recuperación de ritmo sinusal. Es necesario continuar el seguimiento de nuestros pacientes y evaluarlo a largo plazo.

C186. ACCESO RADIAL EN COMPARACIÓN CON EL FEMORAL DURANTE LA CORONARIOGRAFÍA Y SU IMPACTO SOBRE EL SANGRADO GRAVE

B. Pérez Villardón, A. González González, A. García Bellón, C. Jiménez Rubio, B. Luque Aguirre, J. Bullones Ramírez, J. Álvarez Rubiera y M. de Mora Martín

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

Introducción y objetivos: El procedimiento por vía radial es técnicamente más complejo que la vía femoral; entre sus ventajas destacan que facilita la deambulación precoz, se asocia a un menor número de complicaciones vasculares y permite una menor estancia hospitalaria. Nuestro objetivo fue comparar las características del procedimiento y complicaciones entre ambos accesos vasculares.

Métodos: Realizamos un estudio descriptivo y prospectivo en el que incluimos un total de 570 pacientes remitidos a nuestro laboratorio con indicación de coronariografía, realizada por vía femoral o radial, entre agosto y diciembre del 2010.

Resultados: Analizamos un total de 570 pacientes sin diferencias en las características basales de los pacientes ni de las lesiones angiográficas. 64,9% varones, con una edad media de 65,2 ± 10,6 años. Fueron procedimientos realizados por vía radial un 54,85%; se realizaron mayor número de angioplastias por vía femoral que por vía radial (46,47% vs 36,68%). El tiempo de fluoroscopia fue ligeramente mayor en el acceso radial 5,25

± 2,62, en relación con de la vía femoral 4,63 ± 2,80, sin diferencias estadísticas significativas ($p = 0,467$). Complicaciones 9,2% en acceso radial (4,6% hematomas leves; 2,8% hematomas moderados; 0,9% hematomas severos; 0,9% pseudoaneurisma arteria radial) vs 22,2% (13,8% hematomas moderados; 3,6% hematomas severos; 2,4% hematomas retroperitoneales; 2,4% pseudoaneurismas. La estancia media en casos de abordaje radial fue de 10,2 ± 2,3 horas en comparación con el femoral 33,5 ± 9,5 horas.

Conclusiones: Existe una curva de aprendizaje significativa en la vía radial, con una duración del procedimiento y de la fluoroscopia ligeramente mayor que en el acceso por vía femoral, aunque disminuyen con la experiencia del operador. Las principales complicaciones son el espasmo radial y el hematoma localizado en la zona de punción.

C189. EPIDEMIOLOGÍA Y AFECTACIÓN SISTÉMICA DE PACIENTES DIABÉTICOS INGRESADOS POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN UNA PLANTA DE CARDIOLOGÍA

A. González González, A. García Bellón, G. Ballesteros Derbenti, B. Luque Aguirre, I. Vegas Vegas, M. Roldán Jiménez, M. Cano García, J. Pérez Ruiz, J. Delgado Prieto y M. de Mora Martín

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

Introducción y objetivos: La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad crónica que se asocia a un incremento marcado de la morbi-mortalidad cardiovascular. Nuestro objetivo fue analizar el perfil clínico, control metabólico y grado de afectación sistémica en este grupo de pacientes (p).

Métodos: Estudio observacional analítico prospectivo del total de pacientes diabéticos ingresados consecutivamente en planta de Cardiología con diagnóstico de síndrome coronario agudo (SCA) de mayo de 2009 a septiembre de 2010. Se incluyeron un total de 161 pacientes.

Resultados: 65% varones. Edad media al diagnóstico 69,1 años ± 9,2. 11,9 ± 2,3 años de evolución. Tratamiento domiciliario: 14,3% régimen dietético; 27,3% antidiabéticos orales (ADOs) en monoterapia; 19,9% ADOs combinados; 14,9% ADOs + insulino terapia y 23,6% insulino terapia. Media de controles domiciliarios semanales: 7 ± 3. Seguimiento 72% realizado por médico de Atención Primaria; 13% Endocrinología; 8% sin seguimiento y 6,8% por otros especialistas con una media de 2 revisiones anuales. Media de glucemias durante ingreso: antes desayuno: 115,8 ± 37 mg/dl; antes almuerzo: 209,2 ± 63 mg/dl y antes cena: 187 ± 70 mg/dl. HBA1c media al ingreso 7,5%. Afectación macrovascular: cardiopatía 74,5% (22,9% angina, 37,9% infarto, 13,7% otra cardiopatía). Accidente cerebrovascular en 17p (10,5%). Claudicación intermitente en 37p (23,5%). Pulsos pedios presentes en el 43,5%, débiles en el 42,8% y ausentes en el 13,6%. Afectación microvascular: retinopatía 32p (19,8%), nefropatía 39p (24,2%), neuropatía en 34p (21,1%), úlceras previas en miembros inferiores en 15p (9,3%). Exploración con monofilamento: sensibilidad 6/6: 56,5%; 5/6: 11,1%; 4/6: 8,7%; 3/6: 13,6%; 2/6: 4,9%; 1/6: 2,5%; 0/6: 3,1%.

Conclusiones: El perfil clínico de los pacientes DM en nuestro medio corresponde a un varón de edad media, que recibe pauta insulínica y con un control metabólico mejorable. Se encontraron complicaciones cardiovasculares en un porcentaje nada despreciable. Por tanto cabe destacar la importancia de un control estricto de las cifras de glucemia en este tipo de pacientes con el objetivo de disminuir la progresión de la enfermedad.

C199. EXPERIENCIA CON BALÓN DE CORTE SEMIRRÍGIDO (ANGIOSCULPT) EN EL TRATAMIENTO DE LESIONES CORONARIAS COMPLEJAS

J. Roa Garrido, A. Gómez Menchero, F. Díaz Fernández, R. Cardenal Piris, C. Sánchez González, D. Lindefjelt, A. López Suárez y A. Tobaruela González

Servicio de Cardiología. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Introducción y objetivos: La preparación de la placa previo implante del stent en lesiones coronarias complejas es necesaria. El balón de corte AngioSculpt (BAS) presenta espirales semirrígidas de nitinol que disminuyen el deslizamiento, crean hendiduras en la lesión y se evita la retracción del tejido, muy útil para este tipo de lesiones. Su uso es frecuente en nuestro centro y analizamos nuestra experiencia.

Métodos: Estudio retrospectivo de 158 lesiones (enero de 2010-enero de 2011). Realizamos un análisis descriptivo del procedimiento y de las lesiones tratadas.

Resultados: La mediana de edad fue 73 años (71,3% hombres), 50,8% diabéticos. La forma de presentación más frecuente fue IAM sin elevación del ST (40,6%). La lesión tratada se encontraba en 55,1% en ADA y en el 16,5% en tronco coronario. El 60,8% eran lesiones calcificadas (41,9% calcificación moderada-severa), 25,3% reestenosis, 11,4% bifurcaciones (tratamiento rama lateral y principal) y 2,5% trombosis intrastent. Se usó el mismo balón en más de dos ocasiones en 57,8% de pacientes. El diámetro luminal mínimo medio de lesión tratada fue 0,80 mm (predilatación previo a BAS 31% y aterectomía rotacional en 6,3%). La ganancia aguda media tras BAS fue 1,5 mm. Presentó disección 15%. En ninguno de los casos presentamos atrapamiento del balón. Se implantó stent en 74,1% (78% farmacocativos). Finalizó exitosamente el procedimiento en todos los casos.

Conclusiones: En nuestra experiencia el BAS destaca por su excelente perfil y gran variedad de lesiones complejas tratadas con éxito, presentando bajo porcentaje de complicaciones y buenos resultados a corto plazo.

C201. EXPERIENCIA EN EL USO DE BALÓN CORONARIO DE CORTE SEMICOMPLIANTE (ANGIOSCULPT) EN EL TRATAMIENTO DE LAS REESTENOSIS INTRASTENT

J. Roa Garrido, A. Gómez Menchero, F. Díaz Fernández, R. Cardenal Piris, C. Sánchez González, D. Lindefjelt, B. Martínez Mora y A. Tobaruela González

Servicio de Cardiología. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Introducción y objetivos: La reestenosis intrastent (RI) es una patología aún prevalente a pesar del uso de stent farmacocativo (SF). Existen diferentes estrategias terapéuticas pero ninguna ha demostrado clara superioridad. El balón AngioSculpt (BAS) es semirrígido con espirales de nitinol que evitan el deslizamiento con buen resultado angiográfico en lesiones complejas. Mostramos nuestra experiencia en el uso del BAS en el tratamiento de RI.

Métodos: Estudio retrospectivo de una serie de 41 casos (enero de 2010-enero de 2011). Realizamos QCA de las lesiones tratadas y analizamos Muerte cardiovascular, IAM no fatal y necesidad de nueva revascularización de la lesión tratada a corto-medio plazo.

Resultados: La edad media fue 69 años (74,4% varones). La presentación clínica más frecuente fue IAMSEST (41%). El vaso tratado más frecuente fue ADA 43,6%. El 42,1% de las RI fue sobre SF. El DLM medio de la lesión fue de 0,84 mm. El diámetro medio del BAS fue de 2,84 mm. Se predilató en 24,4%. El 7,3% presentó disección de borde y el 4,9% infraexpansión a alta presión. No

registramos ningún caso de atrapamiento del balón. En el 53,6% se implantó SF y el 31,7% se realizó angioplastia con balón farmacocativo. No se han registrado eventos a corto-medio plazo (seguimiento medio 9 meses).

Conclusiones: El BAS es una herramienta segura con un excelente perfil para el tratamiento de la RI. Permite un buen resultado angiográfico, disminuye la necesidad de implante de stent adicional y buenos resultados clínicos a corto-medio plazo.

C204. SEGUIMIENTO A MEDIO PLAZO EN PACIENTES CON LESIONES TRIFURCADAS DE TRONCO CORONARIO IZQUIERDO TRATADOS CON UN ÚNICO STENT

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

Servicio de Cardiología. Hospital Reina Sofía. Córdoba.

Introducción y objetivos: La lesión trifurcada de tronco coronario izquierdo (LTTCI) es una afectación poco frecuente, y continúa siendo un reto para el intervencionismo. Existe poca información sobre el seguimiento de los pacientes con esta compleja anatomía tratados con una estrategia por etapas. Analizamos resultados a medio plazo del seguimiento clínico de pacientes con LTTCI tratados con una estrategia de abordaje simple.

Métodos: En el periodo-2002/2010 se trataron 76 pacientes con LTTCI mediante implantación de un único stent. Se realizó seguimiento clínico de los pacientes, definiéndose el endpoint-1° como combinación de muerte, infarto agudo de miocardio (IAM), revascularización de la lesión tratada (RLT) o necesidad de cirugía.

Resultados: Todos los pacientes fueron tratados con stents liberadores de fármacos. El stent se orientó hacia la arteria descendente anterior (ADA) en 72 pacientes (95%), y en 4 hacia la arteria circunfleja (ACx) (5%). En 43 lesiones (59%) se halló una estenosis significativa de alguna de las otras dos ramas que conforman la trifurcación, y tras la implantación del stent, se realizó angioplastia en ACx en 24 pacientes (31%), en ramo mediano en 8(11%), y fue necesaria angioplastia en estas dos ramas en 11(14%). En el resto de lesiones no fue necesaria ninguna otra intervención. El éxito angiográfico se obtuvo en 75 pacientes (98%). El seguimiento clínico se logró en todos los pacientes (26 ± 20 meses). El endpoint-1° se presentó en 10 pacientes (13%): 2-muertes, 4-IAM, 3-RLT y 1 requirió cirugía.

Conclusiones: El tratamiento percutáneo mediante implantación de un único stent en pacientes con LTTCI parece factible y seguro, con baja tasa de complicaciones a medio plazo.

C206. CONSUMO DE COCAÍNA Y ENFERMEDAD CORONARIA EN POBLACIÓN JOVEN

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

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

Introducción y objetivos: Los IAM en jóvenes se han asociado a coronarias normales en el contexto de vasoespasmos, embolismos... y entre dichas causas se encuentra la cocaína que como inductor de vasoespasmos, se consideraba predictor de coronarias normales; dicha tendencia está cambiando.

Métodos: Menores de 45 años, que entre 1998 y 2010 presentaron un SCA, con resultado de tóxicos positivo para cocaína y se comparó con un grupo control.

Resultados: Se presentan en las tablas.

Características generales		
	Cocaína+ (n = 30)	Cocaína- (n = 268)
Edad media (años)	37,03 ± 7,06	40,27 ± 4,43
Sexo (% varones)	96,7%	90,6%
Dislipemia	50%	45,7%
Hipertensión	16,7%	32,5%
Diabetes mellitus	3,3%	10,1%
Antecedentes familiares	13,3%	27,3%
Tabaquismo	93,3%	70,4%

Anatomía coronaria		
	Cocaína+ (n = 30)	Cocaína- (n = 268)
Enfermedad coronaria	64%	75,7%
Enfermedad 1 vaso	40%	42,8%
Enfermedad 2 vasos	12%	20,9%
Enfermedad 3 vasos	8%	9,5%
TCl+1, TCl+2, TCl+3	4%	2,5%
Sin lesiones significativas	24%	10,9%
Coronarias normales	12%	13,4%

Conclusiones: Los consumidores de cocaína presentaron tendencia a menor número de FRCV (excepto tabaquismo); sin embargo tuvieron la misma prevalencia de enfermedad coronaria que los no consumidores. Jóvenes con pocos FRCV, que ingresan por SCA se debe insistir en el consumo de tóxicos, incluso valorar analíticas y plantear coronariografía a pesar de bajo riesgo.

C207. DETECCIÓN DE VASOSPASMO CORONARIO CON ECOCARDIOGRAMA-ERGOBASINA

J. Cano Nieto, D. Gaitán Román, G. Ballesteros Darbenti, R. Vivancos Delgado y M. de Mora Martín

Hospital Regional Universitario. Carlos Haya. Málaga.

Introducción y objetivos: El empleo de la ergobasina para la detección de espasmos corsarios es una técnica validada y segura que nos puede aportar luz a la hora de diagnosticar entidades como el infarto agudo de miocardio o la angina sin afectación significativa de las coronarias. Para ello se debe cumplir 3 factores: clínica compatible con isquemia miocárdica, no alteraciones dinámicas en el electrocardiograma durante y coronariografía sin lesiones ateroscleróticas.

Métodos: Nuestra experiencia se basa en 9 enfermos que cumplían estas 3 condiciones, 55% de los pacientes eran mujeres; 88% tenían 1 o más factores de riesgo cardiovasculares clásicos; en el 22% la indicación fue IAM y 78% fue angor. El estudio se realizaba en área con monitorización ECG con mediciones periódicas de alteraciones dinámicas y desfibrilador cardiaco disponible. El protocolo usado usa dosis creciente de metilergometrina a 0,05, 0,1, 0,2, y 0,4 mg.

Resultados: Nuestros resultados fueron que conseguimos el diagnóstico en el 33% de los pacientes evaluando los hallazgos clínicos (clínica sugestiva de isquemia), ECG y ecocardiográficos evaluados siempre con 2 cardiólogos con dedicación a la imagen

cardiaca y siempre con grabación del estudio para posteriores evaluaciones si fuese necesario. El 55% de los pacientes sufrieron molestias leves secundarias a la prueba que consistieron en cefalea y nauseas. No hubo complicaciones de gravedad.

Conclusiones: Esta técnica de imagen nos parece una herramienta poco utilizada, útil, accesible y eficaz para la identificación de una patología no insignificante que se ha diagnosticado erróneamente durante mucho tiempo.

C209. EL PRECONDICIONAMIENTO ISQUÉMICO REMOTO NO ALTERA LOS NIVELES DE TROPONINA T ALCANZADOS TRAS LA CIRUGÍA CARDIACA REGLADA

I. Bibiloni Lage¹, A. Adsuar Gómez¹, N. Romero Rodríguez², R. Montes Cozar¹, E. Ruiz Solano¹, C. Pardo Pardo¹, E. Gutiérrez Carretero¹, A. González Calle¹, A. Martínez Martínez² y J. Borrego Domínguez¹

¹Servicio de Cirugía Cardiaca. ²Servicio de Cardiología. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivos: La isquemia-reperusión que tiene lugar en la cirugía cardiaca bajo circulación extracorpórea es responsable de gran parte de la morbimortalidad registrada en estos procedimientos. El preconditionamiento isquémico ha demostrado en diversos escenarios reducir el daño miocárdico, aunque sus implicaciones pronósticas son aún controvertidas.

Métodos: Estudio prospectivo aleatorizado en el que se sometió a preconditionamiento isquémico remoto (en ambos brazos con manguito de presión en 6 periodos de 5 minutos) a aquellos pacientes que fueran a someterse a cirugía de bypass coronario simple o recambio valvular aórtico simple. Presentamos los datos preliminares de parte de la cohorte proyectada con determinaciones seriadas de troponina T en las primeras 72 horas tras la cirugía.

Resultados: Un total de 52 pacientes fueron incluidos, 72% varones con edad media de 68 años (DE 12,2). La elevación de CPK fue superior en el grupo sometido a preconditionamiento, no así la elevación de troponina T, donde no observamos diferencias significativas entre ambos grupos.

Conclusiones: El preconditionamiento isquémico remoto no ha demostrado en la presente cohorte reducir el daño miocárdico tras cirugía cardiaca. Será necesario ampliar la cohorte para aumentar el poder estadístico.

C211. PUESTA EN MARCHA DE UNA CONSULTA DE CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS DEL ADULTO

J. Cano Nieto, B. Luque Aguirre, V. Cuenca Peiró y M. de Mora Martín

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Introducción y objetivos: El incremento de pacientes con cardiopatías congénitas que van a llegar a nuestras consultas y la especial fisiología de algunas de ellas nos crea la necesidad de crear consultas-centros especializados en estas enfermedades para darles una óptima atención cardiológica.

Métodos: Una consulta de acto único (consulta, ECG y pruebas básicas incluyendo ecocardiograma y ergometría) para pacientes derivados desde consultas externas de cardiología de nuestro centro, cardiología pediátrica u otros centros de nuestro entorno. La unidad consta de cardiólogo pediátrico, cardiólogo de adulto con formación en centro de referencia nacional sobre estas enfermedades y el apoyo del servicio de cardiología y cirugía cardiovascular.

Resultados: Tras 4 meses hemos evaluados a 83 enfermos, 62% derivados desde cardiología pediátrica, 28% de nuestras consul-

tas y 10% de otros centros. La edad media es de 25,21 años, predominio varones 52%, 49% con cardiopatías complejas. 100% con historia clínica, ECG y ecocardiograma; 18% evaluación funcional con ergometría o test de la marcha; 22% con uso de otras técnicas imagen cardiaca como RMN o TAC. Se instauró tratamiento con anticoagulantes orales a 17 enfermos (11%) y vasodilatadores pulmonares a 2 pacientes (2,4%).

Conclusiones: La importancia de estas nuevas consultas y estos enfermos va en aumento y supone ya un importante reto para los servicios de cardiología. Se deben crear unidades de referencia para dar soluciones a los problemas que estos enfermos tienen.

C213. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES DE UNA CONSULTA DE CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS DEL ADULTO

J. Cano Nieto, B. Luque Aguirre, V. Cuenca Peiro y M. de Mora Martín

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Introducción y objetivos: El incremento de pacientes con cardiopatías congénitas que van a llegar a nuestras consultas y la especial fisiología de algunas de ellas nos crea la necesidad de crear consultas-centros especializados en estas enfermedades para darles una óptima atención cardiológica.

Métodos: Hemos abierto una consulta de acto único (consulta, ECG y pruebas básicas incluyendo ecocardiograma y ergometría) para pacientes derivados desde consultas externas de cardiología de nuestro centro, cardiología pediátrica u otros centros de nuestro entorno. La unidad consta de cardiólogo pediátrico, cardiólogo de adulto con formación en centro de referencia nacional sobre estas enfermedades y el apoyo del servicio de cardiología y cirugía cardiovascular. Tras 4 meses hemos evaluados a 83 enfermos.

Resultados: La edad media de nuestros enfermos fue de 25,21 años, predominio de varones (52%), 13,2% portadores de enfermedades sindrómicas. El 62% venían derivados de cardiología pediátrica, 28% de otras consultas de nuestro centro y 10% de otros centros. Todos fueron evaluados con historia clínica, ECG y ecocardiograma. 49,1% tenían cardiopatías complejas siendo 32,5% tetralogía de Fallot, 18,1% trasposición de grandes arterias, 14,4% canal auriculoventricular común, 12,3% ventrículos únicos. El número de cirugías de los pacientes fueron de 1 en 43% y 22,3% más de 1.

Conclusiones: Las cardiopatías congénitas del adulto son una entidad creciente e importante en nuestro medio y para darles una correcta atención cardiológica se deben crear unidades especializadas con un enfoque multidisciplinar que sepan responder a los restos que plantean esta nueva población de cardiopatas.

C214. SEGURIDAD EN EL USO DE TRIPLE TERAPIA (ASPIRINA, CLOPIDOGREL Y ACENOCUMAROL) EN PACIENTES SOMETIDOS A REVASCULARIZACIÓN CORONARIA PERCUTÁNEA

J. Cano Nieto, A. González González, G. Ballesteros Derbenti, A. García Bellón, C. Jiménez Rubio, B. Pérez Villardón, B. Luque Aguirre, D. Gaitán Román, J. Mora Robles y M. de Mora Martín

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

Introducción y objetivos: Análisis de la seguridad del tratamiento concomitante con ácido acetilsalicílico (AAS), clopidogrel y acenocumarol en pacientes sometidos a intervencionismo

coronario percutáneo (ICP), y subsidiarios de terapia anticoagulante.

Métodos: Estudio observacional prospectivo de 61 pacientes con indicación de anticoagulación oral (ACO) e ICP, que presentaron al alta del servicio de Cardiología tratamiento con triple terapia (AAS, clopidogrel y acenocumarol) de 2005 a 2009. Características demográficas y clínicas, morbimortalidad cardiovascular, y seguridad terapéutica: riesgo hemorrágico durante el seguimiento por parte del servicio de Cardiología (seguimiento en consulta y de forma telefónica) y de Hematología (control estricto de INR). Seguimiento hemorrágico variable mientras se mantuvo el tratamiento con los tres fármacos, de 1 a 6 meses. Límites de INR según la indicación de ACO: INR 2-3 FA, ACV y embolismos periféricos, INR 2,5-3,5 para válvulas protésicas. Riesgo hemorrágico: hemorragias menores (epistaxis, gingivorragia,...) moderadas (necesidad de ingreso o transfusiones sanguíneas) o mayores (mortales o uso de medidas especiales). Análisis de mortalidad.

Resultados: Edad media 69,5 años, 63,5% de varones. Factores de riesgo cardiovascular: 71% hipertensión arterial, 20% fumadores y 45% exfumadores. Diabéticos 67%, 38% obesidad, insuficiencia renal 19% y dislipemia 68%. Indicación de ACO mayoritariamente por FA: 30%, ACV: 25% y valvulopatía protésica metálica: 18%; 9% por embolismo periférico, 7% por tromboembolismo pulmonar, y un 11% por otras causas (enfermedades autoinmune). Seguridad de la triple terapia: 54,3% no presentó ningún sangrado, 36,9% presentó hemorragia menor, 8,9% hemorragia moderada, y ningún paciente sufrió hemorragia mayor. Mayor sangrado en pacientes > de 70 años, sin significación estadística. Análisis de la mortalidad con seguimiento a 5,37 años: mortalidad total de 9,8%. Solo un paciente falleció en el primer año (1,6%) y 4 a partir de este (8,3%). En ningún caso la muerte fue por causa hemorrágica.

Conclusiones: La terapia con doble antiagregación y anticoagulación presenta un balance riesgo-beneficio aceptable. No se describe incidencia de hemorragia mayor al año de tratamiento, ni presencia de muerte hemorrágica a los 5 años de seguimiento. Es necesario valorar la indicación de anticoagulación oral según el riesgo embólico, individualizar en riesgo de sangrado, la vigilancia estrecha del riesgo hemorrágico mediante la determinación del INR, así como el ajuste de dosis de AAS y niveles de INR según las guías de práctica clínica.

C215. TAC CORONARIO Y POBLACIÓN PEDIÁTRICA: UTILIDAD Y CARACTERÍSTICAS ESPECIALES

J. Acosta Martínez¹, N. Romero Rodríguez¹, M. Serrano Gotarredona¹, P. Cristobo Sainz², S. Navarro Herrero², M. Romero Vazquiáñez¹, R. Solanilla Rodríguez¹, J. Santos de Soto³, A. Guisado Rasco¹ y A. Martínez Martínez¹

¹UC Área del Corazón. ²UC Radiodiagnóstico. ³Cardiología Pediátrica. Hospital Infantil. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivos: El TAC coronario es hoy en día una técnica consolidada por el estudio coronario no invasivo. La población pediátrica presenta unas características especiales que la diferencian de la adulta y que aumentan la complejidad de la técnica, al manejar frecuencias cardíacas elevadas y ser más difícil la colaboración del paciente. Presentamos los datos de los pacientes pediátricos a los que se ha realizado un TAC coronario en nuestra Unidad.

Métodos: Análisis de las características de la cohorte de pacientes pediátricos sometidos a TAC coronario en nuestra Unidad, con un TAC de 64 coronas Toshiba Aquilion.

Resultados: Desde octubre del 2008 hasta enero del 2011 se han realizado un total de 18 exploraciones en pacientes pediátricos, con edad media de 8,9 años (rango 3 a 15 años) siendo 10 de ellos varones. Fue necesaria la sedación profunda en 2 de ellos. El protocolo prospectivo de baja radiación fue aplicado en tres de ellos. Se utilizó propranolol iv en 12 de los pacientes y alprazolam sublingual en 11. La frecuencia cardíaca media de 78 lpm (rango: 58-125). Las indicaciones fueron: Enfermedad de Kawasaki (5), anomalías coronarias (5), cardiopatías congénitas (3), estudio de miocardiopatía dilatada (2) y dolor torácico con pruebas de detección de isquemia positivas (3) con resultado de trayectos intramiocárdicos significativos.

Conclusiones: El TAC coronario es una técnica eficaz en la población pediátrica, aunque exige protocolos específicos para hacer frente a las dificultades asociadas.

C216. INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN PACIENTES MENORES DE 40 AÑOS TRATADOS CON ANGIOPLASTIA PRIMARIA: RESULTADOS INMEDIATOS Y AL AÑO DE SEGUIMIENTO

F. Zafra Cobo¹, L. Díaz de la Llera², F. Gómez Pulido¹, M. Villa Gil Ortega², J. Cubero Gómez², M. Fernández Quero² y A. Sánchez González²

¹Servicio de Cardiología. ²Unidad de Hemodinámica. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivos: El Síndrome Coronario Agudo con ST elevado (SCAEST) en jóvenes es infrecuente y suele estar asociado a mal pronóstico a largo plazo. El objetivo fue evaluar la mortalidad hospitalaria y al año de seguimiento de los pacientes (p) menores de 40 años sometidos a angioplastia primaria (ICPP).

Métodos: Se trata de un estudio retrospectivo, monocéntrico que analiza entre mayo/05 y febrero/10 los p con edad < 40 años sometidos a ICPP de un total de 1225 p que fueron sometidos a ICPP. El periodo de seguimiento inicial fue de 12 meses.

Resultados: Se incluyeron 55 p (4,5%), de los cuales 50 (90,9%) fueron hombres. Edad media 36,5 ± 3,59 años. Los factores de riesgo fueron: tabaco (90%), dislipemia familiar (30,9%), antecedentes familiares (23,6%) e hipertensión arterial (20%). 7 p (12,7%) consumo de cocaína. 2 pacientes trastorno de hipercoagulabilidad (mutación del factor V de Leiden y déficit de proteína S). La arteria responsable del infarto (ARI) fue, 40% descendente anterior, 29,1% coronaria derecha y 18,1% circunfleja. 4 p (7,27%) presentaron coronarias normales. Hubo 2 muertes (3,6%), 1 por shock cardiogénico refractario y otro post-trasplante cardiaco en el postoperatorio. 11 p (20%) tuvieron nuevo intervencionismo en el seguimiento, 5 p por reestenosis (9%), 6 p por "lesiones de novo" (11%). Todas las reestenosis ocurrieron sobre stent metálicos.

Conclusiones: Los p < 40 años con infarto agudo de miocardio sometidos a ICPP presentan una baja tasa de mortalidad en la fase precoz y un pronóstico favorable al año de seguimiento.

C218. ARRITMIAS AURICULARES EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA CONGÉNITA CORREGIDA

R. Macías Ruiz, M. Álvarez López, L. Tercedor Sánchez, P. Santiago Díaz, M. Algarra Cullell, J. Jiménez Jaimez, E. López Moreno y R. Melgares Moreno

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción y objetivos: En pacientes con cardiopatía congénita (CC) corregida es frecuente la aparición de arritmias auriculares (AA) tras la cirugía. Nuestro objetivo es analizar el mecanis-

mo de dichas arritmias mediante el estudio electrofisiológico (EEF) y los resultados de la ablación.

Métodos: Catorce pacientes con AA y CC intervenida con EEF entre 2000 y 2010 fueron analizados. Utilizamos sistemas de navegación intracardiaca en 13 pacientes. El catéter de ablación fue de punta irrigada en todos los casos.

Resultados: 24 taquicardias (1.7 taquicardias por paciente) fueron tratadas. 13 pacientes presentaron flutter istmo-dependiente-FID- (5 como único mecanismo), 8 presentaron flutter incisional (solo 1 como único mecanismo), 1 paciente presentó una taquicardia auricular focal y otro paciente presentó un flutter izquierdo y un flutter dependiente de seno coronario. 8 pacientes presentaron más de un mecanismo de taquicardia (6 de ellos tuvieron un flutter incisional más un FID). Obtuvimos un éxito inicial en 12 de los 14 pacientes. En 5 pacientes fue necesaria la realización de un segundo procedimiento, 2 por aparición de otro mecanismo de flutter, 1 por recurrencia, 1 por primera ablación sin éxito y otro porque se pospuso la ablación. En 2 de estos 5 pacientes fue necesario un tercer procedimiento por recurrencia del flutter.

Conclusiones: En pacientes con cardiopatía congénita intervenida es frecuente la aparición de flutter auricular, la mayoría de los pacientes presentan flutter istmo dependiente pero también es muy frecuente la asociación con flutter incisional. La ablación con catéter es una buena opción terapéutica en estos pacientes.

C219. DISFUNCIÓN MICROVASCULAR CORONARIA EVALUADA MEDIANTE TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES E INFLAMACIÓN SISTÉMICA EN PACIENTES CON SÍNDROME X CARDIACO SIN FACTORES DE RIESGO CONVENCIONALES

B. Muñoz Calero¹, A. Recio Mayoral¹, M. Chaparro Muñoz¹, V. Pedrosa del Moral¹, I. Sayago Pedrosa¹, I. Pérez López¹, M. Fernández Guerrero¹, J. Cruz Fernández¹ y P. Camici²

¹Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ²MRC Clinical Sciences Centre. Imperial College. Hammersmith Hospital. London. Reino Unido.

Introducción y objetivos: La disfunción microvascular coronaria (DMC) es determinante en la patogénesis del síndrome X cardiaco (SX), definido como angina con coronarias angiográficamente normales. Investigamos la relación entre el grado de DMC y el estado inflamatorio, evaluado con proteína C reactiva de alta sensibilidad (PCR).

Métodos: Mediante análisis del flujo sanguíneo miocárdico (FSM) con tomografía por emisión de positrones (H₂O₁₅ como radio-trazador de flujo), estudiamos la reserva de flujo coronario (RFC = FSM durante hiperemia con adenosina/FSM basal) en 21 pacientes consecutivos (52 ± 10 años; 17 mujeres) con criterios estrictos de SX y sin factores de riesgo cardiovascular (FRCV), y 21 controles sanos emparejados por edad y sexo. A priori, los pacientes fueron divididos en 2 subgrupos según sus niveles de PCR: ≤ 3 o > 3 mg/L. En pacientes y controles se excluyó enfermedad coronaria epicárdica mediante angiografía no invasiva (cardio-tomografía).

Resultados: Basalmente el FSM fue similar en pacientes y controles (1,20 ± 0,23 vs 1,14 ± 0,20 ml/min/g; p = 0,32). Sin embargo, los pacientes mostraron una RFC significativamente disminuida (2,77 ± 0,80) comparado con los controles (3,38 ± 0,80, p = 0,02). Pacientes con valores PCR > 3 mg/L presentaron más eventos isquémicos con reducción más severa de RFC (2,12 ± 0,35) que aquellos pacientes con niveles más bajos de PCR (3,16 ± 0,76, p = 0,001). Así mismo, en los pacientes con SX encontramos una correlación negativa entre valores de PCR y RFC (r = -0,49, p = 0,02).

Conclusiones: Los pacientes con SX sin FRCV convencionales presentan una RFC reducida, indicando DMC. La RFC se correlacionó de forma inversa con los valores de PRC, sugiriendo que la inflamación podría modular la respuesta coronaria microvascular.

C220. SEGUIMIENTO DE PACIENTES JÓVENES EN UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE INSUFICIENCIA CARDIACA

J. Cano Nieto, J. Delgado Prieto, J. Pérez Ruiz y M. de Mora Martín

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Introducción y objetivos: La insuficiencia cardiaca es la vía final de las patologías cardíacas. Analizamos nuestra serie de enfermos que seguimos en nuestra consulta monográfica de insuficiencia cardiaca seleccionando una subpoblación determinada por la edad: inferior a 45 años.

Métodos: 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: 93 enfermos, de los cuales el 76% son varones, con un tiempo de seguimiento medio de 3,8 años. 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, 9% relacionados con otros tóxicos 8%, taquimiocardiopatía 6% y 20% con proceso diagnosticado de miocardiopatía aguda. La fracción de eyección fue clasificada según su respuesta, con mejoría total-recuperación 30%, recuperación parcial 37% y ninguna 32%. 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%. 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. Se realizan menos pruebas diagnósticas y el tratamiento menos intenso como muestra el menor betabloqueo. También resalta las altas tasas de recuperación de fracción de eyección de ventrículo izquierdo derivada de la etiología que causa la enfermedad.

C221. IMPLICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA PREDICCIÓN DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA MEDIANTE CORONARIOGRAFÍA NO INVASIVA

P. Fernández García¹, V. Escolar Camas¹, L. Gheorghe¹, P. Cabeza Lainez¹, F. Camacho Jurado¹, E. Díaz Retamino¹, A. Giráldez Valpuesta¹, J. López Benítez¹, J. García Benítez² y R. Vázquez García¹

¹Servicio de Cardiología. ²Servicio de Radiología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Introducción y objetivos: El uso de la coronariografía no invasiva (CNI) mediante tomografía computarizada (TC) multicorte se está extendiendo, englobando otros escenarios como miocardiopatías dilatadas o candidatos a cirugía valvular. El objetivo es analizar la probabilidad de presentar una CNI patológica en función de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y del motivo de solicitud.

Métodos: Estudio retrospectivo de 187 sujetos sometidos a TC de 64 cortes, entre 2008 y 2010. Los motivos de petición se clasificaron en 2 grupos: Grupo 1, con DT (n = 153, 82%) y; Grupo 2,

sin DT (n = 34, 18%), antes de cirugía valvular (13%) o estudio etiológico de miocardiopatías dilatadas (5%). Los resultados se consideraron positivos con estenosis coronarias > 50%. Se analizaron los porcentajes de pacientes con ≥ 3 FRCV en ambos grupos de pacientes y su relación con los resultados de la CNI.

Resultados: Edad media de 61 ± 11 años y un 58% de mujeres. La prevalencia de FRCV fue de: DM 26%, HTA 62%, DLP 45%, tabaquismo 35% y obesidad 34%. No encontramos diferencias entre las CNI patológicas entre los grupos 1 y 2 (24% vs 20%, p = NS), ni en el porcentaje de sujetos de ambos grupos con ≥ 3 FRCV (39% vs 41%, p = NS). Entre los sujetos del grupo 1 (DT) la presencia de ≥ 3 FRCV incrementó la probabilidad de CNI patológicas (40% vs 14%, p < 0,0005), no sucedió en el grupo 2 (21% vs 20%, p = 0,9).

Conclusiones: En sujetos con dolor torácico, la presencia de ≥ 3 FRCV triplica la probabilidad de encontrar una CNI patológica.

C222. LEVOSIMENDÁN EN POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

J. Cano Nieto, J. Mora Robles, J. Delgado Prieto, J. Pérez Ruiz y M. de Mora Martín

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Introducción y objetivos: 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.

Métodos: El uso de este fármaco intraoperatorio en pacientes que se someten a cirugía cardíaca. Hemos recogido un total de 52 pacientes operados durante los años 2009-2010.

Resultados: 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 levosimendán, se uso 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%.

Conclusiones: En nuestro centro se ha comenzado el uso intraoperatorio en cirugía cardiovascular de levosimendán 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.

C223. VALORACIÓN DE LA ANEMIA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

L. Gheorghe¹, M. Soto Cardenas², P. Fernández García¹, V. Escolar Camas¹, J. Muñoz Muñoz³, E. Chueca Gonzalez¹, F. Camacho Jurado¹, E. Díaz Retamino¹, R. Vázquez García¹ y J. Girón González²

¹Servicio de Cardiología. ²Servicio de Medicina Interna. ³Servicio de Hematología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Introducción y objetivos: La presencia de anemia en pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) condiciona un aumento de la morbimortalidad. Sin embargo, actualmente no existen reco-

mendaciones sobre su manejo. Determinar la prevalencia de anemia, la etiología y el tratamiento realizado de la misma, en pacientes hospitalizados por IC. Analizar las variables pronósticas en relación a la presencia de anemia.

Métodos: Seleccionamos a 136 pacientes ingresados con diagnóstico de IC. Analizamos las características epidemiológicas, clínicas y pronósticas de la serie, en términos de mortalidad y reingreso. En los casos de anemia, analizamos el estudio etiológico realizado y el tratamiento administrado.

Resultados: 136 pacientes ingresaron por insuficiencia cardiaca en el periodo de estudio. En el 42% presentaban insuficiencia renal. La anemia se objetivó en 91 pacientes (73%) (< 11 g/dl: 60%). El estudio etiológico de la anemia solo se realizó en el 28%, siendo la ferropenia y la insuficiencia renal las principales causas. Tratamiento con hierro, epo y transfusión se administró en 19, 8 y 10 pacientes. Reingresaron 31 pacientes (23%) y 26 (18%) fallecieron. La mortalidad y los reingresos fue mayor en los pacientes con anemia (20% vs 3%, p: 0,003; 26% vs 16%, p: 0,256). Los factores independientes de mortalidad fueron la presencia de anemia y la cardiopatía isquémica.

Conclusiones: La anemia es muy prevalente en los pacientes hospitalizados por IC, estando en las 3/4 partes de ellos. A pesar de ser un predictor pronóstico corregible, en la práctica clínica habitual, el estudio y tratamiento de la anemia no se realiza en la mayoría de los casos.

C224. VALOR PRONÓSTICO DE LA CORONARIOGRAFÍA NO INVASIVA EN EL ESTUDIO DEL DOLOR TORÁCICO

V. Escolar Camas, L. Gheorghe, P. Cabeza Láinez, P. García Fernández, J. Pedregal Sánchez, P. Sánchez Millán, J. Castillo Ortiz, E. Chueca González, J. García Benítez y R. Vázquez García

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Introducción y objetivos: El análisis de la anatomía coronaria mediante la tomografía computarizada (TC) de 64 cortes, se ha establecido como una prueba fiable en sujetos estudiados por dolor torácico. El objetivo es analizar la aparición de eventos coronarios a largo plazo en pacientes con una TC positiva para cardiopatía isquémica comparados con aquellos en los que el test resulta negativo.

Métodos: Estudio retrospectivo de una cohorte de 292 pacientes sometidos a una TC por dolor torácico, seguidos durante 18 meses. Se dicotomizó la muestra en estudio positivo (lesión coronaria \geq 50%) y resultado negativo, comparando la aparición de eventos coronarios definidos como: muerte, angor inestable (AI) o IAM no fatal.

Resultados: La distribución por sexos fue del 50% con una edad media de 61 ± 11 años. Un total de 217 casos (74%) fueron negativos y el 75 (26%) informados como positivos. Se detectaron un total de 8 eventos: 1 muerte, 2 IAM no fatales y 5 episodios de AI. Comparamos la aparición de eventos en ambos grupos obteniendo un valor predictivo negativo para cardiopatía isquémica mediante coronariografía no invasiva del 99%. Dicha asociación alcanza la significación estadística ($p < 0,02$). La tasa de eventos en el grupo sin presencia de lesiones coronarias obstructivas es baja y se trataban de pacientes con cardiopatía isquémica y revascularización percutánea previa.

Conclusiones: La coronariografía no invasiva se impone como una alternativa factible al cateterismo, suponiendo una muy baja tasa de eventos coronarios a largo plazo cuando no se observan lesiones obstructivas.

C227. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS MUJERES INGRESADAS EN PLANTA DE CARDIOLOGÍA POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO

E. Liarte González, N. Fernández Borrego, L. Muñoz Jiménez, N. Hevia Ceva y M. de Mora Martín

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

Introducción y objetivos: Los estudios WISE y CRUSADE, han proporcionado datos importantes para el conocimiento de la cardiopatía isquémica en la mujer. Las mujeres con síndrome coronario agudo sin elevación ST (SCASEST) son de mayor edad y presentan con mayor frecuencia diabetes e hipertensión, reciben con menor frecuencia la medicación recomendada y en ellas se indican menos cateterismos diagnósticos o terapéuticos. Los eventos hospitalarios adversos también son más frecuentes.

Métodos: Se han seleccionado de forma aleatoria 50 hombres y 50 mujeres ingresados durante el año 2010 en planta de Cardiología con diagnóstico SCASEST recogiendo datos sobre las variables antes mencionadas.

Resultados: La media de edad en el grupo de los hombres es 63,9 y 70,7 años en las mujeres. En el grupo de los hombres la distribución de los factores de riesgo fue: 74% tabaquismo, 68% HTA, 36% DM y 62% DL. En el grupo de las mujeres: 18% tabaquismo, 80% HTA, 54% DM y 50% DL. No hubo diferencias en el uso de AAS y heparina, IECAs en 82% y 70%, estatinas en 98% y 88% respectivamente hombres y mujeres. Se realizó cateterismo en 78% hombres y 66% mujeres, de los cuales 56% de los hombres y 36% de las mujeres fueron revascularizados percutáneamente. En cuanto a las complicaciones durante el ingreso hospitalario estuvieron presentes en el 18% de los hombres y 28% de las mujeres.

Conclusiones: Las mujeres ingresadas por SCASEST tienen una edad media más elevada, los factores de riesgo más frecuentemente asociados son HTA y DM, presentan mayor grado de complicaciones, optándose en la mayoría por un manejo más conservador con respecto al grupo de los hombres.

C231. RECURRENCIA, MORTALIDAD Y REINGRESO AL AÑO EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS POR PÉRDIDA DE CONCIENCIA

A. Fernández Cisnal¹, A. Arce León¹, J. Parejo Matos¹, E. Cantero Pérez¹, N. Romero Rodríguez¹, M. Zamora Sierra², E. Montero Romero², A. Martínez Martínez¹ y G. Barón Esquivias¹

¹Servicio de Cardiología. ²Servicio de Urgencias. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivos: Conocer la evolución al año de los pacientes atendidos en Urgencias hospitalarias por pérdida de conciencia (T-LOC) durante noviembre y diciembre de 2009.

Métodos: Hemos realizado un análisis prospectivo al año de todos los pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias de nuestro hospital por T-LOC durante noviembre y diciembre de 2009 recogiendo la recurrencia de T-LOC, ingresos hospitalarios y mortalidad y fecha de estos eventos.

Resultados: De los 327 pacientes analizados, hasta diciembre de 2010 han presentado nueva T-LOC 48 (14,7%), han ingresado 40 (12,3%) y muerte por cualquier causa 15 (4,6%). Según el diagnóstico de la T-LOC la muerte por cualquier causa fue de 0,3% en los cardiogénicos, 3,4% en los neuromediados, 0% en los ortostáticos y 0,9% en los desconocidos y de otras causas.

Conclusiones: Nuestra serie presenta una mortalidad similar al año que otras series publicadas. La mortalidad fue mayor en los

síncope con diagnóstico de neuromediado, aunque no podemos obviar que en los cardiogénicos se llevaron a cabo intervenciones tipo implante de marcapasos, desfibriladores, seguimiento en consulta, que reducen significativamente la mortalidad.

C232. RELACIÓN DE LOS SCORES DE RIESGO DE SÍNCOPE Y DE SUS ÍTEMS CON MORTALIDAD, REINGRESO Y RECURRENCIA DE SÍNCOPE

A. Fernández Cisnal¹, A. Arce León¹, E. Cantero Pérez¹, J. Parejo Matos¹, N. Romero Rodríguez¹, M. Zamora Sierra², E. Montero Romero², A. Martínez Martínez¹ y G. Barón Esquivias¹

¹Servicio de Cardiología. ²Servicio de Urgencias. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivos: Determinar la validez de los diferentes scores de riesgo de síncope en nuestra población.

Métodos: Hemos realizado un análisis prospectivo al año de todos los pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias de nuestro hospital por pérdida de conciencia (T-LOC) durante noviembre y diciembre de 2009 recogiendo la recurrencia de T-LOC, ingresos hospitalarios y mortalidad y fecha de estos eventos y cálculo de los scores de OESIL, Martin, EGSYS y SFSR.

Resultados: Solo obtuvimos relación estadísticamente significativa entre el score EGSYS y reingresos por cualquier causa ($p = 0,018$), recurrencia del síncope ($p = 0,021$). No existieron diferencias estadísticamente significativas ni en mortalidad por cualquier causa, reingreso o recurrencia de síncope el resto de los scores evaluados. Analizando por separado cada uno de los ítems de los scores la presencia de cardiopatía estructural se relacionó con el reingreso ($p = 0,019$) con la recurrencia de síncope ($p = 0,007$) y con la mortalidad por cualquier causa ($p = 0,05$) y el antecedente de arritmias ventriculares con la recurrencia del síncope ($p = 0,021$).

Conclusiones: Si bien el seguimiento de nuestra muestra es a un año se podría aplicar el score EGSYS para la toma de decisiones en el servicio de urgencias así como los antecedentes de cardiopatía estructural y de arritmias ventriculares.

C233. NECESIDADES DE SEGUIMIENTO ESPECIALIZADO DEL ADULTO CON TETRALOGÍA DE FALLOT

L. González Torres, B. Muñoz Calero, V. Pedrosa, M. Iglesias, R. Rodríguez, A. Castro, I. Méndez Santos y P. Gallego García de Vinuesa

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción y objetivos: Las cardiopatías congénitas del adulto (CCA) se clasifican en simples, moderadas o complejas según la anatomía y las intervenciones quirúrgicas previas. Se acepta que las lesiones de alta complejidad deben ser atendidas en unidades especializadas. Sin embargo, las indicaciones de seguimiento en las CCA moderadas (como la tetralogía de Fallot, ToF) o simples no están bien establecidas puesto que la misma lesión puede tener diferente impacto en las necesidades asistenciales en diferentes momentos de la vida.

Métodos: En 48 pacientes consecutivos con ToF (26 varones, edad media $39,2 \pm 11$ años), referidos a nuestra consulta de CCA entre 2004 y 2010, evaluamos la prevalencia de nuevas lesiones y la necesidad de intervención durante la vida adulta.

Resultados: Encontramos 46 ToF y 2 casos de atresia pulmonar + CIV. Solo 83% de los pacientes habían sido diagnosticados en la infancia y 83,3% (40 casos) habían recibido tratamiento qui-

rúrgico (3 cirugías paliativas tipo fístula sistémico-pulmonar y 38 casos de reparación completa). El 89% de los pacientes intervenidos habían sido operados en la infancia y el 10,3% durante la vida adulta. A pesar de ello, 79,2% (38 casos) no habían sido transferidos y llevaban más de dos años sin atención especializada en CCA. En el momento de la primera visita en atención especializada 11 estaban sintomáticos: 15% en clase funcional II y 8,3% en clase III. Un nuevo diagnóstico en el momento de la visita inicial en la vida adulta existe en 32 pacientes (66,7%): insuficiencia valvular (35,4%), lesiones obstructivas (16,7%), disfunción ventricular izquierda (4,2%) y derecha (2,1%), dilatación de aorta (6,25%), nuevas lesiones anatómicas (2,1%) y arritmias (10%). Hasta 35,5% (17 pacientes) necesitaron una re-intervención tras la primera visita: cirugía, 11 casos (2 reparaciones completas y 9 sustitución valvular pulmonar), 2 casos de stents en ramas pulmonares, 3 ablaciones con radiofrecuencia de taquicardia auricular incisional y cierre percutáneo de ductus, 1 paciente.

Conclusiones: Tras un periodo sin seguimiento especializado, la prevalencia de lesiones nuevas diagnosticadas en adultos con ToF reparada en la infancia es alta y, con mucha frecuencia, requieren re-intervenciones. Estos datos apoyan la necesidad de seguimiento en unidades especializadas de las CCA de complejidad moderada.

C234. UTILIDAD DEL MAPEO ELECTROANATÓMICO EN EL DIAGNÓSTICO DE MIOCARDIOPATÍA ARRITMOGÉNICA

F. Trujillo Berraquero, M. Almendro Delia, E. Díaz Infante, B. Muñoz Calero, J. Cruz Fernández y R. Hidalgo Urbano

Servicio de Cardiología. UCG Cardiología. Área del Corazón Sevilla. Nodo Macarena. Sevilla.

Introducción y objetivos: La miocardiopatía arritmogénica (MCA) supone un reto diagnóstico. Aunque existen nuevos criterios diagnósticos, las formas más incipientes pueden pasar desapercibidas, siendo la forma de presentación más frecuente el síncope o la muerte súbita. El mapeo electroanatómico (MEA) se emplea como técnica para guiar la ablación de taquicardias ventriculares. Su uso para orientar el diagnóstico de la MCA no se encuentra bien definido. Objetivo: validar el MEA como arma diagnóstica y pronóstica en la MCA.

Métodos: Estudio descriptivo de un serie de 10 pacientes con criterios diagnósticos de MCA, a los que en 5 se realizó MEA. Diagnóstico de MCA según criterios de la Task Force. Para la interpretación del MEA se consideró zona de escara con voltaje $< 0,5$ mV, fibrosis $0,5-1,5$ mV, tejido sano $> 1,5$ mV. Las resonancias magnéticas (RM) fueron realizadas según protocolo habitual con obtención de imágenes de realce tardío con gadolinio. En un paciente se realizó estudio genético.

Resultados: Edad media 41 años (30-53). 100% varones. Clínica: asintomáticos (2), palpitaciones (3), síncope (1). Muerte súbita familiar (2). Tratamiento betabloqueantes en 100% (sotalol). Criterios electrocardiográficos en 2 (onda epsilon en 2, Ondas T negativas V1-3 en uno y de V4-6 en otro). Potenciales tardíos + (2). Ecocardiografía + (2). Taquicardia ventricular sostenida con BRI (2). RM + (5), realce tardío + 2 (uno en ventrículo derecho [VD] y otro ventrículo izquierdo [VI]). Estudio electrofisiológico (EEF): MEA + en 4 (con escara en uno, sin escara en 3). Inducción de arritmias en 2 (ptes con TV sostenida clínica). Se realizó ablación guiada por MEA en 2 ptes (éxito total en 1 y parcial en otro), se implantó DAI en los 2. El mapa de voltaje coincidió con las alteraciones estructurales y de contractilidad en todos los pacientes, sirviendo para guiar la ablación. En un caso dudoso de extrasístolia ventricular del TSV, un MEA negativo sirvió para confirmar la ausencia de MCA. En el caso con escara, la inducción de arrit-

mias fue negativa. Un solo caso presentó afectación biventricular con realce tardío + en VI. Estudio genético + en un pte con mutación no descrita en el gen PKP2 (D460N).

Conclusiones: El MEA sirvió para confirmar diagnóstico, así como guiar terapia de ablación en ptes con MCA. En un caso ayudo para excluir la enfermedad. Su utilidad deberá ser validada en series más amplias.

C237. PRONÓSTICO A CORTO Y MEDIO PLAZO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO SOMETIDOS A ANGIOPLASTIA PRIMARIA

M. Romero Vazquiáñez, J. Martos Maine, L. Díaz de la Llera, F. Zafra Cobo, F. Gómez Pulido, P. Cristobo Sáinz, J. Cubero Gómez, M. Fernández Quero, M. Villa Ortega y A. Sánchez González

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

Introducción y objetivos: La existencia de un Síndrome Coronario Agudo con Elevación ST (SCAEST) en pacientes ≥ 75 años se asocia a un mal pronóstico. Sin embargo, la implicación del desarrollo y persistencia de la fibrilación auricular (FA) en este escenario no han sido suficientemente estudiados. El objetivo primario fue la existencia de muerte en este grupo de pacientes (p).

Métodos: Se evaluaron 146 pacientes con SCAEST tratados con angioplastia primaria (ICPP). Todas las variables clínicas, electrocardiográficas, angiográficas y pronósticas fueron recogidas de forma prospectivas. El seguimiento se realizó en todos los pacientes durante la hospitalización en el primer año post-ICPP.

Resultados: FA se documentó en 18 p (12,3%) de forma permanente; se eliminaron los episodios aislados y transitorios de FA. Se produjo muerte hospitalaria en 16 p, encontrándose en FA 6 p frente a 10 p en ritmo sinusal (RS), $p < 0,008$. En el seguimiento a un año se observó a 31 p con episodio de muerte con FA en 8 p frente a 10 p en RS, $p < 0,027$. En el análisis multivariado, la existencia de RS resultó ser un factor pronóstico independiente de buen pronóstico: OR 0,194; IC95% 0,052-0,720, $p < 0,014$. El objetivo primario fue más frecuente en el subgrupo de pacientes con FA que en el resto, tanto intrahospitalario como al año del seguimiento.

Conclusiones: Los pacientes con SCAEST mayores de 75 años tratados con angioplastia primaria, la FA se asocia a un mal pronóstico a corto y medio plazo.

C238. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE ELECTROCARDIOGRAMAS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD DE CHAGAS CRÓNICA

D. Rangel Sousa¹, J. Acosta Martínez¹, J. Haro González² y J. Nevado Portero¹

¹Servicio de Cardiología. ²Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivos: La enfermedad de Chagas (EC) es un grave problema de salud pública en Sudamérica. Paralelamente, y a causa del aumento de movimientos migratorios, han sido detectados un número creciente de casos en áreas no endémicas como España. La miocardiopatía chagásica (MC) es la manifestación más grave y frecuente, y es sospechada por 1 o más hallazgos en el electrocardiograma (ECG): BCRDHH, HBIA, BAV,

complejos ventriculares prematuros, ondas Q patológicas (Qp), bradicardia sinusal y alteraciones de la onda T-ST. **Objetivos:** descripción de los ECG de una cohorte de 25 pacientes con diagnóstico de EC. Correlación de los hallazgos con otras variables clínicas/diagnósticas (ecocardiografía).

Métodos: Análisis sistemático ECG de pacientes diagnosticados de EC en la consulta de Salud Internacional. Recogimos también otras variables de la H^a C^a.

Resultados: Hemos revisado los ECG de 25 pacientes: 8 mujeres (edad media 39 años) y 7 hombres (edad media 44 años). 100% de los pacientes en ritmo sinusal (frecuencia media 68 spm). La duración media de los segmentos PR (150 ms), QRS (98,8 ms), QTc (374,6 ms) era normal. El 52% de los ECG (n = 13) eran patológicos: -Alteraciones de la conducción AV o intraventricular (75%): HBIA (33%), BIRDHH (25%), BCRDHH (17%), bloqueo bifascicular (8%), BAV 1º (8%) y BAV 2º grado Wenckebach (8%). -Alteraciones ST-T/Qp (25%). El 53,8% (n = 7) de los pacientes referían síntomas cardíacos: dolor torácico atípico/no-isquémico 38,5% (n = 7), síncope 7,7% (n = 1) y palpitaciones 7,7% (n = 1). La práctica totalidad (n = 24, 96%) de pacientes tenían ecocardiografía, que eran normales. Un 53,85% de los pacientes con alteraciones ECG presentaban afectación chagásica digestiva, mientras que en los pacientes sin alteraciones ECG la proporción es del 58,3%.

Conclusiones: La cohorte presenta un incidencia de MC superior (52%) a la descrita en la bibliografía (20-30%), aunque inicialmente no se asocia a de mal pronóstico (ecocardiografía normal).

C239. PREDICTORES DE MORTALIDAD AL AÑO EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS SOMETIDOS A INTERVENCIÓN CORONARIO PERCUTÁNEO PRIMARIO

M. Romero Vazquiáñez, J. Martos Maine, L. Díaz de la Llera, F. Zafra Cobo, F. Gómez Pulido, P. Cristobo Sáinz, J. Cubero Gómez, M. Fernández Quero, M. Villa Ortega y A. Sánchez González

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

Introducción y objetivos: Los pacientes (p) mayores de 75 años con síndrome coronario agudo y elevación del segmento ST (SCAEST) con intervencionismo coronario percutáneo primario (ICPP) está poco representado en los estudios aleatorizados y los resultados son extrapolados a los ancianos. El objetivo fue describir los factores predictivos de mortalidad al año en este grupo de p.

Métodos: Estudio retrospectivo, monocéntrico que analiza variables clínicas, electrocardiográficas, hemodinámicas y evolutivas de 146 p con SCAEST con ICPP entre enero/05 y marzo/10.

Resultados: La edad media fue 79,01 \pm 3,45 años, varones el 58,2%, Killip 3-4 al ingreso el 15,7%, infarto previo el 11% y disfunción ventricular el 37%. Se realizó ICPP con implante de stent a 125 p (85,6%) con revascularización completa en 66 p (45,2%), con una mortalidad hospitalaria del 13% y una mortalidad global al año del 24,8%. El análisis univariante las variables asociadas con mayor mortalidad fueron disfunción ventricular, clase Killip 3-4, infarto de localización anterior, fibrilación auricular, troponinas, fracaso renal agudo e insuficiencia cardíaca previa. En el análisis multivariante se asoció a mayor mortalidad la disfunción ventricular OR 4,24 IC95%(1,28-14,1) $p = 0,018$, mientras que la ausencia de shock cardiogénico y de trastornos del ritmo se asociaron a mayor supervivencia (OR 0,17 IC95% (0,04-0,85) $p = 0,03$ y OR 0,19 IC95% (0,05-0,72) $p = 0,014$).

Conclusiones: La mortalidad hospitalaria y al año del ICPP es elevada. La existencia de disfunción ventricular izquierda es un

predictor independiente de mortalidad hospitalaria y al año y la ausencia de trastornos del ritmo y de shock cardiogénico constituyen predictores de buen pronóstico.

C241. FIEBRE INTRAHOSPITALARIA EN EL IMPLANTE DE VÁLVULA AÓRTICA TRANSCATÉTER

R. Rodríguez Olivares¹, L. Valenzuela García¹,
R. Ruiz Salmerón², J. García Rubira¹, J. Barquero Aroca³,
R. Hidalgo Urbano¹ y J. Cruz Fernández¹

¹Servicio de Cardiología. ²Servicio de Hemodinámica. ³Servicio de Cirugía Cardiovascular. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción y objetivos: El implante de prótesis aórtica transcáteter (TAVI) es un procedimiento emergente que actualmente se indica a pacientes con estenosis aórtica severa y comorbilidades importantes. Compete identificar eventos en el posprocedimiento que puedan estar relacionados con una evolución tórpida.

Métodos: Hemos analizado la incidencia de fiebre intrahospitalaria en los pacientes que se han realizado TAVI en nuestro centro hasta enero de 2011. En estos casos hemos investigado el origen de la fiebre, si se aisló germen responsable, el tratamiento indicado así como la evolución posterior de estos pacientes.

Resultados: El 25,7% de los pacientes sometidos a TAVI en nuestro centro (70 pacientes) desarrollaron fiebre intrahospitalaria. En 18 de estos pacientes el foco de la fiebre fue localizado en la herida quirúrgica (38,89%) en 5 (27,78%) se identificó el tracto urinario como el foco de la fiebre y en 2 se obtuvo un cultivo positivo en catéter. En 4 pacientes no se pudo determinar el foco de la fiebre (22,2%). Se aisló el germen responsable de la fiebre en 6 pacientes (33,3%) donde el tratamiento fue realizado según antibiograma, siendo el resto tratado con antibioterapia empírica o curas locales en los casos donde el foco infeccioso estaba localizado en la herida quirúrgica. La mortalidad global de nuestro grupo es del 13,7% siendo del 22,2% en aquellos pacientes que desarrollaron fiebre durante la estancia hospitalaria (4 pacientes). La estancia hospitalaria fue de 13,08 días en los pacientes que no tuvieron fiebre y de 20,89 días en los que tuvieron fiebre, siendo esta diferencia significativa ($p = 0,005$).

Conclusiones: La fiebre es un signo frecuente en los pacientes sometidos a TAVI y está asociado con una mayor estancia hospitalaria. Es importante extremar las medidas preventivas y de asepsia en el cuidado de la herida quirúrgica así como la realización de un rastreo microbiológico completo y el inicio rápido del tratamiento antimicrobiano ante la presencia de cuadro febril.

C244. LA IMPLANTACIÓN PERCUTÁNEA DE VÁLVULA AÓRTICA EN PACIENTES CON ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA SUPONE UNA ALTERNATIVA TERAPÉUTICA PARA PACIENTES DE ALTO RIESGO

L. Fernández López, C. Medina Palomo, T. Gil Jiménez,
F. Martínez García, C. Corona Barrio, F. Torres Calvo,
P. Chinchurreta Capote y F. Ruiz Mateas

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

Introducción y objetivos: La cirugía de sustitución valvular aórtica (SVA) es el tratamiento de elección en la estenosis valvular aórtica (EA) severa sintomática. Sin embargo un porcentaje importante de pacientes son rechazados para la cirugía

por diferentes motivos (comorbilidad elevada, alto riesgo quirúrgico, edad, etc.). La implantación percutánea de prótesis valvular aórtica (IPVA) ha surgido como una alternativa terapéutica para este tipo de pacientes. Nuestro objetivo es evaluar el impacto de esta nueva técnica en los últimos años y si supone un cambio en la actitud terapéutica en pacientes con EA severa sintomática.

Métodos: Seleccionamos los pacientes con EA severa sintomática presentados en sesión médico-quirúrgica desde 2006 al 2010. Analizamos Euroscore medio de riesgo en los pacientes derivados a opción de sustitución valvular aórtica frente a pacientes rechazados y pacientes derivados a IPVA.

Resultados: El porcentaje de pacientes con EA severa sintomática derivados a manejo médico ha ido disminuyendo en los últimos años, debido a un cada vez mayor porcentaje de pacientes candidatos para IPVA. Estos pacientes rechazados para actitud terapéutica invasiva (SVA vs IPVA) son más añosos ($75,66 \pm 3,13$ en 2006 frente $78,24 \pm 2,75$ en 2010) y presentan un mayor Euroscore ($24,65\%$ en 2006 frente $38,67\%$ en 2010).

Conclusiones: El implante percutáneo de prótesis valvular aórtica ha supuesto un cambio claro de actitud terapéutica en pacientes con EA severa sintomática rechazados para cirugía. Ofrece una alternativa eficiente y segura para estos pacientes que presentan una alta morbi-mortalidad a corto plazo.

C245. COMPLICACIONES DEL ACCESO VASCULAR EN EL IMPLANTE DE PRÓTESIS AÓRTICA TRANSCATÉTER POR VÍA TRANSFEMORAL

R. Rodríguez Olivares¹, R. Ruiz Salmerón²,
L. Valenzuela García¹, S. Rodríguez de Leiras Otero²,
M. Vizcaíno Arellano², C. Carrascosa Rosillo²,
J. García Rubira¹, R. Hidalgo Urbano¹, M. Calvo Taracido¹
y J. Cruz Fernández¹

¹Servicio de Cardiología. ²Servicio de Hemodinámica. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción y objetivos: El implante de prótesis aórtica transcáteter (TAVI) es una técnica novedosa indicada en la actualidad en pacientes con estenosis aórtica severa y alto riesgo quirúrgico. En nuestro centro usamos el abordaje transfemoral en ausencia de arteriopatía periférica.

Métodos: Hemos analizado la incidencia de complicaciones del acceso vascular en los TAVI transfemorales realizados en nuestro centro hasta enero de 2011 (37 pacientes), definida como la necesidad de intervención sobre el acceso ya fuera quirúrgica (sutura, implante de prótesis o bypass) o percutánea (implante de stent) así como su asociación con la mortalidad intrahospitalaria, otras complicaciones y la estancia hospitalaria. Para el análisis estadístico usamos el programa PASW statistics versión 18.0.0.

Resultados: La incidencia de complicaciones del acceso vascular en nuestro grupo fue del 27% (10/37) de los cuales el 80% de los casos (8) se produjo por disección del punto de acceso femoral y en un 20% (2) por fallo en el sellado del acceso. No existieron diferencias significativas en la mortalidad ni en las escalas de riesgo usadas habitualmente por nuestro centro (euroscore, parsonnet, STS) en la aparición de complicaciones periféricas. Si hemos observado un aumento significativo de la estancia hospitalaria ($19,70 \pm 9,18$ días vs $10,19 \pm 4,4$ días, $p = 0,01$) y también en la aparición de fiebre (60% vs $18,5\%$ $p = 0,014$).

Conclusiones: Las complicaciones del acceso periférico son frecuentes en el TAVI transfemoral, con una incidencia en nuestro centro similar a la registrada en series internacionales (30,7% en el registro PARTNER). No existe repercusión sobre la mortalidad

intrahospitalaria, aunque si hemos hallado un aumento significativo en la estancia hospitalaria y de la aparición de fiebre que podría estar en relación con infección de la herida quirúrgica. No hemos encontrado diferencias significativas en los scores de riesgo usados habitualmente en nuestro centro que nos permitan predecir qué pacientes son más susceptibles a sufrir esta complicación.

C246. DATOS CLÍNICOS DE UNA POBLACIÓN DE PACIENTES ATENDIDOS EN UN HOSPITAL COMARCAL CON DIAGNÓSTICO DE SÍNCOPE

A. Revelló Bustos¹, R. Izquierdo Guerrero², J. Lozano Pérez², J. Marín Morgado¹, B. Pérez Cano¹, G. Retegui García de Quesada¹, M. Gonzales Vargas-Machuca¹, R. Pérez de la Iglesia¹ y M. Ruiz Borrell¹

¹Servicio de Cardiología. ²Servicio de Medicina de Familia. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos. Sevilla.

Introducción y objetivos: El síncope es la manifestación de una gran variedad de situaciones, desde procesos banales hasta trastornos muy graves. Objetivo: definir los hallazgos clínicos de una población de pacientes atendidos en un hospital comarcal por síncope.

Métodos: Análisis retrospectivo de los datos clínicos de 360 pacientes asistidos consecutivamente en el área de Urgencias con el diagnóstico de síncope (enero 2009 a junio 2010).

Resultados: Se han estudiado 171 hombres y 189 mujeres, con una edad de $52,6 \pm 25$ años [rango = 2–96]. Solo en 24,4% de los pacientes existían antecedentes de neumo/cardiopatía. Se identificaron como factores de riesgo vascular: ninguno (158 casos), tabaquismo (57), DM (60), HTA (138), obesidad (37) y dislipemia (59). El síncope tuvo un comienzo progresivo (181 casos) y en reposo (231 casos) más que súbito (81) o con el esfuerzo (29). Los síntomas fueron: cortejo neurovegetativo (204 casos), palpitations (16), dolor torácico (12) y disnea (5). Los días de ingreso fueron $0,3 \pm 1,6$ días [rango = 0–15]. Los diagnósticos finales fueron: síncope neuromediado = 247 (68,6%); hipotensión ortostática = 21 (5,8%); cardíaco = 13 (3,6%); otros = 79 (22%). No se produjo recurrencia en 309 pacientes (sí en 51) y la evolución clínica fue mayoritariamente favorable (344 casos).

Conclusiones: El perfil más frecuente de esta población fue: síncope de presentación progresiva y en reposo, de perfil neuromediado, con escasa necesidad de ingresos, baja tasa de recurrencias y buena evolución clínica.

C247. RESULTADOS ECOCARDIOGRÁFICOS EN EL SEGUIMIENTO INICIAL TRAS EL IMPLANTE DE PRÓTESIS AÓRTICA PERCUTÁNEA

M. López Pérez, N. Herrera Gómez, E. Molina Navarro, J. Sánchez Gila, J. Romero Hinojosa, J. Ramírez Hernández, M. González de Molina Espinar, R. García Orta, I. Uribe Morales y R. Melgares Moreno

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción y objetivos: El implante de prótesis aórticas percutánea (TAVI) está demostrando ser una buena alternativa en pacientes con estenosis aórtica severa y alto riesgo quirúrgico. Describimos la experiencia inicial en nuestro centro en el seguimiento ecocardiográfico a corto plazo tras el implante de la prótesis percutánea Core Valve.

Métodos: Serie inicial de 19 pacientes intervenidos de TAVI. Se analizan características ecocardiográficas basales, al alta y al mes de seguimiento.

Resultados: Desde mayo de 2010 se han implantado un total de 19 TAVI con una edad media de 81 ± 6 años y EuroSCORE logístico $20,29 \pm 15\%$. Ecocardiograma basal: Fracción de eyección (FEVI) $52 \pm 13\%$, grosor septal (GS) $14 \pm 1,6$ mm, gradiente pico aórtico (GP) 99 ± 20 mmHg, medio (GM) 62 ± 13 mmHg, área valvular media (AV) $0,6 \pm 0,1$ cm² Insuficiencia mitral (IM) ligera 68% y moderada 16%. Ecocardiograma al alta: FEVI $54 \pm 15\%$ no significativa (NS) respecto a previa, GS $12,5 \pm 1,6$ estadísticamente significativo (ES) respecto al previo (p 0,019), GP 21 ± 6 , GM 10 ± 3 , AV $1,7 \pm 0,17$. IM ligera 58%, moderada 5% y severa 5% NS. Ecocardiograma al mes: FEVI $56 \pm 12\%$ ES respecto a previa (p 0,025), GS $13 \pm 1,8$ NS, GP $17 \pm 6,6$ NS (p 0,056), GM $9,4 \pm 4,3$ NS, AV $1,9 \pm 0,24$ NS. IM ligera 63% y moderada 5% NS. Presentaban regurgitaciones periprotésicas (RP) al alta 18 de 19 pacientes (94,7%), 10 (55%) grado I, 7 (39%) II y 1 (6%) III. Al mes presentaban RP 15 de 17 pacientes (88%). 10 (67%) grado I, 4 (27%) II y 1 (6%) III.

Conclusiones: Nuestra experiencia inicial indica una mejoría al mes en la función sistólica ventricular y una reducción precoz del grosor septal tras TAVI. Además aunque no significativa parece existir una tendencia a la reducción del grado de regurgitación periprotésica al mes de seguimiento.

C249. ENFERMEDAD CORONARIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL AVANZADA DE ETIOLOGÍA LÚPICA: MENOR PREVALENCIA DE FACTORES CLÁSICOS DE RIESGO CARDIOVASCULAR

F. Gómez Pulido¹, M. Gonzales Vargas-Machuca², M. Junco Domínguez³, E. Cantero Pérez¹, F. Guerrero Márquez¹, J. Arjona Barrionuevo¹, G. Barón Esquivias¹, A. Sánchez González¹ 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. ³Medicina Familiar y Comunitaria. Distrito Aljarafe. Sevilla.

Introducción y objetivos: La enfermedad coronaria precoz es una de las principales causas de muerte en pacientes con lupus eritematoso sistémico, más aun si presentan afectación renal. En este estudio valoramos la prevalencia de estenosis coronaria significativa (ECS) y la diferencia entre factores de riesgo-variables analíticas respecto a la población con Insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) de etiología no lúpica.

Métodos: 424p con IRCT fueron estudiados en la consulta cardiorrenal pre-TR para despistaje de cardiopatía isquémica (CI) durante noviembre 2005 a enero 2011. Presentaban nefropatía lúpica 22p (5,2%).

Resultados: Edad: $44,3$ (27–72) años. Mujeres: 16p (72,7%). Todos ellos estaban en diálisis. Tiempo medio en tratamiento renal sustitutivo: 2,4 años. Antecedentes: diabetes 4,5%, HTA 82%, dislipemia 68%, tabaquismo 27%, HVI 41%, card. isquémica 9% y FE deprimida 22,7%. 12 pacientes fueron candidatos a estudio angiográfico coronario, 8p (36%) tuvieron ECS, de ellos 5p presentaron lesiones críticas (dos vasos 1p y multivaso 4p). El análisis multivariante no mostró diferencia en la prevalencia de ECS respecto a la población con nefropatía no lúpica (p = 0,34) pero hubo diferencias significativas en la menor prevalencia de FRCV clásicos: HTA (p = 0,001), tabaquismo (p = 0,013), diabetes (p = 0,03), HVI (p = 0,004), además era más frecuente en el sexo femenino (p = 0,001) y en pacientes jóvenes (p = 0,003).

Conclusiones: Los pacientes con IRCT de origen lúpico presentan similar prevalencia de enfermedad coronaria respecto al

resto de pacientes con enfermedad renal avanzada, sin embargo suelen ser mujeres jóvenes con pocos factores de riesgo cardiovascular.

C250. NIVEL DE ESTUDIOS Y ENFERMEDAD ATEROSCLERÓTICA CORONARIA EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

A. Arrebola Moreno¹, R. Marfil Álvarez², J. Arrebola Moreno³, J. Ramírez Hernández¹, J. Jiménez Jaimez¹, P. Santiago Díaz¹, N. Herrera Gómez¹, R. Macías Ruiz¹, M. López Perez¹ y R. Melgares Moreno¹

¹Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ²Odontología. Universidad de Granada. Granada. ³Farmacia. Universidad de Granada. Granada.

Introducción y objetivos: Niveles de estudios bajos se han asociado con peores hábitos de vida y alimentación en los países desarrollados. Es bien conocido estos hábitos se relacionan con una elevada prevalencia de enfermedad coronaria. En nuestro estudio intentamos determinar la prevalencia de niveles básicos de estudios en pacientes con síndrome coronario agudo en nuestra área, así como intentar determinar si estos se asocian con mayor grado de enfermedad coronaria en la coronariografía.

Métodos: Se incluyeron en el estudio 102 pacientes consecutivos que ingresaron en nuestro Hospital por presentar un Síndrome coronario agudo (SCA) (tanto con elevación como sin elevación de ST). A todos los pacientes les fue realizada una coronariografía diagnóstica determinando la presencia de enfermedad de 1, 2 o 3 vasos. Asimismo, se les preguntó sobre el nivel de estudios alcanzado, calificándose de básicos, intermedios o universitarios.

Resultados: De los 102 pacientes reclutados (edad media 60 ± 9,5; 82,5 varones). 78 pacientes (66,5%) presentaban niveles de estudios básicos, mientras que 24 pacientes (23,5%) presentaban niveles de estudios intermedios o universitarios. La media de vasos afectados en el primer grupo fue de 1,81 ± 0,8 mientras que en el segundo fue de 1,92 ± 0,92 (p = 0,75).

Conclusiones: En nuestro estudio se puso de manifiesto que la mayor parte de los pacientes que presentan un SCA en nuestro medio cuentan con un nivel de estudios básico. Sin embargo, no obtuvimos diferencias estadísticamente significativas en cuanto al grado de afectación coronaria entre los distintos subgrupos de niveles de estudios.

C252. VALIDACIÓN DIAGNÓSTICA DE UN ECOCARDIOGRAFO DE BOLSILLO EN ESTUDIOS CARDIACOS

M. Valle Caballero, B. Muñoz Calero, F. Trujillo Berraquero, A. Recio Mayoral, M. Chaparro Muñoz, R. Hidalgo Urbano y J. Cruz Fernández

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción y objetivos: El rápido progreso técnico en el campo de la imagen cardiaca ha permitido el desarrollo de equipos ecocardiográficos de pequeño tamaño o "de bolsillo" (EB, que por su facilidad de uso y transporte son especialmente útiles en los servicios de urgencias. Evaluamos la fiabilidad y precisión diagnóstica de un dispositivo EB en el estudio de pacientes ingresados en el servicio de urgencias.

Métodos: Cincuenta pacientes consecutivos (59 ± 17 años, 37 varones) con indicación clínica fueron sometidos a una ecocardiografía mediante un ecocardiografo convencional (Vivid-S6, GE, Healthcare). Posteriormente, otro cardiólogo cegado a

los resultados iniciales, realizó un segundo estudio con un equipo EB (Vscan, GE, Healthcare). Evaluamos la calidad de la ventana ecocardiográfica, morfología cardiaca, función biventricular, enfermedad valvular mitral y aórtica y la presencia de derrame pericárdico. Las concordancias entre ambos ecocardiografos fueron calculadas mediante el índice Kappa (K).

Resultados: El dolor torácico fue el principal motivo de consulta (32 pacientes) seguido de las arritmias supraventriculares (10 pacientes). La calidad de imagen con ambos ecocardiografos fue buena/aceptable en un 94% de pacientes, con una buena concordancia entre ambas técnicas (K 0,74). La morfología y función de ventrículo izquierdo fue normal en el 86% y 94% de los casos, respectivamente, con resultados superponibles entre ambos dispositivos (K 0,90 y 0,96). Así mismo, se obtuvo una buena concordancia para los distintos grados de insuficiencia mitral.

Conclusiones: Los nuevos dispositivos EB permiten la realización estudios de forma rápida y fiable, con una buena concordancia de diagnóstico respecto a los ecocardiografos convencionales.

C254. FACTORES ASOCIADOS A ESTENOSIS CORONARIA CRÍTICA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL AVANZADA

F. Gómez Pulido¹, M. Gonzales Vargas-Machuca², M. Junco Domínguez³, E. Cantero Pérez¹, F. Guerrero Márquez¹, J. Arjona Barrionuevo¹, G. Barón Esquivias¹, L. Díaz de la Llera¹, A. Sánchez González¹ 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. ³Medicina Familiar y Comunitaria. Distrito Aljarafe. Sevilla.

Introducción y objetivos: La cardiopatía isquémica (CI) es la principal causa de muerte en pacientes con insuficiencia renal terminal (IRT), su detección precoz es fundamental en la valoración cardiológica de los candidatos a trasplante renal (TR). Estudiamos la prevalencia de estenosis coronaria significativa (ECS) y la diferencia entre factores de riesgo y variables analíticas respecto al grupo sin lesiones significativas (ECNS).

Métodos: 424p de alto riesgo cardiovascular con IRT fueron estudiados en la consulta cardiorrenal pre- TR para despistaje de CI durante noviembre 2005 a enero 2011. Finalmente 277p fueron candidatos a estudio angiográfico coronario.

Resultados: Edad: 56,6 ± 10a. H: 191p (69%). TRS: 242p en hemodiálisis. Tiempo en TRS: 8,6 meses. Antecedentes: diabetes 37,2%, HTA 98%, dislipemia 63,8%, tabaquismo 61%, arteriopatía periférica 20%, enfermedad vascular cerebral 11%, hipertrofia ventricular izquierda 74%, c. isquémica 16%. Resultados angiográficos: ECS: 108p (39,4%): Monovaso 50p (46%), dos vasos 22p (20%) y multivaso 36p (37%). Lesiones no significativas: 166p (60,6%). El análisis multivariante mostró que el tabaquismo (OR 1,8), diabetes (OR 1,7), dislipemia (OR 1,9), la presencia de calcificación coronaria (OR 16,4) y la Hb glicada (OR 1,3) presentaron asociación positiva con la presencia de ECS para un IC95% y todos con p < 0,05, mientras que el sexo femenino era un factor protector (OR 0,34 IC95% 0,19-0,6 p = 0,003).

Conclusiones: Alta prevalencia de lesiones coronarias significativas (39,4%). El tabaquismo, diabetes, dislipemia, Hb glicada y principalmente las calcificaciones coronarias presentan asociación positiva para ECS y el sexo femenino para ser un factor protector.

C256. LA IMPLANTACIÓN PERCUTÁNEA DE PRÓTESIS VALVULAR AORTICA. ¿SUPONE UN CAMBIO EN NUESTRA ACTITUD QUIRÚRGICA?

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

Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga.

Introducción y objetivos: La cirugía de sustitución valvular aórtica (SVA) mediante prótesis metálica o biológica es el tratamiento de elección en la estenosis valvular aórtica (EA) severa sintomática. La implantación percutánea de prótesis valvular aórtica (IPVA) ha surgido como una alternativa terapéutica para pacientes de alto riesgo rechazados para la cirugía, siendo una opción eficaz, segura y con buenos resultados a medio plazo. Nuestro objetivo es valorar si la aparición de esta nueva alternativa terapéutica ha cambiado también nuestra actitud quirúrgica frente a pacientes con EA severa sintomática aceptados para sustitución valvular aórtica (SVA).

Métodos: Seleccionamos los pacientes con EA severa sintomática presentados en sesión médico-quirúrgica desde 2006 al 2010. Analizamos Euroscore medio en pacientes aceptados para tratamiento quirúrgico (SVA). Comparamos el porcentaje de pacientes en los que se implanta bioprótesis frente a prótesis metálica en posición aórtica.

Resultados: El Euroscore medio en pacientes aceptados para cirugía (SVA) oscila desde $9,32\% \pm 3,6$ en 2006 a $8,19\% \pm 3,21$ en 2010, sin diferencias estadísticamente significativas. Sin embargo el porcentaje de pacientes en los que se decide implantar una bioprótesis frente a una prótesis metálica ha aumentado de modo significativo desde 42% en 2006 a un 76% en 2010.

Conclusiones: El IPVA ha supuesto una alternativa terapéutica clara en pacientes con EA severa sintomática rechazados para la cirugía. Así mismo observamos un mayor porcentaje de pacientes que reciben una bioprótesis como técnica de SVA. Esta tendencia parece responder a la posibilidad de IPVA sobre las prótesis biológicas degeneradas, con riesgo quirúrgico bajo.

C257. ESTABILIDAD DE LOS VALORES DE IMPEDANCIA EN CONTROLES SANOS

C. Jurado Canca, A. Guerrero Molina, M. Jiménez Navarro, P. Vega, J. Rodríguez Capitán, I. Ruiz Zamora y E. de Teresa Galván

Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción y objetivos: La insuficiencia cardiaca presenta una elevada prevalencia ocasionando un gran gasto sanitario. En los últimos años ha aumentado el interés por desarrollar mecanismos capaces de predecir las descompensaciones. Una de las herramientas más estudiada es la medición de la impedancia tratando de relacionar sus valores con el estado clínico del paciente, por medio de dispositivos implantables y externos. El objetivo de nuestro estudio se basa en establecer la estabilidad de los diferentes tipos de impedancia externa en controles sanos.

Métodos: Estudio observacional prospectivo con 10 controles sanos. Se realizaron mediciones de impedancia cada 15 días durante 7 meses con báscula tanita e impedanciómetro bioscan colocando sus electrodos en miembros y en espalda para la estimación de la impedancia a nivel periférico y torácico, así como peso y tensión arterial.

Resultados: Se observan importantes diferencias entre pacientes, siendo preciso el análisis de la variabilidad intrapaciente

para establecer valores de normalidad. Se observan una variabilidad en los valores de impedancia tanita de 3,8% de media en el total de pacientes, siendo la periférica del 10,1% y la torácica del 16,2%, observándose relación estadísticamente significativa entre el aumento de peso y el aumento de impedancia a nivel torácico y con tanita.

Conclusiones: A la hora de medir la impedancia en controles sanos, la mayor estabilidad la presenta la báscula tanita, siendo menos estable el uso del bioscan, pudiendo relacionarse con otros parámetros como el peso.

C258. PREVALENCIA DE ENFERMEDAD CORONARIA EN LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL POR NEFROPATÍA DIABÉTICA

E. Cantero Pérez¹, M. Gonzales Vargas-Machuca², F. Gómez Pulido¹, M. Junco Domínguez³, F. Guerrero Márquez¹, J. Arjona Barrionuevo¹, G. Barón Esquivias¹, L. Díaz de la Llera¹, A. Sánchez González¹ 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. ³Medicina Familiar y Comunitaria. Distrito Aljarafe. Sevilla.

Introducción y objetivos: El riesgo de muerte por enfermedad cardiovascular es treinta veces superior en la insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) respecto a la población general. Los pacientes con IRCT, especialmente por nefropatía diabética, tienen una prevalencia superior de cardiopatía isquémica (CI), su detección precoz es fundamental en la valoración cardiológica de los candidatos a trasplante renal (TR). Estudiamos la prevalencia de estenosis coronaria significativa (ECS) y la diferencia entre factores de riesgo y variables analíticas respecto al grupo sin lesiones significativas (ECNS).

Métodos: 424p de alto riesgo cardiovascular con IRCT fueron estudiados en la consulta cardiorrenal pre-TR para despistaje de CI durante noviembre 2005 a enero 2011. Presentaban nefropatía diabética 75p (17,7%), 70 de ellos fueron candidatos a coronariografía.

Resultados: Edad: 53 (28-74) años. H: 59p (79%), 57p en hemodiálisis (76%) y 5p en diálisis peritoneal. Antecedentes: DM tipo 2 68%, tipo 1 32%, HTA 98%, tabaquismo 69,3%, dislipemia 67,6%, arteriopatía periférica 48%, enfermedad vascular cerebral 12%, HVI 77% y c. isquémica: 21,3%. Resultados angiográficos: el 68% (47P) presentó algún grado de estenosis coronaria, siendo significativa (> 75% diámetro arterial) en 33p (48%): un vaso 11p, dos vasos 10p y multivaso 12p. Se cuantificó de forma cualitativa la presencia de calcificación coronaria: 44p (64,7%), siendo difusa hasta en un 25% de los casos.

C259. TRATAMIENTO DE LA RAMA LATERAL CON BALÓN DE CORTE SEMICOMPLIANTE (ANGIOSCULPT) EN LESIONES BIFURCADAS. SEGUIMIENTO A CORTO Y MEDIO PLAZO

J. Roa Garrido, A. Gómez Menchero, C. Sánchez González, F. Díaz Fernández, R. Cardenal Piris, D. Lindefeld, P. Martínez Pérez, A. López Suárez y B. Martínez Mora

Servicio de Cardiología. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Introducción y objetivos: Las lesiones bifurcadas (LB) con afectación de la rama lateral (RL) siguen siendo un reto e nuestra práctica clínica. En muchos casos requieren de una técnica

compleja (2 stents) sobre todo cuando hablamos del tronco coronario. El balón de corte AngioSculpt (BAS) incorpora espirales semirrígidas de nitinol que disminuyen el deslizamiento y crean hendiduras reduciendo la retracción elástica en las ramificaciones ostiales proporcionando buen resultado angiográfico.

Métodos: Estudio retrospectivo de 18 bifurcaciones con afectación de RL tratadas con BAS y técnica de stent provisional (enero 2010-enero 2011). Realizamos QCA y analizamos muerte cardiovascular, IAM no fatal o necesidad de nueva revascularización en el seguimiento a corto y medio plazo.

Resultados: Edad media 68 años (61% varones). El 55,6% eran diabéticos y el IAMSEST fue la indicación más frecuente (33,7%). La lesión se encontraba en el 33,3% en tronco coronario. El 72,2% eran bifurcaciones tipo 1, 1, 1 de Medina. El 50% presentaban calcificación severa. El DLM medio de la RL fue de 0,7 mm. El 22% necesitó predilatación para progresar BAS. En 9 p (50%) se requirió implante de stent en la RL. Se realizó Kissing Balloon en los pacientes con implante de 2 stens. No se registraron eventos en un seguimiento medio de 9 meses.

Conclusiones: En nuestra experiencia, el tratamiento con BAS de la rama lateral en LB es una técnica segura, permite reducir el número de técnicas complejas y ofrece un buen resultado en el seguimiento a corto-medio plazo.

C263. INFLAMACIÓN SISTÉMICA, DISFUNCIÓN ENDOTELIAL Y ARTERIOSCLEROSIS PRECOZ EN PACIENTES CON SÍNDROME X

R. Rodríguez Olivares¹, A. Recio Mayoral¹, M. Chaparro Muñoz¹, M. Fernández Guerrero¹, M. Sánchez Lozano¹, I. Pérez López¹ y J. Kaski²

¹Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ²Division and Cardiovascular Sciences. St. George University. London. Reino Unido.

Introducción y objetivos: Recientes hallazgos sugieren el papel activo de la inflamación sistémica en el desarrollo de disfunción endotelial así como en la progresión del grosor medio-intimal carotídeo (MIC, mm) en pacientes con síndrome X (SX), caracterizado por angina con arterias coronarias angiográficamente normales. Evaluamos una posible asociación entre el grado de inflamación, con cambios ateroscleróticos precoces y disfunción endotelial en pacientes con SX.

Métodos: Estudiamos 76 pacientes consecutivos (51 ± 9 años; 56 mujeres) cumpliendo criterios estrictos para SX y 64 controles sanos emparejados por edad y sexo. Los pacientes con SX fueron divididos a priori en 2 subgrupos de acuerdo a los niveles de proteína C reactiva (PCR) de alta sensibilidad: ≤ 3 mg/L o > 3 mg/L. La función endotelial sistémica (dilatación mediada por flujo, DMF [%] en arteria braquial) y el grosor MIC fueron evaluados en pacientes y controles.

Resultados: Comparados con los controles, los pacientes con SX mostraron una significativa reducción en DMF (4,4 ± 2,6 vs 5,7 ± 2,7%, p = 0,008) con valores aumentados de grosor MIC (0,83 ± 0,16 vs 0,64 ± 0,11 mm, p < 0,001). Los pacientes con niveles de PCR > 3 mostraron un menor grado de DMF de arteria braquial (2,4 ± 1,9 vs 5,4 ± 2,4%, p < 0,001) y mayor GMI carotídeo (0,83 ± 0,16 vs 0,64 ± 0,11 mm, p < 0,001), comparado con aquellos pacientes con PCR ≤ 3 mg/L (1,3 ± 0,8 mg/L). No hubo diferencias en niveles de PCR, grado de DMF y GMI entre pacientes con PCR ≤ 3 mg/L y controles.

Conclusiones: En pacientes con SX, un mayor estatus inflamatorio se correlaciona con un significativo empeoramiento en la función endotelial sistémica y cambios precoces ateroscleróticos.

C265. MÉTODOS DE MEDIDA DE LA ANTIAGREGACIÓN PLAQUETARIA MEDIADA POR AAS. GRADO DE CORRELACIÓN Y CONCORDANCIA ENTRE 2 POINT OF CARE, CANDY SUBESTUDIO (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 de Valme. Sevilla. ²Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ³Servicio de Bioquímica. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla.

Introducción y objetivos: Determinar la prevalencia de la hiporespuesta (HR) a ácido acetilsalicílico (AAS) en pacientes diabéticos (DM) tratados mediante intervencionismo coronario percutáneo (ICP) con stent farmacológico y con doble antiagregación, mediante dos métodos de medida de antiagregación plaquetaria: VerifyNow® Aspirin Assay (VN) y PFA-100® (PFA). Analizar la concordancia de ambos métodos.

Métodos: Pacientes DM, con SCASEST tratados con ICP e implantación stent Xience V. Tras el ICP se midió la respuesta a la antiagregación medida por AAS, mediante el test VN Aspirin y el PFA. Se determinó el coeficiente de determinación (r²), y el de concordancia (índice kappa).

Resultados: Fueron analizados 100 ptes. El sistema VN mostró un 7% HR (ARU > 550). El PFA objetivó un 41% de HR (TO < 193s). El 3% de los ptes fueron HR a AAS con ambos métodos. El 4% resultaron HR a AAS con el sistema VN pero sensibles (S) con el PFA. Un 38% fueron S a la AAS con el test VN y HR con el PFA-100, y el 55% de los pacientes fueron S a AAS con ambos métodos. El r² entre los "point of care" resultó r² = 0,09 (p = 0,35) y el valor kappa = 0,0062 (p = 0,91).

Conclusiones: 1. La prevalencia de HR al AAS, en ptes DM tratados mediante ICP con implantación de stent y terapia con doble antiagregación, es muy variable. 2. No existe concordancia ni correlación entre ambos métodos, por lo que su uso debería restringirse a la investigación clínica, limitando la aplicación de estos test en la práctica clínica.

C266. USO DE LEVOSIMENDÁN EN LA PLANTA DE CARDIOLOGÍA

J. Cano Nieto, J. Delgado Prieto, J. Pérez Ruiz y M. de Mora Martín

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Introducción y objetivos: Los fármacos inotrópicos son una opción terapéutica en el tratamiento en los pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada. Se usan estimulantes adrenérgicos como la dobutamina, inhibidores de la fosfodiesterasa III, como la milrinona. Recientemente ha aparecido un nuevo fármaco, 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 en especial a nivel pulmonar.

Métodos: En nuestro centro se ha comenzado el uso de este fármaco en planta de cardiología en pacientes con clínica de insuficiencia cardíaca avanzada. Monitorización electrocardiografía mínima de 3 horas.

Resultados: Hemos recogido un total de 22 pacientes con edad media de 63 años. Un 81% tenía fracción de eyección de ventrículo izquierdo severamente deprimida; 68% algún grado de hipertensión pulmonar. Se usó de forma simultánea con dopamina en el 36%. 12 enfermos eran portadores de DAI. 72% se evidenció mejoría por criterios clínicos y de constantes básicas.

4% entró en fibrilación auricular y 2 pacientes fallecieron durante el ingreso.

Conclusiones: Hemos comenzado el uso regular de levosimendán en pacientes relativamente jóvenes con enfermedad avanzada, con disfunción ventricular izquierda y con hallazgos o sospecha de presión arterial pulmonar elevada, siendo estos pacientes los que más se benefician de estos fármacos. El uso de otras drogas vasoactivas simultáneas es frecuente. Desde las últimas guías europeas de IC este fármaco empieza a formar parte importante de nuestra terapéutica en la IC aguda.

C268. HIPERTENSIÓN PULMONAR SEVERA ASOCIADA A ENFERMEDADES DEL CORAZÓN IZQUIERDO

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

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

Introducción y objetivos: 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. Existen unos marcadores de riesgo clínicos, analíticos) y hemodinámicas que condicionan un peor pronóstico en la HP.

Métodos: Seleccionamos pacientes de los registros ecocardiográficos cuyo diagnóstico principal o secundarios incluía HP severa asociada a cardiopatía izquierda. Se calculó la función de VD, test de marcha 6 minutos y seriación analítica en el diagnóstico y a los 3-6 meses.

Resultados: Desde enero-diciembre 2010 seleccionamos 8 pacientes que cumplían criterios. La edad media fue de 73,05 ± 12,48 años, la valvulopatía más frecuente asociada fue la afectación mitral en 5 de los 8 casos (62,25%). El sexo predominante fue el femenino 5/8 (62,25%). En el momento del diagnóstico 1 paciente (12,5%) se encontraban en GF I, 5 pacientes (62,25%) en GF II y 2 pacientes (25%) del global en GF III. La PSAP inicial media fue de 66,37 ± 13,2 mmHg. La distancia caminada máxima en el test de 6 min inicial fue de 305 ± 17,22 m.

Conclusiones: La mayoría de nuestros pacientes son mujeres, presentan afectación valvular mitral y un GF en el momento del diagnóstico bajo (I-II) a pesar de cifras de PSP > 60 mmHg, con una aceptable capacidad física.

C270. MÉTODOS COMPLEMENTARIOS LLEVADOS A CABO EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES ATENDIDOS EN UN HOSPITAL COMARCAL CON DIAGNÓSTICO DE SÍNCOPE

A. Revelló Bustos¹, J. Lozano Pérez², R. Izquierdo Guerrero², J. Marín Morgado¹, B. Pérez Cano¹, G. Retegui García de Quesada¹, M. Gonzales Vargas-Machuca¹, R. Pérez de la Iglesia¹ y M. Ruiz Borrell¹

¹Servicio de Cardiología. ² Medicina de Familia. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos. Sevilla.

Introducción y objetivos: Los pacientes con síncope se engloban dentro de un espectro muy amplio de gravedad y van a requerir aproximaciones diagnósticas diferentes. Objetivo: analizar los métodos complementarios llevados a cabo en la atención de una población de pacientes atendidos en un hospital comarcal por síncope.

Métodos: Estudio retrospectivo de 360 pacientes asistidos consecutivamente en el área de Urgencias con diagnóstico de síncope

(enero 2009 a junio 2010), analizando los métodos complementarios realizados.

Resultados: Se han estudiado 171 hombres y 189 mujeres, con una edad de 52,6 ± 25 años [rango = 2-96]. Se han realizado: bioquímica (en 325 casos), Rx tórax (en 292), ECG (en 308), ecocardiografía (en 114), ergometría (en 48), Holter (en 63) y TAC (en 85). Los diagnósticos finales fueron: síncope neuromediado = 247 (68,6%); hipotensión ortostática = 21 (5,8%); cardiaco = 13 (3,6%); otros = 79 (22%). Obtuvimos diferencias significativas en las siguientes pruebas complementarias (tabla).

	S. neur.	H. ortos.	S. car.	Otros	p
Ecoc.	29,6%	47,6%	61,5%	29,1%	p < 0,05
Holter	15,8%	28,6%	53,8%	13,9%	p < 0,05
TAC	18,2%	28,6%	30,8%	38%	p < 0,05

Conclusiones: Los métodos complementarios utilizados se han ajustado adecuadamente al tipo de síncope, con más pruebas cardiológicas específicas en el de origen cardiaco y más TAC en aquellos que tuvieron otros diagnósticos finales.

C271. ESTUDIO DE LAS SECUELAS CARDIOVASCULARES DE PACIENTES CON SÍNDROME DE CUSHING. RESULTADOS PRELIMINARES

P. Cristobo Sáinz¹, A. Martínez Martínez¹, A. Leal Cerro² y A. Madrazo Atutxa²

¹Servicio de Cardiología. ²Servicio de Endocrinología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivos: El síndrome de Cushing (SC) es una enfermedad que se caracteriza por la elevación de cortisol de origen endógeno. Entre todas las secuelas del hipercortisolismo, las complicaciones cardiovasculares son las más frecuentes. Estas, junto con las secuelas óseas y neurocognitivas son objeto de investigación dentro del proyecto "Estudio de las secuelas de pacientes con síndrome de Cushing" (2010-2012).

Métodos: Incluimos de forma prospectiva los primeros 25 pacientes con síndrome de Cushing curado para valorar las secuelas cardiovasculares. Realizamos ecocardiografía 2D/doppler con determinación de diámetros y volúmenes de aurícula y ventrículo izquierdo, parámetros de función diastólica y sistólica y medidas de raíz aórtica.

Resultados: Expresamos los resultados como media ± desviación estándar y porcentajes. Los pacientes estudiados tenían una edad de 42 años ± 13, una altura de 159 cm ± 4,5 y un peso de 74 kg ± 13. El 92% eran mujeres. La medida del septo fue 9,69 ± 2,35 mm, de la pared posterior 9,23 ± 1,69 mm y el diámetro telediastólico 39,67 ± 3,85 mm. La masa del ventrículo izquierdo fue 136,56 ± 47 gramos. La raíz aórtica media a nivel del anillo 19,24 ± 1,67 mm, a nivel de los senos de Valsalva 25,34 ± 7,28, a nivel de la unión sinotubular 23,17 ± 7,72 y a nivel de la aorta ascendente 27,06 ± 7,43. La fracción de eyección mediante método Simpson 4C fue 69,75 ± 11,36%, con un volumen telediastólico de 58 ± 15 ml. El diámetro anteroposterior de la aurícula fue 32,76 ± 4,83 mm, el longitudinal 4,63 ± 0,65 mm. Valorando la función diastólica el 64% tenía un patrón de llenado mitral tipo 0, el 28% tipo 1 y el 8% tipo 2. El cociente E/E' del doppler tisular fue 8,49 ± 2,12 a nivel septal y 6,72 ± 2,58 a nivel lateral.

Conclusiones: Los resultados presentados constituyen un primer análisis descriptivo de la muestra estudiada. La ampliación del número de pacientes y el seguimiento posterior nos permitirán profundizar en los cambios estructurales y funcionales a nivel cardiaco que acontecen en los pacientes con síndrome de Cushing.

C272. ¿PODEMOS ASEGURAR POSICIÓN SEPTAL DEL TRACTO DE SALIDA DEL VD?

R. Picón Heras, J. Leal del Ojo González, D. García Medina, R. Pavón Jiménez, A. García Rojas, M. González Correa, I. Estrada Parra, C. Navarro Valverde, F. Molano Casimiro y L. Pastor Torres

Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla.

Introducción y objetivos: Los efectos deletéreos por estimulación apical en VD prolongada obligan a buscar alternativas. El septo (SP) del TSVD parece ser la opción más adecuada disminuyendo la disfunción ventricular. La técnica implantadora y el patrón ECG característico SP permite identificarlo. La proyección OAI determina localización del electrodo. Objetivo: analizar ECG durante implantación en TSVD definiendo patrón ECG característico según localización SP o PL, utilizando como referencia proyección radiológica anteroposterior (AP).

Métodos: 30 pacientes sometidos a implante de marcapasos. Se aleatoriza posición del electrodo SP o PL usando como referencia localizadora únicamente proyección AP. Se realizó ECG-12 derivaciones forzando estimulación durante el implante a ≥ 100 mm/s y 10 mm/mV. Se analizó en el ECG: duración y eje del QRS, notching en cara inferior, morfología del QRS en DI y transición precoz del QRS en precordiales ($\leq V3$). La proyección fluoroscópica OAI confirmaba la localización.

Resultados: 60% varones; edad 75 ± 13 años. 15 (50%) estaban en posición SP y 15 (50%) PL. SP asociaba duración menor de QRS (145 ± 12 ms vs 166 ± 13 ms, $p < 0,0005$). Notching derivaciones inferiores era más frecuente en PL (92,9% vs 26,1%, $p < 0,001$). Transición en precordiales era más precoz en SP (50% vs 7,1%, $p = 0,026$). La confluencia de ausencia de Notching, duración de QRS < 155 ms y transición $\leq V3$ es factor predictor de posición septal ($p < 0,012$).

Conclusiones: La posición SP determina un ECG característico con QRS menor, ausencia de notching inferior y transición precoz del QRS que ayuda a asegurar posición del electrodo. La fluoroscopia OAI nos permite confirmar la localización.

C275. PRÓTESIS PERCUTÁNEAS: ¿LA MUERTE DE LA PRÓTESIS MECÁNICA?

C. Porras Martín¹, G. Sánchez Espín¹, M. Mataró¹, J. Melero Tejedor¹, S. di Stefano¹, A. Muñoz¹, M. Molina² y M. Such Martínez¹

¹Servicio de Cirugía cardíaca. ²Servicio de Cardiología. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción y objetivos: Desde la introducción de las prótesis aórticas percutáneas en la práctica clínica habitual y más concretamente de los procedimientos "valve in valve" el empleo de prótesis biológicas en posición aórtica se indica en pacientes cada más jóvenes al existir la posibilidad de tratarlos de forma no quirúrgica si la prótesis biológica disfuncionará con el paso de los años.

Métodos: Analizamos nuestros datos para ver si se podría justificar rebajar aún más la edad de implantación de prótesis biológicas (60-65 años actualmente en nuestro centro) con el planteamiento teórico siguiente; Primer procedimiento en edad joven, segundo procedimiento (primera reintervención) en edad intermedia, con bajo riesgo y tercer procedimiento percutáneo.

Resultados: En los últimos 10 años se han reoperado en nuestro centro 28 pacientes por disfunción de prótesis aórticas previas (disfunción de prótesis biológicas, trombosis de prótesis mecánicas o leaks periprotésicos) habiendo fallecido uno de ellos, lo que significa una mortalidad del 3,6%. Se excluyen del análisis los pacientes en los que el motivo de la reintervención fue la endocarditis al no tener relación dicha patología con el hecho de

tener previamente implantada una prótesis biológica versus mecánica) y a los pacientes con otra cirugía previa asociada.

Conclusiones: Dado el bajo riesgo que representa una primera reintervención, especialmente a edad relativamente joven, creemos recomendable expandir la edad en la que se implantan prótesis biológicas en posición aórtica y difícil de justificar la implantación de prótesis mecánicas en dicha posición salvo en pacientes muy jóvenes en los que la reparación valvular no sea posible.

C279. IMPORTANCIA DEL SANGRADO MENOR EN TERAPIA DE REPERFUSIÓN

A. Arrebola Moreno¹, R. Marfil Álvarez², J. Arrebola Moreno³, J. Ramírez Hernández¹, M. Molina Lerma¹, I. Uribe Morales¹, R. Peñafiel Burkhardt⁴, A. Diez⁵, A. Catena⁶ y R. Melgares Moreno¹

¹Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ²Odontología. Universidad de Granada. Granada. ³Farmacia. Universidad de Granada. Granada. ⁴Cardiología. Hospital Santa Ana. Motril. Granada. ⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario San Cecilio. Granada. ⁶Psicología. Universidad de Granada. Granada.

Introducción y objetivos: La presencia de niveles bajos de Hemoglobina se ha asociado con peor pronóstico en los pacientes con SCA. Una de las principales complicaciones del tratamiento de reperfusión es el sangrado mayor. Sin embargo existen pérdidas insensibles o de sangrado menor asociadas a la terapia de reperfusión que, si bien no ponen en riesgo la vida del paciente en el momento agudo, pueden producir bajadas sensibles de hemoglobina. El objetivo de este estudio determinar si existen variaciones significativas de hemoglobina durante el ingreso en los pacientes sometidos a las distintas terapias de reperfusión en ausencia de sangrado mayor.

Métodos: Se incluyeron 50 pacientes que acudieron a nuestro hospital por SCACEST y recibieron terapia de reperfusión, de ellos 37 fibrinólisis (grupo 1) y 13 ACTP (grupo 2). Se excluyeron todos aquellos que presentaron sangrado mayor. Como grupo control se utilizaron 48 pacientes que ingresaron por SCASEST y que habían recibido el mismo tratamiento que los grupos 1 y 2 excepto, como es lógico, la terapia de reperfusión (grupo 3). Se realizaron medidas de hemoglobina al ingreso y al alta en todos los pacientes.

Resultados: Se reclutaron 98 pacientes (edad media = $60,5 \pm 9,6$; 85% hombres). El descenso medio de hemoglobina en los grupos 1, 2 y 3 fue de 0,57, 0,93 y 0,73 mg/dL respectivamente ($p > 0,05$).

Conclusiones: En ausencia de sangrado mayor los pacientes sometidos a fibrinólisis presentaron mayor bajada de Hb que los sometidos a ACTP durante el ingreso, y en ambos casos mayor que en los controles. Estas diferencias, aunque estadísticamente no significativas, probablemente por el tamaño muestral, si se demostrase en estudios de mayor tamaño, podrían tener importancia pronóstica.

C286. HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR ASOCIADA A ENFERMEDAD DEL CORAZÓN IZQUIERDO. EXPERIENCIA INICIAL EN TRATAMIENTO CON BOSENTÁN

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

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

Introducción y objetivos: 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. Nuestro objetivo fue observar si el uso de bosentán puede ofrecer beneficio en estos pacientes.

Métodos: La recogida de casos se realizó del CMBD de los registros ecocardiográficos cuyo diagnóstico principal o secundarios incluía HP severa asociada a cardiopatía izquierda. Se calculó la función VD, test de la marcha y seriación analítica en el momento del diagnóstico a los 3 y 6 meses.

Resultados: Desde enero-diciembre 2010 seleccionamos 8 pacientes con un seguimiento medio de 6 meses. Se observó una reducción significativa de NT-ProBNP, una mejoría en la función de VD, GF y una mayor distancia caminada en el test de 6 minutos. Observamos un aumento significativo de edemas en miembros que precisando tratamiento deplectivo.

Conclusiones: La HP asociada a enfermedad del corazón izquierdo presenta una evolución desfavorable hacia fallo cardiaco y muertes similares a la desarrollada en HP primarias. El tratamiento con los antagonistas de la endotelina presentan una alternativa terapéutica esperanzadora para este grupo de pacientes, mejorando parámetros clínicos, analíticos y hemodinámicas.

C288. CONTROL DEL PERFIL LIPÍDICO EN PACIENTES CON EVENTO CORONARIO AGUDO

R. Peñafiel Burkhardt¹, A. Arrebola Moreno², I. Uribe Morales² y P. Castillo Higuera³

¹Servicio de Cardiología. Hospital General Básico Santa Ana. Motril. ²Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción y objetivos: Dada la importancia del control del colesterol en el pronóstico de la cardiopatía isquémica observar la evolución del perfil lipídico de pacientes ingresados por evento coronario.

Métodos: Estudio descriptivo con pacientes ingresados por evento coronario agudo. Se obtuvieron variables clínicas del evento, cardiopatía previa, tratamiento... y variables de laboratorio con perfil lipídico (colesterol total, LDL, HDL y triglicéridos) antes durante y algún tiempo después del ingreso. Se analizaron los datos con estadísticas descriptivas, chi-cuadrado y t de Student para muestras apareadas e independientes.

Resultados: De 232 pacientes ingresados por evento coronario agudo (47,3% IAMSEST, 38,4% IAMSTE y 13,4% AI) de los cuales un 32,1% ya presentaban cardiopatía isquémica previa y solo un 75% tomaba estatinas (atorvastatina 19,6%). Tras el evento coronario el 91,1% de los pacientes tomaba estatinas (90% atorvastatina). En muy pocos pacientes se usaban medicamentos para el control de triglicéridos y HDL (< 1%). Los pacientes presentaban una media antes del ingreso de Colesterol total de 199 mg/dl, LDL 114 mg/dl, HDL 48 mg/dl y TG 171 mg/dl, del total los pacientes con cardiopatía previa las cifras del perfil lipídico estaban mejor controladas de forma estadísticamente significativa excepto para los triglicéridos (col 169 vs 216 mg/dl, LDL 88 vs 126 mg/dl, HDL 42 vs 49 mg/dl $p < 0,05$ y TG 162 vs 190 mg/dl $p = 0,28$). El perfil lipídico antes del ingreso comparado con el del ingreso en planta ya mostraba descenso significativo del colesterol total y fraccionado (col 199 vs 168 mg/dl, LDL 114 vs 94 mg/dl, HDL 48 vs 40 y TG 171 vs 156 mg/dl). Al comparar el perfil lipídico del ingreso con el realizado tras el alta se observó descenso significativo de colesterol total, LDL (col 170 vs 151 mg/dl, LDL 104 vs 82 mg/dl) y triglicéridos (153 vs 119 mg/dl) con un li-

gero ascenso no significativo de HDL (38 vs 40 mg/dl $p > 0,05$). Los pacientes sin cardiopatía previa presentaron en controles tras el alta mejor perfil lipídico sin que las diferencias fueran estadísticamente significativas.

Conclusiones: Los pacientes ingresados por evento coronario con o sin evento previo cumplen con el objetivo del colesterol LDL < 100 mg/dl aunque los niveles suelen estar por encima de 70 mg/dl. El nivel de triglicéridos mejora tras el evento coronario no así el colesterol HDL.

C290. NECESIDADES ASISTENCIALES DE REHABILITACIÓN CARDIACA

R. Peñafiel Burkhardt¹, I. Fernández Rodríguez², N. Herrera Gómez² y P. Castillo Higuera³

¹Servicio de Cardiología. Hospital General Básico Santa Ana. Motril. ²Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ³Servicio de Medicina interna. Hospital General Básico Santa Ana. Motril.

Introducción y objetivos: Estudiar las características clínicas de los pacientes diagnosticados de cardiopatía isquémica (CI) revisados en consulta de cardiología de Hospital Comarcal. Analizar la necesidad de implantar una unidad de rehabilitación cardiaca.

Métodos: Estudio transversal en una muestra seleccionada a partir de pacientes diagnosticados de CI en consulta de cardiología durante un año. Se valoró: datos demográficos, tipo de CI, factores de riesgo vascular (FRV), complicaciones y limitaciones para realizar ejercicio.

Resultados: Muestra de 1.000 pacientes recogida durante un año: 361 presentaban CI (infarto agudo miocardio 60,4%, angor estable 25,8%, inestable 22,7%). Un 73,7% eran hombres y 26,3% mujeres con edad media de 68 ± 11 años siendo más prevalente en hombres a edades más tempranas y en mujeres a partir de los 70 años. En cuanto a FRV un 58,4% era hipertenso, 40,2% diabético, 54,6% dislipémicos y 57,3% habían tenido algún contacto con el tabaco; dichos factores de riesgo no estaban totalmente controlados. La complicación más frecuente fue la insuficiencia cardiaca y disfunción ventricular (13%) siendo las arritmias muy escasas (< 2%). Cerca del 75-80% no tenían otras patologías cardiovasculares u osteomusculares que limitara el ejercicio.

Conclusiones: Existe alta prevalencia de CI en nuestro medio con edad media entre 60-80 años y presentan múltiples FRV que no suelen estar totalmente controlados. La mayoría de los pacientes no presentan limitaciones para realizar ejercicio. Existiría un beneficio en su calidad de vida al implantar un programa de rehabilitación cardiaca con ejercicio controlado y control de FRVC.

C291. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES QUE INGRESAN EN UNA UNIDAD DE REHABILITACIÓN CARDIACA

A. Aguilera Saborido¹, J. Vallejo Carmona², J. Expósito Tirado³, A. López Lozano³, J. Martín Vera⁴, M. Losada Luque⁵, C. Muro Guerra³, C. Echevarría Ruiz de Vargas³ y A. Martínez Martínez²

¹Servicio de Cardiología. Hospital de la Merced. Osuna. Sevilla. ²Servicio de Cardiología. ³Servicio de Rehabilitación. ⁴Servicio de Enfermería. ⁵Servicio de Fisioterapia. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivos: Los programas de rehabilitación cardiaca y prevención secundaria reducen la morbimortalidad en

pacientes con enfermedad arterial coronaria. Para gestionar y planificar los programas y protocolos en las unidades de rehabilitación cardiaca (RC) es importante conocer las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes que se derivan a dichas Unidades. Nuestro objetivo es analizar las características de los pacientes que fueron valorados en nuestra Unidad de RC.

Métodos: Estudio descriptivo transversal de pacientes que fueron valorados en nuestra Unidad de RC desde enero de 2009 hasta diciembre de 2010.

Resultados: Nuestra muestra quedó formada por 461 pacientes (90% varones) con edad media de $56 \pm 10,2$ años. El motivo de ingreso: SCACEST 257 (55,7%), SCAEST 103 (22,3%). Intervención: angioplastia percutánea en 387 pacientes (84%), cirugía by-pass en 33 pacientes (7,1%). Presencia de factores de riesgos cardiovasculares (FRCV): HTA en 221 pacientes (47,9%); dislipemia 257 (55,7%), diabetes mellitus 101 (21,9%), IMC > 30 en 180 (40%), fumador 239 (51,8%). Presentaban 3 o más FRCV el 53,8% de la muestra, FEVI < 35%: el 2% de los pacientes, entre 35-50% 15% y > 50% el 83%. Capacidad funcional: 45 pacientes (9,8%) con < 5 METs, 116 (25,27%), entre 5-7 METs y 300 (65,1%) > 7 METs. Nivel de riesgo: bajo riesgo 168 pacientes (36,4%), moderado 227 (49,2%) y alto 66 (14,3%).

Conclusiones: El principal motivo de derivación fue el SCACEST. La mayoría pertenecen a riesgo moderado. Destacar la alta prevalencia de FRCV modificables múltiples en nuestros pacientes así como un alto porcentaje de pacientes con obesidad. Existe baja derivación de mujeres a nuestra URC.

C292. VALORACIÓN CARDIACA TRAS EJERCICIO FÍSICO PROLONGADO Y EXTENUANTE

M. Gómez Domínguez, B. Muñoz Calero, V. López García Aranda, F. Trujillo Berraquero, I. Lucena Padrós, F. Francisco Aparicio, P. Bastos Amador, L. González Torres, R. Hidalgo Urbano y J. Cruz Fernández

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción y objetivos: Los efectos cardioprotectores derivados de la práctica regular de ejercicio físico son ampliamente conocidos. Sin embargo, las consecuencias a corto plazo de la realización de un ejercicio agudo, extenuante y de prolongada duración son menos claras. El objetivo de nuestro estudio fue valorar la función cardiaca antes y después de un ejercicio físico prolongado.

Métodos: Se incluyeron en el estudio a 4 ciclistas que fueron sometidos a un ejercicio prolongado mediante una sesión de ciclismo durante 24 horas sin descanso. Antes y después del ejercicio se les realizaron medidas de frecuencia cardiaca, tensión arterial, electrocardiograma, determinación de CPK, CPK MB y troponina T así como una ecocardiografía transtorácica.

Resultados: La CPK total se elevó de forma significativa tras el ejercicio sin que se elevara de forma paralela el valor de la CPK MB. Encontramos valores de troponina T ligeramente superiores tras el ejercicio. Objetivamos tras el esfuerzo un ligero aumento del diámetro telediastólico (DTD) y del diámetro telesistólico del ventrículo izquierdo (DTSVI) así como una disminución de la fracción de eyección (FE) y del desplazamiento sistólico del anillo tricuspídeo (TAPSE).

Conclusiones: Durante un ejercicio físico extenuante podría producirse fatiga cardiaca al menos de forma transitoria, evidenciándose mediante la elevación de marcadores de daño miocárdico y cambios en la ecocardiografía transtorácica tales

como el aumento del DTD y DTSVI y la disminución de la FE y del TAPSE.

C294. RESULTADOS DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A REVASCULARIZACIÓN CORONARIA QUIRÚRGICA TRAS COMPLETAR UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA

J. Vallejo Carmona², A. Aguilera Saborido¹, A. López Lozano³, J. Expósito Tirado³, M. Losada Luque⁴, J. Martín Vera⁵, M. Piqueras Gorbano³, A. Martínez Martínez² y C. Echevarría Ruiz de Vargas³

¹Servicio de Cardiología. Hospital de la Merced. Osuna. Sevilla. ²Servicio de Cardiología. ³Servicio de Rehabilitación. ⁴Servicio de Fisioterapia. ⁵Servicio de Enfermería. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivos: Los programas de rehabilitación cardiaca y prevención secundaria (PRCyPS) han demostrado ser efectivos en distintos procesos cardiovasculares. El objetivo de este estudio es cuantificar el beneficio y evaluar la seguridad de estos programas en los pacientes con revascularización coronaria quirúrgica que han completado el PRCyPS en nuestro centro.

Métodos: Estudio prospectivo cuasiexperimental en los pacientes que han completado el PRCyPS en nuestra Unidad entre enero de 2009 y diciembre de 2010 tras ser sometidos a revascularización coronaria quirúrgica.

Resultados: 33 pacientes, de los cuales completaron el PRCyPS 23 (70%). Todos varones. Motivo de ingreso: angina inestable: 7 (30%), IAMSEST 5 (23%), IAMCEST 3 (13%), angina estable 3 (13%), otros 5 (21%). Prevalencia de FRCV: HTA en 14 pacientes (61%); dislipemia 19 (82%), diabetes mellitus 9 (39%), IMC > 30 8 (34,7%), fumador 9 (39%). Tras completar PRCyPS mejoraron la capacidad funcional valorado en METs (de $8 \pm 2,2$ a $9,6 \pm 2,3$; $p < 0,01$), tiempo en segundos en ergometría (472 ± 140 seg a 560 ± 121 seg; $p < 0,05$), colesterol LDL (de $90,6 \pm 34,3$ mg/dl a 82 ± 31 mg/dl; $p < 0,05$) y hemoglobina glicosilada ($7 \pm 1,7\%$ a $6,4 \pm 0,4\%$; $p > 0,05$; todos con cifras 7% o menos al final del PRCyPS). No hubo diferencias en IMC, cifras de colesterol total, colesterol HDL o triglicéridos. No se presentó ningún evento cardiaco mayor durante la realización del programa de ejercicio físico, solo un paciente presentó una crisis de angor.

Conclusiones: Nuestra muestra ha presentado una mejoría de capacidad funcional y cifras de LDL, así como mejor control glucémico tras realizar el PRCyPS, manteniendo un alto nivel de seguridad.

C295. POSDILATACIÓN CON BALÓN NO COMPLIANTE DE DOBLE CAPA DE ALTA PRESIÓN (OPN NC). UNA HERRAMIENTA SEGURA EN SITUACIONES DESESPERADAS

A. Gómez Menchero, C. Sánchez González, F. Díaz Fernández, R. Cardenal Piris, J. Roa Garrido, D. Lindefeld, P. Martínez Pérez y A. Tobaruela

Servicio de Cardiología. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Introducción y objetivos: Las lesiones calcificadas y la infraexpansión del stent son situaciones poco deseables a las que nos enfrentamos en nuestros laboratorios de hemodinámica. No siempre con el material que disponemos (Balones NC, Cutting y aterectomía rotacional) podemos salvar la situación. El Balón OPNNC es un balón No Compliant de doble capa que permite

dilataciones a alta presión (hasta 40 atm). Presentamos nuestra experiencia.

Métodos: Estudio retrospectivo de 12 casos en los que se utilizó OPNNC (febrero del 2010 a febrero del 2011) en nuestro centro. Realizamos QCA de las lesiones y análisis descriptivo del procedimiento, valorando éxito y complicaciones.

Resultados: Edad media 73 años (75% varones) y 83% diabéticos. Se predilató la lesión en el 83% y en el 58% fue con balón de corte y/o balón NC convencional a alta presión. La indicación fue la predilatación de lesiones calcificadas (16,6%) y posdilatación de stents previamente implantados (83,3%) (2 reestenosis). Se usó IVUS en el 33,3% y aterectomía rotacional en 16,6%. El diámetro del balón medio fue 3,29 mm y la presión media de dilatación fue 32,25 atm. En 33,3% se dilató a 40 atm. En 2 casos a 40 atm no se consiguió la apertura de la placa (1 stent infraexpandido y 1 placa calcificada anular). En ningún caso presentamos rotura o disección coronaria severa.

Conclusiones: En nuestra experiencia el balón OPN NC es una alternativa segura y eficaz en el tratamiento de lesiones calcificadas y para una adecuada expansión de los stents implantados cuando otras medidas fallan. Alta prevalencia de estenosis coronaria significativa (> 75% luz arterial) hasta un 48% en la nefropatía diabética, frente a un 22% en los pacientes con insuficiencia renal de otra etiología.

C296. ASOCIACIÓN ENTRE ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y MORTALIDAD EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TERMINAL Y TRATAMIENTO RENAL SUSTITUTIVO

M. González Vargas-Machuca¹, F. Gómez Pulido², F. Guerrero Márquez¹, E. Cantero Pérez¹, J. Arjona Barrionuevo¹, G. Barón Esquivias¹, A. Sánchez González¹ y A. Martínez Martínez¹

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

Introducción y objetivos: Si la obesidad confiere un efecto protector en los pacientes con ERCT no está aclarado, parece en esta población los obesos presentan una mayor supervivencia aunque existen estudios contradictorios. El objetivo es determinar si en nuestro medio la obesidad se relaciona con una mejor supervivencia.

Métodos: Desde noviembre de 2005 a diciembre de 2010 (424) pacientes con ERCT candidatos a trasplante fueron remitidos nuestra consulta cardiorrenal. Incluimos los pacientes en hemodiálisis, excluyendo aquellos en prediálisis y los que finalmente se trasplantaron. A todos se les realizó ecocardiografía y al menos un test de inducción de isquemia, a 132 pacientes se les realizó coronariografía. Buscamos diferencias epidemiológicas y en el seguimiento entre los pacientes con IMC > 30 y los que presentaban un IMC < 30.

Resultados: 63% varones 37% mujeres, fumadores 58,3%, 31% DM, DLP 58,3%, 98,4% HTA. AVC previo 10%. Ecocardiografía: 71% HVI, FE deprimida 9%. Coronariografía: 57% sin lesiones significativas, 43% lesiones significativas. No encontramos relación entre obesidad y las demás características epidemiológicas. El 42% con IMC < 30 presentó lesiones significativas frente a un 38,2% en IMC > 30, sin existir significación. Seguimiento a 3 ± 1,3 años: un 10% IMC > 30 falleció frente a un 15% de IMC < 30, y un 10,8% y 14,4% respectivamente presentaron algún evento cardiaco (IAM o angor inestable).

Conclusiones: En nuestra población la obesidad no fue un factor protector quizá por tratarse de una población con menor comorbilidad al ser candidatos a trasplante renal.

C298. ATROSCLEROSIS PRECOZ, DISFUNCIÓN ENDOTELIAL E INFLAMACIÓN SISTÉMICA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

B. Muñoz Calero¹, A. Recio Mayoral¹, M. Chaparro Muñoz¹, M. Valle Caballero¹, L. González Torres¹, M. Calvo Taracido¹, M. Iglesias Blanco¹, R. Rodríguez Olivares¹, J. Cruz Fernández¹ y D. Banerjee²

¹Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ²Renal & Transplantation Unit. St Georges Hospital and St Georges University of London. Reino Unido.

Introducción y objetivos: Los pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) presentan una mayor morbi-mortalidad cardiovascular. La inflamación podría contribuir a la disfunción endotelial (DE) y la aterosclerosis acelerada. Analizamos la posible relación entre inflamación sistémica, evaluado mediante la proteína C reactiva (PCR) de alta sensibilidad y cambios ateroscleróticos precoces en pacientes con IRC.

Métodos: Estudiamos 76 pacientes consecutivos con IRC: 38 en prediálisis, 18 en diálisis y 22 trasplantados; y 65 controles emparejados por edad y sexo. En ambos grupos se midió la función endotelial sistémica mediante dilatación mediada por flujo (DMF, %) en arteria braquial y el grosor medio-intimal carotídeo (MIC, mm) por ultrasonografía, como subrogado de aterosclerosis precoz.

Resultados: Los pacientes con IRC presentaron niveles de PCR significativamente mayores (3,7 [1,0-6,0] vs 1,0 [0,5-2,1] mg/L; p < 0,001), menor DMF (2,2 [1,0-4,0] vs 5,6 [4,4-7,1]%; p < 0,001) y mayor grosor MIC (0,82 ± 0,21 vs 0,67 ± 0,16 mm; p < 0,001) comparado con los controles. En los pacientes, los niveles de PCR se correlacionaron negativamente con el DMF (r = -0,51; p < 0,001) y positivamente con el grosor MIC (r = 0,50; p < 0,001). Niveles elevados de PCR fueron un predictor independiente de disfunción endotelial y de aterosclerosis precoz, tras ajustar por edad, presión sistólica y colesterol total. Comparado con pacientes en prediálisis y trasplantados, los pacientes en hemodiálisis presentaron valores significativamente menores de DMF y mayores de PCR y grosor MIC.

Conclusiones: Los pacientes con IRC presentan un estatus inflamatorio aumentado, con disminución de DMF y aumento del grosor MIC, alteraciones más marcadas en pacientes en diálisis. Nuestros hallazgos sugieren la inflamación podría modular estos cambios ateroscleróticos precoces.

C301. MIOCARDIOPATÍA DILATADA: INFLUENCIA GENÉTICA Y PRONÓSTICO A LARGO PLAZO

R. García Borbolla Fernández, S. Camacho Freire, C. Pérez Muñoz, J. León Jiménez, S. Gamaza Chulián, A. Gutiérrez Barrios, A. Agarrado Luna y J. Vargas Machuca Caballero

Hospital de Jerez de la Frontera. Cádiz.

Introducción y objetivos: La miocardiopatía dilatada en una variedad de miocardiopatía que en más del un 30% presenta un origen genético o familiar. No está claro si las formas familiares tienen un pronóstico diferente cuando las comparamos a las formas esporádicas. Nuestro objetivo es comparar el pronóstico a largo plazo de las formas familiares frente a las formas esporádicas.

Métodos: Analizamos nuestra muestra de 79 pacientes diagnosticados de miocardiopatía dilatada entre 2001 y 2006. El seguimiento medio fue de $5 \pm 3,2$ años.

Resultados: La edad media fue de 55 ± 3 años, 74% hombres. En 8 (10,1%) se encontraron mutaciones genéticas, la más frecuente fue MYH7-R442H (37,5%). Los pacientes con estudio genético positivo presentaron peor clase funcional de la NYHA comparados con los casos esporádicos (III-IV: 27 frente a 7%, $p = 0,042$), así como mayor incidencia de trasplante cardiaco (22% frente al 2% de los casos esporádicos, $p = 0,01$). La supervivencia libre de eventos fue del 72,2%, sin diferencias entre ambos grupos, así como la mortalidad global (12,7%, sin diferencias entre ambos grupos). Como era de esperar se relacionó la FE con la clase funcional (pacientes con clase I presentaron una FE del 39% frente al 23% los de la clase IV, $p < 0,0001$).

C303. MIOCARDIOPATÍA DILATADA: INFLUENCIA DEL SEXO Y PRONÓSTICO A LARGO PLAZO

S. Camacho Freire, R. García Borbolla Fernández, C. Pérez Muñoz, J. León Jiménez, A. Gutiérrez Barrios, S. Gamaza Chulián, A. Agarrado Luna y J. Vargas Machuca Caballero

Hospital de Jerez de la Frontera. Cádiz.

Introducción y objetivos: La miocardiopatía dilatada en una variedad de miocardiopatía que en más del un 30% presenta un origen genético o familiar. No está claro si el pronóstico es diferente dependiendo del sexo. Nuestro objetivo es comparar el pronóstico a largo plazo en función del género.

Métodos: Estudio descriptivo de nuestra muestra de 79 pacientes diagnosticados de miocardiopatía dilatada entre 2001 y 2006. El seguimiento medio fue de $5 \pm 3,2$ años. Se realizó estudio genético a todos ellos.

Resultados: La edad media de nuestros pacientes fue de 55 ± 3 años, 74% hombres. En 8 (10,1%) se encontraron mutaciones genéticas, todos ellos varones. No hubo diferencias en edad, grado de insuficiencia mitral, fracción de eyección (FE) entre ambos grupos. Las mujeres tuvieron una mayor tasa de rehospitalización (45% frente al 17%, $p = 0,01$) y más incidencia de bloqueo de rama izquierda (42% frente a 10%, $p = 0,008$). La mortalidad global fue del 12,7% sin diferencias entre los grupos. Como era de esperar se relacionó la FE con la clase funcional (pacientes con clase I presentaron una FE del 39% frente al 23% los de la clase IV, $p < 0,0001$).

Conclusiones: Nuestro estudio sugiere que las mujeres con miocardiopatía dilatada tienen un peor pronóstico comparado con los hombres y una mayor tasa de rehospitalización, así como mayor incidencia de BRI.

C304. DESCRIPCIÓN DEL PERFIL DE PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO ENTRE LOS AÑOS 2000 Y 2010

G. Ballesteros Darbenti¹, R. Gutiérrez Rodríguez², J. Cano Nieto¹, A. González González¹, M. Álvarez Bueno² y M. de Mora Martín¹

¹Servicio de Cardiología. ²Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Introducción y objetivos: Estudios observacionales han mostrado cambios en la epidemiología y el pronóstico del infarto de miocardio, con retraso en la edad de aparición, disminución de

mortalidad y descenso en incidencia de IM con elevación del ST, con aumento de la tasa de SCASEST. Nuestro objetivo fue describir las características de los pacientes ingresados en UCI por SCA y compararlas con datos disponibles entre 1995 y 2000 mediante un análisis del Registro ARIAM.

Métodos: Estudio observacional, de corte transversal, de 4.637 pacientes incluidos en el Registro ARIAM de SCA entre 1995 y 2010.

Resultados: Entre 01/01/2000 y 31/12/2009 se incluyeron 2503 pacientes con una media de edad de 64,4, mediana de 66 y moda de 74, presentaban historia de IM previo un 24%, diabetes mellitus 30%, HTA 60%, dislipemia 40%, historia familiar de cardiopatía isquémica 13% y tabaquismo 38%. 70% fueron ingresados por IMEST y 30% SCASEST. 94% de los IMEST, y 75% de los SCASEST fueron categoría I en la clasificación de Killip. Entre 01/01/1995 y 31/12/1999 se incluyeron 2134 pacientes, cuya media de edad fue 63, el porcentaje de IMEST fue 60% y de SCASEST 40%.

Conclusiones: En la última década destaca, en el perfil epidemiológico de estos pacientes, la elevada prevalencia de HTA y dislipemia, y la baja tasa de insuficiencia cardíaca descompensada en el momento del ingreso. Al comparar con el período de 1995-2000 hemos observado un aumento en la media de edad de los pacientes ingresados, y un aumento en el porcentaje de IMEST con descenso relativo de los SCASEST.

C305. RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA DEL ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO EN ENDOCARDITIS Y FENÓMENOS TROMBOEMBÓLICOS

J. León Jiménez, S. Camacho Freire, R. García de la Borbolla Fernández, A. Gutiérrez Barrios, S. Gamaza Chulián, A. Agarrado Luna, A. Martín Santana, C. Pérez Muñoz, M. Oneto Otero y J. Vargas Machuca Caballero

Servicio de Cardiología. Hospital de Jerez de la Frontera. Jerez. Cádiz.

Introducción y objetivos: La ecocardiografía transesofágica (ETE) es un método diagnóstico habitual en nuestra práctica clínica. Progresivamente ha habido un incremento en el abanico de indicaciones que justifican su realización, siendo las más habituales el despistaje de endocarditis (EI) y el estudio de la cardiopatía embolígena.

Métodos: Estudio descriptivo de las ETE realizadas en nuestro centro durante los últimos 10 años valorando la rentabilidad diagnóstica de las indicaciones para despistaje de eventos tromboembólicos de origen cardiaco y endocarditis.

Resultados: Se solicitaron 54 estudios por sospecha de trombo o fosa oval permeable con ACVA previo encontrando un caso de fosa oval permeable y 2 trombos auriculares, obteniendo una rentabilidad diagnóstica del 5,5%, del mismo modo se realizaron 164 casos de sospecha de endocarditis confirmando 49 de ellos en los cuales se aprecia un predominio de EI sobre válvula mitral nativa (34%) mientras que sobre válvula aórtica o prótesis mecánica se reparten un 20% respectivamente. Otras localizaciones menos frecuentes son sobre prótesis biológicas (10%), marcapasos y otros dispositivos (10%). La rentabilidad diagnóstica de la prueba es del 29%. Se aprecia un marcado aumento de los casos sobre marcapasos y dispositivos en los últimos años.

Conclusiones: En nuestro centro uno de cada tres estudios solicitados con sospecha de endocarditis tiene confirmación ecocardiográfica, mientras que en el caso de la cardiopatía embolígena la rentabilidad es más baja.

C306. REFLEJO DE CAMBIOS EPIDEMIOLÓGICOS EN NUESTRAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: MIL ÚLTIMAS ETE

S. Camacho Freire, J. León Jiménez, R. García de la Borbolla Fernández, S. Gamaza Chulián, A. Gutiérrez Barrios, A. Agarrado Luna, M. Oneto Otero, A. Martín Santana, F. García Arbolella y J. Vargas Machuca Caballero

Servicio de Cardiología. Hospital de Jerez de la Frontera. Jerez. Cádiz.

Introducción y objetivos: La ecocardiografía transesofágica es un método diagnóstico cada vez más extendido en nuestra práctica clínica habitual. Progresivamente ha habido un incremento en el abanico de indicaciones que justifican su realización. En el presente estudio analizamos las últimas mil ETE realizadas en nuestro centro haciendo hincapié en el cambio porcentual de los diagnósticos a través de los años y la seguridad de dicha prueba diagnóstica.

Métodos: Hemos incluido las mil últimas ETE realizadas en nuestro centro realizando un estudio descriptivo del resultado de las mismas y comparando los principales diagnósticos en frecuencia con las últimas series europeas publicadas, asimismo recogemos las complicaciones encontradas.

Resultados: Los principales diagnósticos difieren en frecuencia con las últimas series europeas publicadas. Por orden de frecuencia objetivamos cardiopatías valvulares tanto protésicas como nativas (n = 504), cardiopatías congénitas (n = 105), trombos y tumores (n = 40), miocardiopatías (n = 43), cardiopatía isquémica (n = 31), patología aórtica (n = 30), otros (n = 103). Un total de 124 estudios resultaron normales, 18 no se pudieron realizar mientras que la tasa de complicaciones fue de un 0,02%. Comparando estos resultados con otras series publicadas se objetiva un aumento muy significativo en la frecuencia de valvulopatías y un descenso en embolismos de origen cardíaco. La tasa de complicaciones descrita oscila entre 0,5-0,18% resultando en nuestra serie del 0,02%.

Conclusiones: A la vista de los resultados obtenidos podríamos concluir que está aumentando la frecuencia de valvulopatías en consonancia con el envejecimiento de la población y dada la

baja tasa de complicaciones en un método diagnóstico altamente seguro.

C314. DIFERENCIAS DE GÉNERO RESPECTO AL CONTROL LIPÍDICO EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN NUESTRO MEDIO

M. Charneca Contioso¹, P. Gómez Rodríguez², G. Retegui García de Quesada³, M. Gómez Hernández¹, J. Marín Morgado³, M. Pérez de la Iglesia³, A. Revello Bustos³ y M. Ruiz Borrell³

¹Servicio de Medicina de Familia. ²Servicio de Medicina Interna.

³Servicio de Cardiología. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Sevilla.

Introducción y objetivos: Analizar el grado de control lipídico en pacientes con cardiopatía isquémica en nuestro medio.

Métodos: Se incluyeron pacientes con cardiopatía isquémica valorados en nuestras consultas de Cardiología del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe provenientes de los Centros de Salud de Bormujos y Tomares entre enero y septiembre de 2010. Se realizó un estudio descriptivo recogiendo datos demográficos basales, factores de riesgo vascular y se analizó el grado de control lipídico actual. Se revisó la última analítica y se recogieron datos sobre colesterol total (CT), LDL, HDL y triglicéridos (TG).

Resultados: Se incluyeron 122 pacientes (80,3% varones, edad media 61,61 años DE 11,36). El análisis de los datos proporcionó valores medios de CT de 172,25 mg/dl (DE 52,105), LDL 96,60 mg/dl (DE 32,910), HDL 45,17 mg/dl (DE 12,913) y TG 160,24 mg/dl (DE 102,740). Se apreciaron diferencias significativas en relación con el sexo con valores medios (varones vs mujeres) de CT de 165,46 mg/dl (DE 46,01) vs 200,46 mg/dl (DE 66,48), LDL 92,99 mg/dl (DE 30,08) vs 112,38 mg/dl (DE 39,70), HDL 43,64 mg/dl (DE 12,26) vs 50,25 mg/dl (DE 14,10). Los factores de riesgo más prevalentes fueron DLP (68%), HTA (63,1%), DM (26,2%), tabaquismo (exfumadores 51,8%, no fumadores 36,1%).

Conclusiones: Se apreciaron diferencias significativas en relación con el sexo respecto al control de cifras de CT, LDL y HDL, con mejor control en varones que en mujeres.