
COMUNICACIONES ORALES III: CARDIOLOGÍA PREVENTIVA Y REHABILITACIÓN. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

66/8. INFLUENCIA DE LA DIABETES EN EL PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD DEL TRONCO COMÚN IZQUIERDO DE ALTO RIESGO QUIRÚRGICO TRATADA PERCUTÁNEAMENTE

C. Sánchez González¹, A. Gómez Menchero²,
M. Jiménez Navarro³, R. Cardenal Piris¹, J. Hernández García⁴
y J. Díaz Fernández²

¹Cardiólogo. ²Facultativo Especialista de Área: Cardiología.
Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva; ³Cardiólogo. ⁴Facultativo
Especialista de Área: Cardiología. Hospital Clínico Universitario
Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción y objetivos: La enfermedad del tronco común de la coronaria izquierda (TCI) de alto riesgo quirúrgico es un escenario donde el intervencionismo coronario percutáneo (ICP) constituye una modalidad de tratamiento factible. La existencia de diabetes mellitus (DM), condición relacionada con mayor beneficio tras la revascularización quirúrgica, podría acompañarse de peores resultados en este grupo de pacientes. Determinar la influencia de la DM en el pronóstico de los pacientes con enfermedad de TCI tratada mediante ICP.

Material y métodos: Estudio de cohortes retrospectivo. Tamaño muestral predefinido en 133 pacientes por grupo (DM vs no DM).

Resultados: Se identificaron 307 pacientes con enfermedad del TCI de alto riesgo quirúrgico tratada mediante ICP entre marzo 2003 y marzo 2010, 150 con DM y 157 sin DM. El grupo DM presentó mayor frecuencia de IAM con elevación de ST (22,0 vs

12,7%, $p = 0,03$) y mayor frecuencia de vasos distales malos (42,4% vs 22,9%, $p = 0,001$). Tras un seguimiento medio de 22,2 meses la frecuencia de eventos fue del 32,9% en DM vs 20,4% en no DM ($p = 0,01$) a expensas de un exceso de mortalidad cardíaca en el grupo de DM (17,9 vs 8,8, $p = 0,02$) específicamente debida a insuficiencia cardíaca (8,0% vs 1,3%, $p = 0,005$).

Conclusiones: Los pacientes diabéticos con enfermedad del TCI de alto riesgo quirúrgico tratados mediante ICP presentan un peor pronóstico que los no diabéticos presidido por una mayor frecuencia de mortalidad cardíaca debida a insuficiencia cardíaca. Este hallazgo podría hacer reconsiderar el ICP como forma de tratamiento en este subgrupo de pacientes.

66/31. INFLUENCIA DEL BETABLOQUEO PREVIO EN EL CURSO DEL INFARTO DE MIOCARDIO

F. Francisco Aparicio¹, M. Calvo Taracido¹, M. Iglesias Blanco¹, A. García Alcántara², A. Reina Toral³, J. Benítez Parejo⁴, K. Medina Rodríguez¹, I. Lucena Padrós¹, L. Valenzuela¹ y J. García Rubira¹

¹Cardiología. Hospital Virgen Macarena. Sevilla; ²Medicina Intensiva. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga; ³Medicina Intensiva. Hospital Virgen de las Nieves. Granada; ⁴Ingeniero Informático. Málaga.

Introducción: Los betabloqueantes han demostrado un efecto beneficioso en el infarto de miocardio. Estudiamos el curso del síndrome coronario agudo en los pacientes que recibían tratamiento con betabloqueantes previamente a la presentación de un infarto.

Material y métodos: Analizamos los datos de los pacientes incluidos en el registro ARIAM-Andalucía, que incluye 40 hospitales de Andalucía, desde 2001 hasta 2011. Los pacientes con betabloqueantes previamente al SCACEST constituyen el grupo B, y se compararon con el resto (grupo C).

Resultados: Se incluyeron 22.248 pacientes, 3.353 en el grupo B y 18.895 en el C. Los pacientes del grupo B eran mayores (73 ± 9 vs 63 ± 13 , $p < 0,001$), más frecuentemente de sexo femenino (26 vs 24%, $p < 0,001$), con diabetes (38 vs 28%, $p < 0,001$), hipertensión (72 vs 46%, $p < 0,001$), infarto previo (49 vs 8%, $p < 0,001$), arritmia previa (9 vs 4%, $p < 0,001$), insuficiencia cardíaca previa (7 vs 2%, $p < 0,001$), ictus (7 vs 5%, $p < 0,001$), vasculopatía (5 vs 4%, $p < 0,001$) o insuficiencia renal (2 vs 1%, $p < 0,001$). Eran menos fumadores (26 vs 41,8%, $p < 0,001$). El grupo B tuvo menor incidencia de arritmias ventriculares (7,8 vs 6,6%, $p = 0,011$). No hubo diferencias significativas en mortalidad hospitalaria en el análisis univariado (12,5 vs 12,1%) ni en el multivariado (OR 1,06, $p = 0,230$). Sin embargo, el uso hospitalario de betabloqueantes sí fue un potente predictor de mejor pronóstico.

Conclusiones: El uso previo de betabloqueantes (OR 0,38, $p < 0,001$) se asocia a menor incidencia de arritmias ventriculares, pero no de menor mortalidad hospitalaria.

66/72. ¿HA CAMBIADO EL NÚMERO DE CORONARIOGRAFÍAS EN BLANCO TRAS LA IMPLEMENTACIÓN DE LA TROPONINA ULTRASENSIBLE EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO?

J. Macancela Quiñonez¹, M. Gómez Matarín¹, R. Nieto Leal¹, A. Sánchez Espino¹, S. Muñoz Troyano¹, R. Ferrer López¹, N. Bolívar Herrera¹, G. Merchán Ortega¹ y R. Lázaro García²

¹Médico Residente de Cardiología. ²Facultativo Especialista de Área: Cardiología. Centro Hospitalario Torrecárdenas. Almería.

Introducción: La troponina ultrasensible (TnHs) ha sido introducida como herramienta diagnóstica en el SCA en sustitución

de la Tn convencional, lo que ha llevado a un aumento del número de pacientes evaluados para dicho diagnóstico. Nos preguntamos si en nuestro medio eso ha supuesto un incremento del número de coronariografías en blanco o con lesiones no significativas.

Material y métodos: Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo de pacientes con diagnóstico de SCA tipo IAMnoQ a los que se realizó coronariografía estableciéndose dos cohortes: A: octubre de 2010 a enero de 2011 con Tn convencional y B: octubre de 2011 a enero de 2012 con TnHs. Se compararon FRCV y se definieron sensibilidad (S), especificidad (E), VPRP; VPRN; % de falsos positivos y negativos (método χ^2 , SPSS versión 20).

Resultados: Evaluamos un total de 119 pacientes (Grupo A: 63, Grupo B: 56), con una media de 65 años en ambos. Las características basales de ambos grupos son muy similares: A/B: sexo masculino 71,4%/62,5%; DM 47,6%/44,6%; HTA 71,4%/76,8%; DLP 52,4%/50%. Las medidas estadísticas para evaluar las troponinas como prueba diagnóstica arrojó los siguientes resultados: A/B: S 72,7%/96,3%; E 76,7%/41,4%; VPP 77,4%/60,5%; VPN 92,3%/71,9%; Falsos positivos 23,3%/58,6%; Falsos negativos 27,3%; 3,7%.

Conclusiones: La implementación de TnHs ha incrementado la sensibilidad en un 23,6% en el diagnóstico de SCASEST-IAMnoQ pero con un aumento de falsos positivos, pasando de 23,3% a 58,6%. En nuestro medio la TnHs desciende drásticamente los falsos negativos a costa de un mayor número de coronariografías en blanco.

66/97. EFECTO DEL POSTCONDICIONAMIENTO ISQUÉMICO A DISTANCIA EN EL DAÑO MIOCARDICO ASOCIADO AL INTERVENCIONISMO CORONARIO ELECTIVO

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

Cardiólogo. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción: El intervencionismo coronario percutáneo (ICP) puede producir daño miocárdico (se han descrito hasta un 15% de infartos de miocardio asociados al intervencionismo), con importantes connotaciones pronósticas. Nuestro objetivo es dilucidar si el postcondicionamiento isquémico a distancia (PID: isquemia controlada en extremidades superiores tras la angioplastia coronaria), podría reducir el daño miocárdico asociado a la revascularización.

Métodos: Ensayo clínico aleatorizado unicéntrico que incluye prospectivamente los pacientes sometidos a ICP electivo por angor estable o inestable (excluidos IAM no q) entre febrero 2009 y mayo 2011, aleatorizándolos a protocolo de PID (tres ciclos de 5 minutos de isquemia en una extremidad superior) frente a placebo. Se analiza el pico de troponinas a las 24 horas. Se recogen todas las variables clínicas y angiográficas habituales.

Resultados: Se han incluido a 232 pacientes con media de edad de 64,6 años (75% HTA, 42% diabetes, 62% dislipemia). El 58% presentaron enfermedad multivaso. Fueron sometidos a ICP a un vaso (61,9%), dos vasos (25,8%), tres vasos (12,3%). La indicación fue por angina estable en el 71,5%, y angor inestable en el resto. El pico medio de liberación de troponina fue de 0,4764 ng/ml en los 118 pacientes PID versus 0,4782 ng/ml en los 114 pacientes placebo, diferencia de medias de 0,0182 ng/ml (IC al 95%; -0,27006 - 0,27369).

Conclusiones: El postcondicionamiento isquémico a distancia no previene frete al daño miocárdico asociado al intervencionismo coronario percutáneo.

66/104. RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA DEL HOLTER PARA DETECTAR ARRITMIAS PAROXÍSTICAS EN PACIENTES CON ICTUS DE PERFIL CARDIOEMBÓLICO

M. Romero Vazquínez¹, M. Cabeza Leján¹, M. Duran Guerrero², E. Arana Rueda³, M. Frutos López², D. Rangel Sousa¹, J. Martos Maine¹, A. Campos Pareja⁴, L. García Riesgo⁴ y A. Pedrote Martínez⁴

¹Médico Residente de Cardiología. ²Fellow de Cardiología. Unidad de Arritmias ³Facultativo Especialista de Área: Cardiología. Unidad de Arritmias. ⁴Facultativo Especialista de Área: Cardiología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: La monitorización electrocardiográfica mediante Holter se emplea en el estudio de pacientes con ictus para la detección de arritmias paroxísticas. Su utilidad es controvertida por su baja rentabilidad, no estando indicado su uso indiscriminado.

Objetivos: Analizar la rentabilidad del Holter en pacientes con ictus de perfil cardioembólico en el diagnóstico de arritmias paroxísticas. Identificar variables de selección para aumentar su rentabilidad diagnóstica.

Métodos: Estudio retrospectivo, monocéntrico, de pacientes con ictus de perfil cardioembólico, sin arritmias conocidas y ecocardiografía sin datos de cardiopatía embolígena, a los que se realizó Holter ambulatorio entre 01/2010 y 01/2011.

Resultados: Se recogieron 100 pacientes, 40% mujeres, con edad media (años) de $63,3 \pm 13,7$. El 67% hipertensos, el 28% diabéticos, el 49% con cardiopatía previa (46% cardiopatía hipertensiva) y 14% con aurícula izquierda (AI) dilatada. El 82% presentaron un ictus establecido y el 18% un AIT. El 55% en el territorio de la arteria cerebral media. En el Holter se objetivó arritmia embolígena en 4 pacientes (100% fibrilación auricular (FA)). El estudio fue determinante de un cambio terapéutico en el 4% de los pacientes. La edad media de los paciente con FA fue de $73,5 \pm 5,8$ respecto al $62,5 \pm 13$ de los paciente sin FA ($p = 0,03$). El 100% de los pacientes con FA presentaban cardiopatía previa y dilatación de AI.

Conclusiones: La rentabilidad del Holter-ECG para diagnosticar arritmias embolígenas en nuestra cohorte es del 4%. Como criterios de selección clínica, la existencia de edad avanzada, cardiopatía previa y la dilatación de AI podrían ser predictores de mayor rentabilidad.

66/114. TRATAMIENTO INTERVENCIONISTA DE LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN LA EDAD AVANZADA

M. Gómez Matarín, R. Nieto Leal, N. Bolívar Herrera, J. Macancela Quiñones, A. Sánchez Espino, S. Muñoz Troyano, R. Ferrer López, G. Merchán Ortega, R. Lázaro García y M. Gómez Recio

Cardiólogo. Centro Hospitalario Torrecárdenas. Almería.

Introducción: En los ensayos de revascularización coronaria los pacientes de alto riesgo, incluidos los pacientes ancianos, obtienen un beneficio muy superior de la revascularización que aquellos de bajo riesgo. En la práctica clínica actual, al menos el 25% de todo el ICP realizado se lleva a cabo en pacientes mayores de 75 años. Nuestro objetivo es conocer el intervencionismo coronario realizado en personas de edad avanzada en nuestro entorno.

Material y métodos: Realizamos un estudio transversal retrospectivo en el que incluimos a todos los pacientes mayores de 75 años sometidos a cateterismo cardíaco, independientemente de su indicación, durante los años 2010 y 2011.

Resultados: Un total de 3210 cateterismos fueron realizados en este periodo, de los cuales 787 (25%) se realizaron a mayores de

75 años. 509 (65%) fueron realizados a varones y 278 (35%) a mujeres. Con indicación de cardiopatía isquémica se realizaron 682 casos (87%), entre los cuales a 363 (53%) se realizó ACTP. Los motivos de no realización de ACTP en el 47% restante fueron coronariografía sin lesiones significativas, enfermedad difusa no revascularizable, lesión de vaso secundario e indicación de cirugía de revascularización. ACTP a un vaso fue realizada a 268 (74%), a dos vasos a 77 (21%) y a tres vasos a 418 (5%). Se realizó segunda ACTP por reestenosis de stent a 32 (8%). Se realizó ACTP urgente a un 2%. La muerte hospitalaria post-ACTP fue del 2%.

Conclusiones: La edad no es un factor limitante para el tratamiento intervencionista de la cardiopatía isquémica en nuestro medio.

66/138. SÍNDROME X CARDÍACO. PERFIL CLÍNICO Y MANEJO: ¿SEGÚN GUÍAS?

A. Arrebola Moreno, A. Carro Hevia, P. Ong y J. Kaski

Cardiólogo. St George's University of London. Reino Unido.

Introducción: El síndrome X cardíaco (SXC) se define clásicamente por la presencia de dolor torácico de esfuerzo y pruebas funcionales sugestivas de isquemia, en ausencia de lesiones obstructivas en la angiografía coronaria. Nuestro objetivo fue valorar el perfil clínico, manejo terapéutico y adecuación a las guías en este complejo grupo de pacientes (pts).

Material y métodos: Se estudiaron consecutivamente pts ambulatorios procedentes de una consulta especializada en SXC. Se analizaron características basales, perfil del dolor (frecuencia, intensidad, duración, relación con esfuerzo, patrón de presentación circadiana), tratamiento médico y marcadores de inflamación (PCR).

Resultados: N = 44 pts (edad media: $64 \pm 8,43$; 16% varones); HTA (60,5%); DL (83,7%); diabetes mellitus (25,6%), antecedentes familiares de cardiopatía isquémica (51,2%), tabaquismo (9,3%). Predominó la presentación de angina de esfuerzo (AE; 56%), frente a reposo (AR; 37,2%); la clase funcional más frecuente en AE fue II (42%). El grupo AR presentó angina preferentemente nocturna (68%). Tratamientos utilizados: betabloqueantes, 13 pts (30,2%); calcioantagonistas, 26 pts (60,5%); nitratos, 14 pts (32%); aspirina 26 pts (60,5%); estatinas 31 pts (72%); IECAs/ARAII 17 pts (39,5). Entre los pts hipertensos, 53,8% recibía tratamiento con IECAs/ARAII; de los dislipémicos, 77,8% recibía estatinas. 15 pts presentaron valores de PCR > 2 mg/dl, de los cuales 12 (80%) estaban a tratamiento con estatinas.

Conclusiones: El patrón de presentación predominante del SXC es la AE, aunque una proporción importante puede presentar dolor torácico en reposo, de predominio nocturno. Las características basales reflejan un perfil de riesgo cardiovascular significativo. Aunque la adherencia a las guías es aceptable para estatinas, se observa una infrautilización de IECAs/ARAII.

66/140. LA INFLAMACIÓN COMO MEDIADOR EN EL PEOR PRONÓSTICO CARDIOVASCULAR EN LOS PACIENTES CON PERSONALIDAD TIPO "D" QUE SUFREN UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO

A. Arrebola Moreno¹, R. Marfil Álvarez², V. Alcalde Martínez³, R. García Retamero⁴, P. Jiménez Gámiz⁵, A. Catena⁴, R. Melgares Moreno¹ y J. Ramírez Hernández¹

¹Cardiólogo. ²Médico Residente de Cardiología. ³Análisis Clínicos. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada; ⁴Odontólogo. ⁵Psicólogo. Universidad de Granada.

Introducción: La personalidad tipo D se ha relacionado con un peor pronóstico cardiovascular. Dicha personalidad se ha aso-

ciado con una afectación de la función del eje hipotálamo-pituitario-adrenocortical en pacientes que han sufrido un síndrome coronario agudo (SCA), lo cual, pudiera contribuir a aumentar la respuesta inflamatoria influyendo de esta forma en el pronóstico cardiovascular futuro. Nuestro objetivo fue determinar si en pacientes que han sufrido un SCA, el hecho de contar con una personalidad tipo D se correlacionaba con un mayor estado inflamatorio en el periodo inmediato post infarto.

Material y métodos: Se reclutaron 130 pacientes (Edad $61,3 \pm 10$ años, 20% mujeres) ingresados por SCA (86 SCACEST y 44 SCASEST). Durante la primera semana después del evento coronario a todos los pacientes se les pasó un cuestionario con el test de "Denollet" para determinar la presencia de personalidad tipo "D". Asimismo, entre los días 3 y 5 después del infarto a todos los pacientes se les realizó una determinación sanguínea en ayunas de proteína C reactiva (PCR) para determinar el estado inflamatorio del paciente.

Resultados: Se obtuvo una correlación estadísticamente significativa entre los niveles de PCR en sangre y la presencia de personalidad tipo D medidos por el test de "Denollet" ($r = 0,21$, $p = 0,05$).

Conclusiones: Los pacientes con personalidad tipo "D" cuentan con un mayor estado inflamatorio después de sufrir un evento coronario agudo. Dicho estado inflamatorio, a través de factores como inestabilización de placa aterosclerótica o remodelado cardíaco, pudiera ser la explicación del peor pronóstico cardiovascular de estos pacientes.

66/150. PARÁMETROS DE FUNCIÓN ENDOTELIAL EN PACIENTES TRAS SÍNDROME CORONARIO AGUDO (SCA) MEDIANTE FLUJIMETRÍA DIGITAL DOPPLER LÁSER

C. Navarro Valverde¹, M. González Correa², I. Estrada Parra¹, R. Picón Heras¹, J. Masero Carretero¹, I. Lara de la Fuente¹, R. Guerola Segura¹, M. Mera Romero¹, A. Grilo Reina³ y L. Pastor Torres⁴

¹Médico Residente de Cardiología. ²Facultativo Especialista de Área: Cardiología. ³Facultativo Especialista de Área. Medicina Interna. ⁴Jefe del Servicio de Cardiología Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla.

Introducción: La disfunción endotelial (DE) es un predictor independiente de riesgo cardiovascular (RCV), formación, progresión y complicaciones de la placa aterosclerótica. La hiperemia reactiva postoclusiva (PORH) mediante flujimetría doppler-digital láser (FDDL) aparece como una probable novedad en la medida del riesgo cardiovascular no invasiva con parámetros de referencia aún por definir en diferentes grupos de riesgo. El objetivo de este estudio es exponer los parámetros de PORH de una población con enfermedad coronaria severa.

Material y métodos: Se han estudiado 59 p. con enfermedad coronaria severa por coronariografía tras SCA. Se analizaron los principales parámetros de DE mediante FDDL mediante técnica PORH.

Resultados: Con un 87% de hombres, 50,8% HTA, 32,2% DM, 45,8% DLP, 42,4% fumadores y 8,5% con IAM previo. Los parámetros función endotelial más utilizados, medidos en unidades de perfusión (M;P25-P75) mediante FDDL y técnica PORH fueron el flujo basal (7,34; 8-9,8), flujo pico (FP) (48,9; 36,7-78,06), área de hiperemia (AH) (981,89; 492,62-1951,3), área oclusión (AO) (1.123,59; 851,54-1.846,35), AH/AO (0,98; 0,55-1,14) y tiempo al 50% de curva de hiperemia tras FP (18,69 seg; 14,5-25,02).

Conclusiones: En pacientes con enfermedad coronaria severa tras SCA hemos registrado valores de DE mediante PORH superponibles parcialmente a otras series publicadas con pacientes Diabéticos o enfermedad vascular periférica. Son necesarios es-

tudios con un mayor número de pacientes para establecer los valores de referencia de esta técnica no invasiva con una utilidad creciente en la valoración del RCV.

66/175. PESO, PERFIL LIPÍDICO Y ACTIVIDAD INFLAMATORIA EN CARDIOPATÍA ISQUÉMICA: ¿QUÉ APORTA LA REHABILITACIÓN CARDÍACA?

I. Estrada Parra¹, M. González Correa², C. Navarro Valverde¹, I. Lara de la Fuente¹, R. Picón Heras¹, J. Masero Carretero¹, M. Romero Reyes¹, C. Arias Miranda¹, J. Mora Pardo³ y L. Pastor Torres⁴

¹Residente de Cardiología. ²Facultativo Especialista de Área: Cardiología. Sevilla; ³Enfermero. Cardiología. ⁴Jefe del Servicio de Cardiología. Hospital Virgen de Valme. Sevilla.

Introducción: La pérdida de peso y el ejercicio físico son reductores del riesgo cardiovascular (RCV), entre otros motivos por la mejora del perfil lipídico y la modulación del proceso inflamatorio del fenómeno de aterotrombosis, medido éste mediante la PCR de alta sensibilidad (PCR-hs), biomarcador de creciente valor en la estratificación del RCV. Cada vez se le está dando más valor a los niveles de c-HDL en relación a eventos cardiovasculares y supervivencia. Nuestro objetivo fue evaluar la influencia del Programa de Rehabilitación Cardíaca (PRC) en la pérdida de peso, el perfil lipídico (c-HDL) y la PCR-hs.

Material y métodos: Se incluyeron 56 p. consecutivos incluidos en el PRC tras SCA con enfermedad coronaria angiográficamente significativa. Se realizaron mediciones de peso, talla, perímetro abdominal (PAB), HDL y PCR-hs antes y después de la intervención.

Resultados: De una población con un 51,8% de DLP y un 39,3% de pacientes con IMC > 30, no se observaron diferencias significativas en el peso, IMC ni en los valores de HDL tras el PRC. Sí hubo diferencias en el perímetro abdominal con medianas (P25;P75) de 104 cm (96;109) vs 101 cm (95,2;106) ($p = 0,01$). También encontramos reducción significativa en los niveles de PCR-hs con medianas (P25;P75) de 2,6 mg/L (1;6) vs 1,5 mg/L (0,9;5,3) ($p = 0,04$).

Conclusiones: El PRC en nuestros pacientes produjo una reducción significativa de la PCR-hs y del PAB, parámetro que se relacionan con el RCV igual o mejor que el IMC. Los PRC ayudan a la modulación del proceso inflamatorio crónico de la aterotrombosis.