



Cardiocre

www.elsevier.es/cardiocre



SAC 2012 – XLVII Congreso Andaluz de Cardiología

Roquetas de Mar —Aguadulce— Almería, 10-12 de mayo de 2012

COMUNICACIONES PÓSTER

66/2. COMORBILIDAD CARDIOVASCULAR Y CONTROL DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON EPOC

P. Santiago Díaz¹, B. Alcázar Navarrete², A. Ruiz Sancho y O. Ruiz Rodríguez⁴

¹Cardiólogo. ²Neumólogo. ³Medicina Interna. ⁴Enfermero. Hospital Alta Resolución de Loja. Granada.

Introducción: La comorbilidad cardiovascular en la EPOC es un tema de interés creciente.

Objetivos: Analizar comorbilidades y factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en pacientes con EPOC atendidos en una consulta de neumología, analizando el cumplimiento de las recomendaciones de las guías de práctica clínica.

Material y métodos: Estudiamos en 64 pacientes con EPOC ambulatorios, la presencia de enfermedad cardiovascular (cardiopatía isquémica, arteriopatía periférica, enfermedad cerebrovascular (ECV)) y de FRCV (HTA, DM tipo 2, dislipemia, tabaquismo) relacionándolos con las variables de función pulmonar y número de exacerbaciones.

Resultados: La edad media fue $70,7 \pm 11,4$ años, con FEV1post $1,44 \pm 0,62$ L, FEV1post% $57,8 \pm 19,3\%$. La presencia de cardiopatía isquémica fue 17,2%, arteriopatía periférica 14,1% y ECV 6,3%. En cuanto a los FRCV: fumadores el 31,3%, HTA 48,4%, DM tipo 2 21,9% y dislipemia 20,3%. La proporción de estas comorbilidades no variaba significativamente entre los distintos grados de gravedad GOLD, salvo para la DM ($p = 0,044$) y una tendencia para la arteriopatía periférica ($p = 0,157$). Un 37,5% no presentaba colesterol total < 200 mg/dL, un 39,1% no presentaba TA $< 140/90$ mmHg, un 21,5% de los pacientes con DM no tenía una determinación anual de la HbA1c y el 35,7% de los que se les midió no presentaba HbA1c $< 7\%$. Sólo un 17,2% cumplía todos los objetivos de control de los FRCV, sin modificación según la gravedad de la EPOC.

Conclusiones: La comorbilidad cardiovascular en pacientes con EPOC es muy frecuente, relacionándose la DM tipo 2 con la gravedad de la misma. Un porcentaje significativo de los pacientes con EPOC no cumple los objetivos recomendados por las guías. Es necesario un mejor control de los FRCV, para lo que la colabo-

ración entre las distintas especialidades que participan en el manejo de estos pacientes es de gran importancia.

66/3. ANÁLISIS DE LOS PACIENTES DERIVADOS POR DOLOR TORÁCICO, SIN ANTECEDENTES DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA, A UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN DE CARDIOLOGÍA

P. Santiago Díaz¹, A. Ruiz Sancho², B. Alcázar Navarrete³ y O. Ruiz Rodríguez⁴

¹Cardiólogo. ²Médico de Medicina Interna. ³Neumólogo. ⁴Enfermero. Hospital Alta Resolución de Loja. Granada.

Introducción: El dolor torácico es motivo frecuente de derivación a una consulta de Cardiología.

Objetivos: Analizar el perfil clínico, tratamiento farmacológico, grado de control de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y necesidad de pruebas complementarias.

Material y métodos: Entre abril y agosto de 2011 se atendieron a 103 pacientes sin antecedentes de cardiopatía isquémica por dolor torácico, analizamos datos epidemiológicos, FRCV, tratamiento farmacológico y necesidad de pruebas complementarias.

Resultados: El dolor torácico fue el segundo motivo de consulta (18,3%) tras la disnea. La edad media fue $62 \pm 14,7$, el 53,4% fueron hombres. Presentaban HTA el 65,7%, dislipemia 43%; DM 26%, fumadores activos el 14% y tenían antecedentes familiares de cardiopatía isquémica el 28%. El 60% tomaban antiagregantes, 38% betabloqueantes, 53% IECAs/ARAI, 50% estatinas, 12% nitratos y otros antianginosos un 4%. De los pacientes a los que se realizó ECG, el 95% estaban en ritmo sinusal y el 25% presentaban alteraciones sugerentes de isquemia miocárdica. Un 29,6% presentaban en la consulta una tensión arterial $> 140/90$. De los pacientes a los que se les determinó HbA1c el 50% tenían un valor superior al 7% y el valor del LDL fue de 114 ± 35 mg/dl. En un 56,7% de los casos el dolor se consideró como de origen no coronario, en un 13,6% se determinó como claramente isquémico mientras que en el 20,4% se consideró necesario solicitar más pruebas.

Conclusiones: El dolor torácico es un motivo muy frecuente de derivación a una consulta de cardiología; en un 70% se puede establecer el diagnóstico en una primera visita, considerándose como no coronario hasta en el 56% de los casos. Destaca la alta prevalencia de FRCV junto al mal control de los mismos en el momento de la derivación.

66/7. SEGURIDAD DEL PROPOFOL COMO SEDANTE EN LA CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA

R. Picón Heras¹, R. Pavón Jiménez¹, D. García Medina¹, J. Leal del Ojo González¹, M. González Correa¹, R. Guerola Segura¹, M. Mera Romero¹, C. Arias¹, M. Romero Reyes¹ y L. Pastor Torres²

¹Cardiólogo. ²Cardiólogo. Jefe de Servicio. Hospital Virgen de Valme. Sevilla.

Introducción: La cardioversión eléctrica (CVE) es una técnica frecuente para recuperar ritmo sinusal en arritmias sostenidas supraventriculares como fibrilación auricular (FA) y flutter que provoca estrés, dolor y disconfort; por ello, utilizamos anestesia general durante el breve periodo que dura el procedimiento.

Objetivos: Valorar los efectos del propofol administrado durante la CVE en bolo lento con la mínima dosis eficaz, pretendiendo evitar depresión respiratoria o compromiso hemodinámico.

Material y métodos: Análisis de las complicaciones derivadas de la CVE sincronizada de junio de 2010 a junio de 2011 usando como anestésico previo propofol iv (0,5-1 mg/kg).

Resultados: 47 pacientes, edad 55,79 ± 14 años, varones el 83%, peso 84,53 ± 11,7 Kg. Dosis media de propofol utilizada 52,34 ± 10,6 mg. El número de choques bifásicos medio fue de 1,5 ± 0,7, máximo de 4 en 2 ocasiones. La FA era la arritmia más frecuente, presentando el 40,4% del total. Presentaron movimiento tras el choque, olor a la inyección y náuseas/vómitos 6 pacientes (12,8%). Todos fueron dados de alta el mismo día. 3 pacientes (10,4%) presentaron apnea superior a 10 segundos requiriendo uso de ambú para evitar desaturación relacionado con la dosis de propofol utilizada. En ningún caso aparecieron signos de inestabilidad hemodinámica que requirieran ingreso hospitalario.

Conclusiones: Las dosis bajas de propofol como pauta de sedación, son seguras desde el punto de vista hemodinámico, garantiza amnesia del procedimiento y permite la cardioversión sin ingreso, pero no está libre de posibles complicaciones respiratorias, especialmente apnea.

66/11. PSEUDOANEURISMAS DE LA UNIÓN MITROAÓRTICA Y LA VALVA ANTERIOR MITRAL: ANÁLISIS CLÍNICO Y ECOCARDIOGRÁFICO

J. Rodríguez Capitán¹, I. Rodríguez-Bailón¹, E. Morillo-Velarde¹, J. Ruiz Morales², R. Ivanova², C. Porrás Martín³, M. Such Martínez³ y E. de Teresa Galván¹

¹Cardiólogo. ²Médico. ³Cirujano Cardíaco. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción: El pseudoaneurisma de la unión mitroaórtica y/o valva anterior mitral es una complicación grave de la endocarditis. Nuestro objetivo fue analizar su incidencia, sus características clínicas, ecocardiográficas y microbiológicas, y su evolución.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de los casos detectados mediante ecocardiografía y confirmados tras cirugía en nuestro centro entre octubre de 1997 y febrero de 2011.

Resultados: Sospechamos por ecocardiografía nueve casos, confirmándose tras cirugía ocho (4,34% de las endocarditis izquierdas en el periodo de estudio). La edad media fue 59,1 ± 13,1 años. Las manifestaciones clínicas fueron fiebre, insuficiencia cardíaca, y las secundarias a embolias. Se realizó ecocardiograma transtorácico (ETT) a todos los pacientes, y transesofágico (ETE) a 6. Todos presentaron endocarditis infecciosa sobre válvula aórtica nativa o protésica con regurgitación al menos moderada. El hallazgo diagnóstico, imagen sacular con expansión sistólica en la unión mitroaórtica y/o valva anterior mitral, fue detectado por ETE en los 6 casos, y por ETT en 5, obteniéndose en

2 de los 3 restantes imágenes sugestivas no diagnósticas. El 50% de los pseudoaneurismas se perforó, condicionando insuficiencia mitral severa. Los gérmenes responsables fueron *Staphylococcus*, *Streptococcus* y *Enterococcus*. La intervención realizada (mortalidad perioperatoria cero) fue el cierre con parche de Dacron o pericardio, la reparación mitral con puntos, o la extirpación e implante de prótesis mitral. La mortalidad fue del 25% (mediana de seguimiento: 26,5 meses).

Conclusiones: El pseudoaneurisma tiene características fácilmente identificables mediante ETE. Frecuentemente se perfora condicionando regurgitación mitral severa. La cirugía proporciona buenos resultados a medio plazo.

66/12. PERMEABILIDAD A MEDIO-LARGO PLAZO DE LOS INJERTOS ARTERIALES COMPUESTOS EN CIRUGÍA CARDÍACA DE REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA

P. Losada Mora¹, A. Ruiz Salas¹, M. Molina Mora¹, G. Sánchez Espín², M. Mataró López², M. Jiménez Navarro¹, E. de Teresa Galván¹ y E. Olalla Mercadé²

¹Cardiólogo. ²Cirujano Cardiovascular. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción y objetivos: Evaluamos la permeabilidad a medio-largo plazo de injertos compuestos de arteria mamaria derecha (AMD) y/o arteria radial (AR) dependientes de arteria mamaria interna (AMI) y factores relacionados con la misma.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, incluyendo a pacientes sometidos a CRC, utilizando para ello dos o más anastomosis arteriales, en las que se incluyen AMD o AR. Mediante angiografía cuantitativa se estudió número y arterias coronarias nativas afectadas, así como porcentaje de lesión y diámetro del vaso distal al injerto. La permeabilidad del injerto se valoró por angio-TAC coronario.

Resultados: Muestra joven con alta comorbilidad. La indicación más frecuente de CRC fue la angina inestable 34,7% (n 17). La media de lesión en tronco coronario izquierdo fue de 60,1%. El resto de lesiones coronarias en otros territorios superaban el 70%. El diámetro del vaso distal al injerto superaba los 1,5 mm. No se encontraron diferencias significativas entre el uso de AR y AMD con la permeabilidad de los injertos. La permeabilidad de la safena era menor a la de los puentes arteriales (p = 0,045). De los 28 pacientes donde se utilizó la vena safena, los pacientes con dislipemia (n 20) tenían un porcentaje de permeabilidad menor que aquellos que no lo eran (p = 0,007).

Conclusiones: Existe una alta permeabilidad a medio-largo plazo de injertos arteriales compuestos. La permeabilidad de los injertos venosos es menor que la de los arteriales, relacionándose ésta con la dislipemia. No se encontraron diferencias entre la utilización de AMD o AR y la mayor permeabilidad a medio-largo plazo.

66/15. RETRASO PREHOSPITALARIO EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO. UN FACTOR IMPORTANTE EN LA ORGANIZACIÓN DE LA RED ASISTENCIAL

J. Caballero Güeto¹, F. Caballero Güeto² y M. Ulecia Martínez³

¹Cardiólogo. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba; ²Médico. Medicina Intensiva. Hospital de Montilla. Córdoba; ³Cardiólogo. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Objetivos: La fase prehospitalaria es la más crítica del tratamiento de los pacientes con Síndrome Coronario Agudo (SCA), principalmente el caso del infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMCEST) debido a que el tiempo transcurrido

hasta aplicar el tratamiento es inversamente proporcional a la cantidad de miocardio/vidas salvados. El retraso prehospitalario (RPH), determina en gran medida del tiempo total de isquemia. Pretendemos describir el RPH en nuestro medio.

Métodos: 223 pacientes consecutivos incluidos en el Euro Heart Survey ACS II en un hospital de especialidades sin disponibilidad de ACTPp. Determinamos perfil basal de los pacientes y el RPH en los distintos tipos de SCA.

Resultados: Se muestran en la tabla.

Conclusiones: En nuestro medio, con un importante porcentaje

Tabla 66/15

	Total SCA (H/M)	IAMEST H + M
< 60 minutos	12,6 (14,5/9,3)	13
< 120 minutos	40,4 (44/31,3)	36,4
< 180 minutos	57,8 (63,5/43,8)	49,4
< 360 minutos	83,9 (84,3/82,8)	77,9
> 720 minutos	9,4 (8,8/10,9)	13
Subgrupo pacientes con IAMEST y demora < 180 minutos: 11% M vs 35% H (p < 0,05).		

de pacientes procedentes de fuera de la ciudad, 36-49% acuden al hospital con poco retraso y susceptibles de reperfusión precoz con ambas modalidades. El 78% de los pacientes acuden en las primeras 6 horas. Menos mujeres con IAMEST acuden precozmente al hospital. El conocimiento de estos datos así como el retraso atribuible: al traslado a centro con disponibilidad de ACTPp/ al procedimiento/tiempo total de isquemia permitiría optimizar la organización de la red asistencial y poder seleccionar la mejor modalidad de reperfusión para cada paciente.

66/16. ¿EXISTEN DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LOS FACTORES DE RIESGO, PRESENTACIÓN Y MANEJO DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN NUESTRO MEDIO?

J. Caballero Güeto¹, F. Caballero Güeto² y M. Ulecia Martínez³

¹Cardiólogo. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba; ²Medicina Intensiva. Hospital de Montilla. Córdoba; ³Cardiólogo. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Objetivos: Las diferencias de sexo en el perfil, presentación, manejo y pronóstico de los pacientes con síndrome coronario agudo

(SCA) no son bien conocidas en nuestro medio. Pretendemos documentar si estas diferencias existen para establecer si proceden medidas correctoras.

Métodos: 223 pacientes del registro europeo Euro Heart Survey ACS II en un hospital de especialidades que no dispone de sistema de angioplastia primaria (ACTPp). Se determina el perfil basal de los pacientes, presentación clínica y manejo y mortalidad en ambos sexos.

Resultados: Se muestran en la tabla a pie de página.

Conclusiones: La edad fue significativamente mayor en la mujer y el tabaquismo fue mayor en el hombre. La comorbilidad, procedencia, tipo de SCA fue similar en ambos sexos. La demora global fue similar, aunque la mayoría de los pacientes con presentación precoz (< 180 min) en el IAMEST, fueron hombres, con mayor reperfusión mediante TIV. La PCI se realizó más en el hombre. La mortalidad fue baja, sin diferencias significativas entre ambos sexos ni tipo de SCA. Se precisan mejoras en la concienciación en la mujer para conseguir una menor demora y mayor reperfusión precoz.

66/18. INCREMENTO DE LA ACTIVIDAD REGENERATIVA PERIFÉRICA AUTÓLOGA EN PACIENTES CON MIOCARDITIS AGUDA

G. Isasti Aizpurua¹, J. García Pinilla¹, M. Ortega Jiménez², N. Rodríguez Losada², M. Jiménez Navarro¹ y E. de Teresa Galván¹

¹Cardiólogo. ²Departamento de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción: La pérdida miocítica asociada a la miocarditis aguda podría estimular la movilización periférica de células con capacidad regenerativa. El objetivo de nuestro estudio fue comparar la concentración en sangre periférica de células progenitoras endoteliales (CPE) y de citocinas inflamatorias entre pacientes ingresados por miocarditis aguda y controles sanos.

Material y métodos: Se incluyeron 13 pacientes y 11 controles. Se obtuvo una muestra de sangre periférica en las primeras 48 horas del ingreso. Se determinó la concentración de CPE mediante citometría de flujo en las primeras 24 horas tras la extracción. Se definieron 2 poblaciones celulares: CPE (CD34+CD133+KDR+) y células progenitoras con alta capacidad de anidamiento (CD34+CXCR4+). Se determinó la concentración de factor de crecimiento derivado del endotelio (VEGF) y factor derivado del estroma-1 (SDF-1) mediante ELISA.

Tabla 66/16

	H (71,3%) 66,6 años	M (28,7%) 71,7 años
Tabaco	62, 73,4	
Colesterol	51,6	53,1
Diabetes	32,7	40,6
Card. isquem. previa revascularizada	16,4	14,1
Card. isquem. previa no revascularizada	20,1	25
Comorbilidad	28,3	32,8
Vive ciudad/rural	40,3/59,7	32,8/67,2
Angina Inestable	34,6	35,9
IAMSEST	27,7	37,5
IAMEST	37,7	26,6
Trombolisis	24,5	14,1
ACTP	59,7*	45,3*
Disfunción VI actual	28,3	23,4
Exitus	3,8	3,1
Demora (atención hospitalaria)	305,5 min	351,8 min

Resultados: No se observaron diferencias en la distribución de las principales variables epidemiológicas entre los dos grupos. En el grupo de casos se objetivó una concentración mayor de SDF-1 (mediana 2.042 pg/mL frente a 1.120 pg/mL, $p = 0,001$) así como un mayor número de CPE (mediana 0,010 frente a 0,000, $p < 0,001$) y de células CD34+CXCR4+ (mediana 0,15 frente a 0,01, $p = 0,003$). No se encontraron diferencias en la concentración de VEGF entre los dos grupos (mediana 7 pg/mL en casos y controles, $p = NS$).

Conclusiones: En pacientes con miocarditis aguda parece existir una respuesta autorregenerativa evidente en sangre periférica, con incremento de actividad quimioatrayente y una elevación de células relacionadas con la regeneración vascular (CPE) y con la capacidad de anidamiento miocárdico (CD34+CXCR4+).

66/20. SÍNDROME DE DISQUINESIA APICAL TRANSITORIA: SERIE MONOCÉNTRICA

N. González Cruces, G. Isasti Aizpurua, A. Hernández Caballero, R. de Lemos Albaladejo, F. Cabrera Bueno, J. Gómez Doblas y E. de Teresa Galván

Cardiólogo. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción: El síndrome de disquinesia apical transitoria (DAT) es un diagnóstico infrecuente pero creciente en los últimos años, con ciertos aspectos aún en discusión. Nuestro objetivo fue evaluar la presentación y evolución clínica de la DAT en nuestro centro.

Material y métodos: Se realizó una búsqueda en la base de datos del servicio de pacientes con diagnóstico de DAT desde 2005 hasta 2012 analizando antecedentes, presentación y evolución de cada paciente.

Resultados: Se incluyeron 16 pacientes, mayoritariamente mujeres (87,5%) con una mediana de edad de 60,5 años sin antecedentes de cardiopatía. Un 18,8% tenía diagnóstico de depresión. Todos presentaron dolor de perfil isquémico típico, tras un desencadenante emocional (37,5%). La mediana de TnI pico fue 1,12 ng/mL con cambios en el segmento ST en el 62,6%, principalmente de localización anterior. La mediana de fracción de eyección (FE) aguda fue del 50%. Sólo dos pacientes presentaron arritmias en fase aguda, sin exitus con una mediana de seguimiento de 38 meses. Se completó seguimiento en 13 pacientes, todos mejoraron la FE en una mediana de tiempo de 24 semanas confirmado por ecocardiografía (68,5%) y resonancia magnética (31,5%), sin realce tardío en el 100%.

Conclusiones: En nuestra serie, se observa que la prevalencia de DAT es baja con una presentación similar al síndrome coronario agudo aunque con elevación enzimática escasa, de aparición en mujeres de mediana edad asociado a un desencadenante emocional. El pronóstico es bueno tanto en fase aguda como en seguimiento. Todos los pacientes recuperan la función ventricular a medio plazo.

66/21. INFLUENCIA DE LA SEVERIDAD ANGIOGRÁFICA DE LA ESTENOSIS CORONARIA EN LA PERMEABILIDAD DE LOS INJERTOS A MEDIO-LARGO PLAZO

P. Losada Mora¹, M. Molina Mora¹, A. Ruiz Salas¹, G. Sánchez Espín², M. Jiménez Navarro¹, E. de Teresa Galván¹, E. Olalla² y M. Mataró López²

¹Cardióloga. ²Cirujano Cardiovascular. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción: La existencia de flujo competitivo entre el vaso nativo y el injerto es una causa clásica conocida de fallo del

mismo, aunque la predicción de éste hecho en base a características angiográficas no ha sido aclarada por completo. El objetivo es evaluar la potencial relación existente entre la estenosis del vaso nativo y la permeabilidad a medio-largo plazo del injerto.

Material y métodos: Se incluyeron 48p sometidos a cirugía de revascularización coronaria empleando dos o más injertos arteriales, analizando sus características clínicas y angiográficas basales y realizando un seguimiento por angio-TAC coronario para evaluar la permeabilidad del injerto. Se cuantificó el porcentaje de estenosis, diámetro luminal mínimo y diámetro de referencia de cada uno de los vasos tratados. Se consideró lesión severa de TCI a las lesiones > 50% y en los restantes vasos, estenosis > 70%.

Resultados: El 54,2% presentaba enfermedad severa de tres vasos. La presentación clínica más frecuente fue angina inestable (39,6%). Tras seguimiento de 20 meses, el 91,66% se encontraba libre de angina. El 64,4% presentaba la totalidad de sus injertos permeables, sin encontrar correlación con la sintomatología ($p = 0,084$). Los pacientes con injerto de AMD permeable tuvieron una edad media mayor (59,95 + 6,57 vs 47,5-13,98 $p = 0,004$). Los injertos de safena a DP tenían menor permeabilidad en displépicos (52,9% pacientes con injerto permeable vs 100% injerto no permeable $p = 0,007$). Ninguna de las características angiográficas basales se correlacionó con la permeabilidad en el seguimiento.

Conclusiones: No se hallaron en nuestra serie características angiográficas predictoras de permeabilidad del injerto.

66/22. ESTUDIO GENÉTICO EN S. QTL: HERRAMIENTA FUNDAMENTAL PARA ESTRATIFICAR EL RIESGO

R. Picón Heras¹, I. Estrada Parra¹, D. García Medina¹, R. Pavón Jiménez¹, J. Leal del Ojo González¹, M. González Correa¹, C. Navarro Valverde¹, R. Guerola¹, M. Mera¹ y L. Pastor Torres²

¹Servicio de Cardiología. ²Jefe de Servicio. Servicio de Cardiología. Hospital Virgen de Valme. Sevilla.

Introducción: Una de las principales causas de muerte súbita son las canalopatías. Entre ellas, el síndrome de QT largo (SQTL) congénito se debe principalmente a mutaciones de los genes KCNQ1, KCNH2 y SCN5A determinando alteraciones en los canales de NA y K.

Objetivos: Conocer el gen responsable de dicha afectación debe formar parte de las pruebas complementarias necesarias realizar con el fin de estratificar el riesgo clínico.

Material y métodos: De los pacientes revisados con diagnóstico de SQL, en 4 se realizó estudio genético entre sus PPCC así como 10 familiares de primer grado de los mismos. Extrajimos 10 ml de sangre periférica. Se realizaba técnica de reacción en cadena de la polimerasa para secuenciar los genes relacionados definiendo patológico cuando era detectada una mutación missense.

Resultados: 28,5% varones, edad media 32,53 años, síntoma más frecuente del paciente índice: taquicardias. El 57,14% presentaba antecedentes familiares de muerte súbita. Los 14 pacientes presentaban mutaciones en los genes relacionados. 1 paciente (7,14%) localizaba la mutación en KCNH2 (variante G262fs/g19737delG), 12 pacientes (85,7%) en KCNQ1 (9 casos variante G325R/g138496G > A, 1 paciente G179S/g125695G > A y 2 pacientes G179S/g125695G > A/ R632fs/g402876insC). Sólo 1 caso no presentó ninguna mutación. Ninguno presentó alteraciones en SCN5A. En ambos genes las mutaciones eran missense en heterocigosis definidas como variantes genéticas asociadas con la enfermedad.

Conclusiones: En este grupo de pacientes la mutación más frecuente está localizada en el gen KCNQ1, presentando todos variantes relacionadas con el S. QTL. El estudio genético en estos pacientes es fundamental para estratificar el riesgo y mejorar el manejo terapéutico.

66/24. ANÁLISIS DE LA TASA DE PRESCRIPCIÓN DE LOS FÁRMACOS INHIBIDORES DE LA ALDOSTERONA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA COMO CONTROL DE CALIDAD ASISTENCIAL

I. Fernández Pérez¹, A. Ruíz Salas¹, P. Losada Mora¹, E. Rueda Calle², J. Gómez Doblas², F. Cabrera Bueno², L. Morcillo Hidalgo², J. García Pinilla², J. Robledo Carmona² y A. Montiel Trujillo²

¹Médico Residente de Cardiología. ²Cardiólogo Adjunto. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción: La inhibición de la aldosterona (IA) es tratamiento estandarizado de insuficiencia cardíaca (IC), según ensayos clínicos RALES (R) y EPHEUS (E). Este trabajo evalúa el grado de prescripción de este tratamiento al alta de pacientes hospitalizados por IC como auditoría previa a implantación de medidas de mejora asistencial.

Material y métodos: Se revisan retrospectivamente informes de altas de 2010 de nuestra base de datos que cumplían indicación de toma de estos fármacos según los criterios de inclusión (CI)/exclusión (CE) de R y E.

Resultados: De los 138 pacientes con diagnóstico de IC-FE deprimida (< 40%), 49 pacientes cumplían criterios R y 20 (40%) no recibieron tratamiento y 34 de 78 (43%) para el E. Se analizaron posibles variables predictivas de no tratamiento: edad, sexo, factores de riesgo, ingresos previos (y nº), etiología de cardiopatía, FE, ritmo, BCRI, duración QRS y Fc, no teniendo ninguna significación estadística para los R. La edad (65 vs 71) y HTA fueron predictores de tratamiento en los E. De los resincronizados, 7 de 12 (58.3%) en R y 7 de 12 en E no recibían tratamiento.

Conclusiones: 1. La tasa de no prescripción de inhibidores de aldosterona es muy alta en nuestra serie (40% en RALES y 43% en EPHEUS). 2. Incluso en pacientes resincronizados la tasa también es muy alta (58,2%). 3. La HTA y la edad son predictores de tratamiento en los pacientes EPHEUS. 4. No encontramos variables para la no prescripción en los pacientes RALES.

66/25. IMPACTO DE LA ESCALA CHA2DS2VASc EN LAS INDICACIONES DE ANTICOAGULACIÓN EN LA FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR

J. Sánchez-Brotons, M. Iravedra, P. González-Pérez, J. Lozano, M. Maestre, E. Martínez-Morentín, M. Asencio, P. Martínez-Romero y F. Morales

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz.

Introducción: En las guías de práctica clínica para el manejo de la fibrilación auricular (FA) de 2010 de la Sociedad Europea de Cardiología se incorporó la clasificación CHA2DS2VASc como actualización de la CHADS2 en la estratificación del riesgo tromboembólico de pacientes con FA no valvular. Pretendemos describir el perfil de riesgo tromboembólico de nuestros pacientes atendidos en la consulta y evaluar el impacto de la nueva escala en las indicaciones de anticoagulación.

Material y métodos: Estudio transversal en el que se incluyeron pacientes con FA no valvular atendidos de forma consecutiva en las consultas de Cardiología durante noviembre de 2011. A todos los pacientes se les aplicó las escalas de riesgo tromboembólico CHADS2 y CHA2DS2VASc, considerándose una puntuación mayor o igual a 2 como indicación de anticoagulación.

Resultados: Se incluyeron 135 pacientes (edad $69 \pm 11,5$ años), 48 (35,6%) tenían una FA paroxística, 34 (25,2%) FA persistente y 53 (39,3%) FA permanente. La prevalencia de factores de riesgo tromboembólico fue: insuficiencia cardíaca/disfunción ventricular izquierda, 5,2%; hipertensión arterial, 77,8%; edad mayor a 74 años, 36,3%; diabetes mellitus, 21,5%; accidente cerebrovascular/tromboembolia, 11,9%; enfermedad vascular, 15,6%; edad entre 65 y 74 años, 36,3%; sexo femenino, 51,1%. 68 pacientes (50,4%) tenían una puntuación CHADS2 igual o superior a 2, elevándose a 108 pacientes (80%) al aplicar la escala CHA2DS2VASc ($p < 0,05$).

Conclusiones: El factor de riesgo tromboembólico más prevalente en nuestra muestra fue la hipertensión arterial. El uso de la escala CHA2DS2VASc conlleva un incremento significativo en las indicaciones de anticoagulación en pacientes con FA no valvular.

66/26. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PRIMEROS PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR A LOS QUE SE PRESCRIBE DABIGATRÁN PARA LA PREVENCIÓN DE ICTUS EN CONSULTAS DE CARDIOLOGÍA

M. Romero Vazquiáñez¹, I. Sainz Hidalgo², G. Barón Esquivias², F. Gómez Pulido¹, F. Zafra Cobo¹, P. Cristobo Sainz¹ y A. Martínez Martínez³

¹Residente de Cardiología. ²Facultativo Especialista de Área: Cardiología. Área del Corazón. ³Jefe de Servicio. Área del Corazón. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: El objetivo de nuestro estudio es describir las características de los primeros pacientes con fibrilación auricular no valvular (FANV) atendidos en las consultas de cardiología a los que se ha prescrito dabigatran exetilato para la prevención de ictus.

Métodos: Estudio monocéntrico descriptivo de pacientes con FANV a los que se prescribió dabigatran desde 03/2010 a 01/2012. Recogida de datos clínicos, ecocardiográficos y analíticos según las variables incluidas en las escalas de riesgo CHADS2, CHA2DS2VASc y Hemorrhages.

Resultados: Se recogieron 46 pacientes, 61% mujeres, edad media 73 ± 8 años. El 76,1% eran hipertensos, 28,3% diabéticos, 17,4% presentaban insuficiencia renal y 11% tenían antecedentes de sangrado. Un 17,4% habían presentado ictus y el 37,4% tenían cardiopatía previa (hipertensiva 22,2%). El 65,2% con FA permanente. La media de CHA2DS2Vasc score fue de $3,37 \pm 1,4$, de CHADS2 score de $1,91 \pm 1,13$ y el 45,7% un Hemorrhages score ≥ 2 . Un 39,1% tomaban acenocumarol, 26,1% AAS y el 37,8% sin prevención tromboembólica. Las causas más frecuentes para prescribir Dabigatran fueron: 31% por petición del paciente, un 24,4% por elevado riesgo hemorrágico y un 17,8% por labilidad del INR. La dosis más usada fue la de 110 mg/12h (56,5%). En la analítica posterior, 61,1% presentaban TPTA alargado.

Conclusiones: Los primeros pacientes con FANV a los que hemos instaurado tratamiento con dabigatran en nuestras consultas presentan una edad avanzada, un score de CHA2DS2Vasc medio > 3 y un elevado riesgo hemorrágico. Los motivos más frecuentes para prescribir el fármaco fueron por petición del paciente y por elevado riesgo hemorrágico.

66/27. SIGNIFICADO DEL GROSOR DE LA GRASA EPICÁRDICA EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

L. González Torres, M. Iglesias Blanco, J. García Rubira, M. Calvo Taracido, B. Muñoz Calero, I. Pérez López, M. Almendro Delia, A. Recio Mayoral, R. Hidalgo Urbano y J. Cruz Fernández

Cardiólogo. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Objetivos: Se ha descrito una relación entre grasa periepicárdica y enfermedad coronaria. Nos proponemos determinar si su medición mediante ecocardiografía puede ayudar a predecir la presencia de enfermedad coronaria extensa (ECE) en pacientes con síndrome coronario agudo (SCA).

Métodos: Se realizó ecocardiografía, antes de la coronariografía, en 20 pacientes consecutivos ingresados en la Unidad Coronaria de nuestro centro por SCA. Los pacientes con arterias coronarias normales fueron excluidos. Se midió el grosor de la grasa epicárdica y pericárdica en los planos paraesternal eje largo (epiEL), paraesternal eje corto y subcostal eje largo. Definimos ECE como afectación angiográficamente significativa de tronco coronario izquierdo o 3 vasos. Se analizaron las curvas ROC para investigar la relación entre el grosor de la grasa epicárdica y pericárdica con ECE.

Resultados: La edad media fue de 58 ± 11 años. 8 mujeres. 11 pacientes tuvieron SCA con elevación del ST y 9 sin elevación. 9 pacientes con enfermedad de 1 vaso, 3 de 2 vasos y 8 con ECE. EL mejor área bajo la curva se obtuvo con epiEL (0,79). Un grosor de epiEL mayor de 7,75 mm (p75) tuvo una sensibilidad de 0,63 y un valor predictivo negativo de 0,2. Encontramos una relación estadísticamente significativa entre p75 y valores altos de triglicéridos (p 0,03), así como una tendencia con valores altos de péptido C (p 0,08).

Conclusiones: El grosor de la grasa epicárdica se relaciona con los niveles de triglicéridos y es predictor de la existencia de enfermedad coronaria extensa en pacientes con síndrome coronario agudo.

66/28. CALIDAD DE VIDA Y CAPACIDAD FUNCIONAL DE LOS PACIENTES EN SITUACIÓN DE EISENMENGER

M. Cabeza Letrán¹, M. Rodríguez Puras¹, M. Fernández Olmo², J. Parejo Matos², A. Arce León² y A. Martínez Martínez¹

¹Cardiólogo. ²Médico Residente de Cardiología. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: Los pacientes con síndrome de Eisenmenger (SE) muestran un deterioro grave de la tolerancia al ejercicio. Sin embargo, adaptan su estilo de vida y tienden a subestimar sus

Objetivos: Estudiar la calidad de vida y capacidad funcional de estos pacientes.

Métodos: Se evaluaron 15 pacientes y 15 sujetos sanos describiendo capacidad funcional y calidad de vida mediante test marcha seis minutos y cuestionario de salud SF- 36.

Resultados: Ver tabla 66/28.

Conclusiones: Los pacientes con SE muestran peor capacidad funcional y peor calidad de vida en la dimensión física, sin embargo, su estado de salud mental fue similar al grupo control.

66/29. INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO PREVIO CON DIGOXINA SOBRE EL PRONÓSTICO EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL ST

M. Calvo Taracido¹, R. Gómez Domínguez¹, A. Andrés Lahuerta¹, A. García Alcántara², A. Reina Toral³, J. Benítez Parejo⁴, R. Calvo Jambrina¹, A. Espínola Pardo¹, J. García Rubira¹ y J. Cruz Fernández¹

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

Introducción: La digoxina es un fármaco de uso común en cardiología. Exploramos la influencia del tratamiento previo con digoxina en la evolución de los pacientes que ingresan por síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCASEST).

Material y métodos: Se analizaron los datos de los pacientes con SCASEST incluidos en el registro ARIAM-Andalucía de 2001 a 2011. Los pacientes proceden de las unidades de cuidados intensivos de 40 hospitales de Andalucía. Los pacientes con tratamiento previo con digoxina constituyen el grupo D, y se compararon con el resto (grupo C).

Resultados: Se incluyeron 15.100 pacientes, de los que 155 (1%) forman el grupo D. Los pacientes del grupo D tenían más edad (73 vs 65, p < 0,001), mayor proporción de sexo femenino (42 vs 30%, p 0,007), diabetes (50 vs 39%, p 0,005), hipertensión (81 vs 62%, p < 0,001), arritmia previa (71 vs 9%, p < 0,001), insuficiencia cardíaca previa (29 vs 8%, p < 0,001), ictus previo (15 vs 7%, p < 0,001), o insuficiencia renal (10 vs 3%, p < 0,001). El grupo D era menos fumador (9 vs 26%, p < 0,001). No hubo diferencias significativas en la incidencia de bloqueo aurículo-ventricular de alto grado (5 vs 3%), ni fibrilación o taquicardia ventricular (4 vs 6%). El grupo D tuvo mayor mortalidad intrahospitalaria (20,6 vs 9,5%, p < 0,001). El análisis de regresión logística mostró que el tratamiento previo con digoxina fue un predictor independiente de muerte (odds ratio 1,575, p 0,033).

Conclusiones: El tratamiento previo con digoxina es un predictor independiente del pronóstico en los pacientes con SCASEST.

66/32. HIPERTENSIÓN ARTERIAL RESISTENTE: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS POSIBLES CAUSAS

B. Pérez Villardón¹, M. Cano García², V. Gómez Carrillo², A. García Bellón², A. González González², J. Cano Nieto³, M. Ramírez Marrero³, J. Martínez González⁴, P. Aranda Lara⁵ y M. de Mora Martín⁶

¹Cardiólogo. ²Médico Residente de Cardiología. ³Facultativo Especialista de Área: Cardiología. ⁴Medicina Interna. Especialista de Área: Nefrología. ⁵Jefe de Servicio de Cardiología. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Introducción: La HTA resistente o refractaria (HTAR) es un problema clínico frecuente, con una prevalencia del 20-30%. Nuestro objetivo fue analizar las posibles causas implicadas.

Tabla 66/28

	SE	Controles	p
Edad media	37 ± 17	32 ± 8	0,335
T6M (metros)	429 ± 119	664 ± 68	0,0001
Función física	38,7 ± 9	56,4 ± 1,2	0,0001
Dolor corporal	48 ± 11	55,8 ± 4,8	0,024
Salud general	35,7 ± 9	56,1 ± 4,6	0,001
Vitalidad	43 ± 10	55 ± 5,5	0,001
Rol emocional	45,9 ± 11	50,1 ± 6,2	0,2
Salud mental	45,3 ± 11	50 ± 5,4	0,2
Medida sumario física	40 ± 10	57 ± 2	0,0001
Medida sumario mental	45 ± 12	50 ± 5	0,229

Métodos: Estudio observacional, prospectivo, que incluye pacientes (p) derivados desde AP a consulta de HTA bajo el epígrafe de HTAR, desde enero 2010 a enero 2011. A todos se les realizaba una batería de test estándar (analítica sanguínea y orina, Rx tórax, ECG, ecocordio y ecografía abdominal) y otros estudios específicos según la patología sospechada (estudio hormonal, polisomnografía, nefrograma isotópico, angiografía renal, arteriografía renal).

Resultados: Se incluyen 180 p. Entre las causas secundarias responsables encontramos en primer lugar la enfermedad renal (18,2%), insuficiencia renal crónica, monorrenos, vascularrenal, glomerulonefritis, poliquistosis, riñón esponjoso medular. En segundo lugar, destacan los fármacos (17,6%), siendo los AINES los más frecuentes, y otros como corticosteroides, anticonceptivos orales, ciclosporina, anabolizantes. Causas centrales de hipertensión arterial en 13%, destacando la obesidad mórbida, SAOS, hemorragia intraparenquimatosa o hipertensión intracraneal. Causas endocrino-metabólicas en 7,2%: hipotiroidismo, hiperaldosteronismo hiporreninémico, hipertiroidismo, hiperparatiroidismo, adenoma suprarrenal productor de cortisol, hiperplasia suprarrenal bilateral, abuso de alcohol, saturnismo. Otras causas responsables fueron el embarazo (6 p) y la coartación de aorta (2 p).

Conclusiones: Un modelo de consulta especializada de alta resolución coordinado con Atención Primaria puede influir decisivamente en la selección óptima de aquellos pacientes con HTAR y alta probabilidad de HTA secundaria; permite el diagnóstico precoz de las causas y la identificación de factores de descompensación. Con todo esto conseguimos una óptima utilización de los recursos.

66/33. ¿ES ÚTIL LA DOXAZOSINA DE LIBERACIÓN RETARDADA EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL RESISTENTE ASOCIADA AL SAOS?

B. Pérez Villardón¹, C. Salazar Troya², A. Espejo Gil², J. Mora Robles³, D. Gaitán Román³, A. García Bellón⁴, M. Ramírez Marrero³, J. Martínez González⁵, P. Aranda Lara⁶ y M. de Mora Martín⁷

¹Cardiólogo. ²Médico Residente de Medicina Interna. ³Facultativo Especialista de Área: Cardiología. ⁴Médico Residente de Cardiología. ⁵Medicina Interna. ⁶Nefrología. ⁷Jefe del Servicio de Cardiología. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Introducción: La doxazosina es un antagonista selectivo de los receptores alfa que ejerce su efecto hipotensor a través de la disminución de la resistencia periférica. Nuestro objetivo fue evaluar la eficacia y seguridad de la administración nocturna de doxazosina de liberación retardada para el tratamiento de pacientes (p) con HTA secundaria a SAOS.

Métodos: Estudio prospectivo realizado en una consulta monográfica de HTA. Incluye pacientes hipertensos con índice de apnea/hipoapnea > 10 tratados con CPAP. A todos los pacientes con TA > 140/90 o con patrón MAPA nocturno patológico, se les añadió tratamiento con 4-8 mg de doxazosina antes de acostarse. Seguimiento medio de 3 años.

Resultados: Se incluyen 40p (72,5% varones). La edad media era 49,5 ± 7,5 años (rango 31-66), duración media de la HTA de 11,57 ± 7,3 años. IMC medio de 33,6 ± 4,25 kg/m², 87,5% eran sedentarios, 59% dislipémicos, 52,8% fumadores, 46,2% diabéticos; 4p tenían antecedentes de c. isquémica, y 2 daño renal. En el momento de acudir a la consulta, el 42% recibía tratamiento anti-HTA correcto con una media de 2,8 ± 1,3 fármacos. Las cifras de PAS iniciales fueron 150,55 ± 22,6 mmHg y TAD 89,17 ± 12,69 mmHg. En el seguimiento medio de 3 años después del tratamiento, las cifras de TA fueron < 140/90 con patrón dipper nocturno en el 64% de los p (p < 0,01).

Conclusiones: La HTA secundaria al SAOS es una de las causas más frecuentes de HTA refractaria. El efecto de la doxazosina de liberación retardada es altamente efectivo en el control de este tipo de HTA.

66/34. CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN PACIENTES INGRESADOS EN UN HOSPITAL DE PRIMER NIVEL

R. Peñafiel Burkhardt¹, M. Molina Lerma², J. Palomares Rodríguez³, P. Castillo Higuera⁴ y R. Melgares Moreno⁵

¹Médico Especialista en Cardiología. Hospital General Básico Santa Ana. Motril. Granada; ²Médico Residente de Cardiología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada; ³Médico Especialista en Medicina Interna. ⁴Jefe del Servicio de Medicina Interna. Especialista en Medicina Interna. Hospital General Básico Santa Ana. Motril. Granada; ⁵Jefe de Servicio de Cardiología. Médico Especialista en Cardiología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción: La presencia de la enfermedad cardiovascular (ECV) es cada vez mayor en nuestro medio hospitalario, nuestro estudio busca aportar cifras sobre dicha prevalencia y características en nuestra área sanitaria.

Material y métodos: Estudio transversal con recogida prospectiva de todos los ingresos hospitalarios en el Servicio de Medicina Interna a lo largo de un año. Se recopilaron variables demográficas, datos del ingreso y diagnósticos de ingreso clasificado por motivo de ingreso y grupo de. Las variables fueron analizadas de forma descriptiva y analítica.

Resultados: Durante el año 2011 se obtuvieron un total de 2.015 ingresos de 1.627 pacientes. La ECV (incluyendo el accidente cerebrovascular) fue la causa más frecuente de ingresos por grupos de patologías (35%) seguido de las enfermedades respiratorias (25%) y las enfermedades gastrointestinales (17%). Del total de ECV el ingreso por síndrome coronario agudo (SCA) fue el diagnóstico más frecuente (35%) seguido de la insuficiencia cardíaca (29%) y del accidente cerebrovascular (23%) con forma isquémica en gran parte. Del SCA la forma clínica más frecuente fue el infarto sin elevación del ST (43%) seguido de la angina inestable (29%) y del infarto con ST elevado (23%). Otras causas cardiovasculares menos frecuentes fueron las arritmias en forma de bradicardia (5%) por bloqueo aurículo-ventricular y taquicardia (3%) por fibrilación auricular rápida. La edad media de los ingresos en planta de Medicina Interna fue de 68,9 ± 16 años con diferencias significativas si agrupamos por patología cardiovascular frente a otras patologías (72 ± 12 vs 66 ± 18 años p < 0,05). De los pacientes ingresados con ECV existía un predominio de varones frente a mujeres (H 56% vs M 44% p < 0,05).

66/35. FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON LA APARICIÓN DE ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA EN PACIENTES EVALUADOS EN UNA UNIDAD DE DOLOR TORÁCICO

I. Vegas Vegas, M. Ramírez Marrero, M. Cano García, D. Gaitán Román, G. Ballesteros Derbenti, B. Pérez Villardón, B. Luque Aguirre y M. de Mora Martín

Cardiólogo. Hospital Regional Universitario. Málaga.

Introducción: El dolor torácico es una de las causas más comunes de consulta en los servicios de urgencias. Algunas de sus causas pueden ser mortales, y esta es por lo que las unidades de dolor torácico (UDT) fueron creadas. Nuestro objetivo es anali-

zar los factores relacionados con la existencia de enfermedad coronaria documentada con cateterismo cardíaco.

Material y métodos: Estudio prospectivo de los pacientes evaluados de forma consecutiva en nuestra UDT con indicación de cateterismo, desde julio 2009 a octubre 2011.

Resultados: Se estudiaron 103 pacientes, con media de edad $61,5 \pm 10,2$ años. 82 varones (79,6%). El 64,3% tenían hipertensión arterial, 27,5% diabetes, 56,3% dislipemia y 32,1% historia de cardiopatía. 4,6% tenían insuficiencia renal avanzada (aclaramiento de creatinina < 60 ml/min/m²). 78 fueron sometidos a algún tipo de test de isquemia miocárdica, resultado patológico en 62 (79,5%). En 16 (15,5%) no fueron documentadas lesiones angiográficamente significativas; estos pacientes tuvieron menor comorbilidad (índice Charlson $0,7 \pm 0,4$ vs $1,4 \pm 1,2$, $p = 0,04$). Diagnosticamos 6 pacientes con enfermedad coronaria severa del tronco común, y 41 con enfermedad severa de la descendente anterior. Encontramos 33 (32%) con enfermedad multivascular. Después de análisis multivariante, la presencia de resultados patológicos en test de isquemia, e hipertensión, se asoció con alto riesgo de enfermedad coronaria angiográficamente significativa (OR 6,6, IC95%, 1,2 a 18,2 y OR 3,6, IC95%, 1,1 a 7,2 respectivamente).

Conclusiones: La presencia de hipertensión arterial y un resultado anormal en los test de isquemia miocárdica se asoció a un alto riesgo de enfermedad angiográficamente significativa en pacientes evaluados en una UDT.

66/36. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON SÍNDROME HIPÓXICO CRÓNICO VISTOS EN NUESTRA UNIDAD DE CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS DEL ADULTO

J. Cano Nieto¹, V. Cuenca Peiro¹, B. Pérez Villardón¹ y M. de Mora Martín²

¹Cardiólogo Adjunto. ²Cardiólogo. Jefe de Servicio. Hospital Universitario Carlos Haya. Málaga.

Introducción: Síndrome hipóxico crónico es una entidad multisistémica con alta incidencias de infecciones, descompensaciones de insuficiencia cardíaca, complicaciones hematológicas, arritmias, etc. Estas entidades requieren una mayor subespecialización en unidades de cardiopatías congénitas.

Material y métodos: En nuestra unidad de cardiopatías congénitas del adulto hemos atendido en el periodo de 1 año a 12 enfermos con síndrome hipóxico crónico, 7 de ellos con fisiología Eisenmenger. Todos fueron evaluados en consulta con realización de ECG y ecocardiograma transtorácico. Para evaluar su grado funcional y la respuesta a tratamientos con vasodilatadores pulmonares o remitir a unidad de trasplante cardíaco se realizó test de los 6 minutos. Analíticas con hemogramas y evaluación de función renal y hepática. Todos los datos fueron recogidos y analizados en la base de datos de la unidad con programa SPSS.

Resultados: La edad media de nuestros enfermos fue de 30,83 años, predominio de mujeres (75%), 25% portadores de síndrome de Down. Fisiología de Eisenmenger era 58% y la cardiopatía más frecuente fue el canal AV (33,3%). Estaban tomando tratamiento con vasodilatadores pulmonares el 87,5% de los pacientes con Eisenmenger. Durante el seguimiento 1 paciente falleció como consecuencia de progresión de insuficiencia cardíaca.

Conclusiones: El síndrome hipóxico crónico es una entidad multisistémica con manejo clínico complicado que requiere experiencia y unidades especializadas para dar la mejor asistencia cardiológica a estos enfermos.

66/37. VENTRICULOGRAFÍA ISOTÓPICA COMO OPCIÓN PARA LA VALORACIÓN DE FUNCIÓN VENTRICULAR EN CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS

J. Cano Nieto¹, V. Cuenca Peiró¹, L. Lumbreras¹, B. Luque Aguirre¹ y M. de Mora Martín²

¹Cardiólogo Adjunto. ²Cardiólogo. Jefe de Servicio. Hospital Universitario Carlos Haya. Málaga.

Introducción: La dificultad de la evaluación de las cardiopatías congénitas nos crea la necesidad técnicas de imagen complejas y difíciles de interpretar a veces. Dichas técnicas en cardiología son amplias y nos permiten un estudio completo de nuestros pacientes. En pacientes con cardiopatías congénitas a veces nos encontramos con estructuras difíciles de evaluar por ecocardiograma o contraindicaciones para la realización de RMN cardíaca (claustrofobia o marcapasos). En estos casos se pueden utilizar las técnicas de medicina nuclear como la ventriculografía isotópica tridimensional para evaluación de volúmenes y función ventricular, que son datos de vital importancia en algunas patologías operadas o no previamente.

Material y métodos: Hemos evaluado por este método de imágenes a 5 pacientes: 4 portadores de tetralogía de Fallot para valoración de ventrículo derecho en posición subpulmonar con insuficiencia pulmonar severa y 1 paciente con transposición de grandes arterias operado con técnica de Senning valorando ventrículo derecho sistémico. Todos ellos tenían realizado ecocardiograma de alta calidad y tenían contraindicación para realización de RMN cardíaca: 3 pacientes portaban marcapasos-DAI y 2 sufrían claustrofobia limitante para el estudio.

Resultados: Todos los estudios fueron interpretados por cardiólogo experto en enfermedades congénitas y especialista en medicina nuclear. Fueron satisfactorios y se pudieron medir los parámetros necesarios para la toma de decisiones clínicas/terapéuticas.

Conclusiones: Las cardiopatías congénitas del adulto son una entidad creciente e importante en nuestro medio y necesitaremos todos los medios técnicos/diagnósticos para su correcto manejo.

66/38. FACTORES RELACIONADOS CON EL INGRESO HOSPITALARIO POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN PACIENTES VALORADOS HACE MÁS DE 6 MESES POR UNA UNIDAD DE DOLOR TORÁCICO

I. Vegas Vegas, M. Ramírez Marrero, M. Cano García, B. Pérez Villardón, D. Gaitán Román, B. Luque Aguirre, G. Ballesteros Derbenti y M. de Mora Martín

Cardiólogo. Hospital Regional Universitario. Málaga.

Introducción: El dolor torácico es un motivo de asistencia a urgencias hospitalarias frecuente. La causa puede ser potencialmente fatal, por lo que se han creado las unidades de dolor torácico (UDT). El objetivo es determinar los predictores independientes de ingreso hospitalario por síndrome coronario agudo (SCA) en pacientes evaluados por una UDT y considerados de alta.

Material y métodos: Análisis prospectivo de los pacientes derivados a UDT, entre junio 2009 y octubre 2011. Se analizaron los ingresados por SCA, tras ser alta por nuestra UDT hace al menos 6 meses.

Resultados: Se incluyeron 837 pacientes, 41,6% mujeres, edad media $59,58 \pm 13,36$ años. 25 requirieron ingreso hospitalario por SCA, los cuales presentaron un perfil de riesgo cardiovascular más elevado, edad más avanzada ($65,5 \pm 12,1$ vs $59,6 \pm 13,3$, $p = 0,01$), mayor prevalencia de cardiopatía isquémica previa (55% vs 22,8%, $p = 0,0001$), HTA (84% vs 56%, $p = 0,004$) y DM

(40% vs 13,6%, $p = 0,001$). Hubo mayor detección de isquemia en ingresados por SCA (100% vs 18,5%, $p = 0,0001$), índice Duke de mayor riesgo ($-9,1 \pm 7,8$ vs $5,4 \pm 5,5$, $p = 0,001$) y menor porcentaje de coronarias sin lesiones (0% vs 26,4%, $p = 0,05$). Tras ajuste, un Duke de alto riesgo y DM se asociaron a mayor riesgo de ingreso por SCA (OR 8,9, IC95%, 6,5-16,8 y OR 5,6, IC95%, 1,01-12,1, respectivamente).

Conclusiones: Los pacientes de alta de una UDT en al menos seis meses previos y que requieren ingreso hospitalario por SCA presentan un perfil de riesgo cardiovascular más desfavorable. El antecedente de DM y Duke de alto riesgo se mostraron como predictores independientes de ingreso por SCA.

66/39. UNIDADES DE DOLOR TORÁCICO. ¿TIENEN SU ESPACIO EN EL SIGLO XXI?

I. Vegas Vegas, M. Ramírez Marrero, M. Cano García, D. Gaitán Román, B. Luque Aguirre, B. Pérez Villardón, G. Ballesteros Derbenti y M. de Mora Martín

Cardiólogo. Hospital Regional Universitario. Málaga.

Introducción: El dolor torácico requiere una estratificación de riesgo precoz dado el pronóstico potencialmente fatal al que puede conducir. 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 los pacientes derivados a la UDT, entre junio 2009 y octubre 2011. Se estudiaron variables pronósticas, completándose un seguimiento con una mediana de 8 meses.

Resultados: Se incluyeron 837 pacientes, 58,4% hombres, con edad media $59,58 \pm 13,36$ años. Se efectuaron 599 ecocardiografías (71,6%), 452 ergometrías (54%), siendo positivas 62; 25 de alto riesgo (Duke ≤ -11). Se indicó 141 (16,8%) estudios isotópicos, evidenciándose isquemia inducible en 35, 11 ecocardiografías de estrés farmacológico y 14 angioTAC coronarios, 5 patológicos. El 67% fue alta en la primera visita y 35 (4,2%) fueron ingresados para coronariografía precoz. De forma ambulatoria se indicaron 68 angiografías. De los 103 cateterismos realizados, 80 (77,7%) mostraron enfermedad angiográfica significativa (6 lesiones de tronco, 44 en DA, 33 en circunfleja y 38 en CD). Enfermedad multivascular el 33,3%. Subsidiarios de revascularización 59 (73,7%) (15 quirúrgicos y 45 percutáneos). Tras completar el seguimiento, 25 (3%) ingresaron por SCA, 3 por insuficiencia cardíaca. 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, en ocasiones fatales. De acuerdo a los resultados presentados, estas unidades se muestran de forma incuestionable eficaces.

66/40. ACTIVIDAD ASISTENCIAL DESARROLLADA EN NUESTRA UNIDAD DE DOLOR TORÁCICO Y SÍNCOPE

N. Fernández Borrego¹, M. Ramírez Marrero², D. Gaitán Román², A. Vega Romero¹, H. Nieves¹, I. Vegas Vegas², B. Luque Aguirre² y M. de Mora Martín²

¹Enfermera. ²Cardiólogo. Hospital Regional Universitario. Málaga.

Introducción: El dolor torácico junto con el síncope son dos de las entidades más frecuentes que requieren asistencia en urgencias. El dolor torácico representa el 5% de las mismas, mientras que el síncope es responsable del 3%.

Objetivos: Análisis de los resultados alcanzados por nuestra Unidad de Dolor Torácico y Síncope desde su inauguración.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo de los pacientes derivados a nuestra Unidad entre junio 2009 y febrero 2012. Se recogieron variables clínicas y epidemiológicas. Se clasificaron según motivo de derivación y pruebas realizadas. Se ordenaron según resultados tras la primera visita.

Resultados: Se incluyeron 1.568 pacientes, 868 hombres (55,4%) y 700 mujeres (44,6%), con edad media de $58,9 \pm 16,4$ años (14-93). Los síntomas motivo de la derivación fueron: dolor torácico 56,8%, síncope y presíncope 26%, palpitaciones 4,5% y otros 12,6% (IC, valoración preanestésica...). Las pruebas diagnósticas realizadas fueron: 554 (35,3%) ergometrías, 1.254 (79,4%) ecocardiogramas, 360 (23%) Holter-ECG y 96 (6,1%) test de mesa basculante. La derivación tras la primera visita fueron: el 1.025 (65,4%) altas (acto único), 46 (2,9%) ingresos y 497 (31,7%) revisiones. Tras la revisión efectuada, se procedió al 99,4% de altas, tras establecimiento del diagnóstico del proceso e instauración del tratamiento específico.

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

66/41. SEGUIMIENTO DE EMBARAZOS EN MUJERES CON CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS

J. Cano Nieto¹, V. Cuenca Peiró¹, J. Mora Robles¹ y M. de Mora Martín²

¹Cardiólogo Adjunto. ²Cardiólogo. Jefe de Servicio. Hospital Universitario Carlos Haya. Málaga.

Introducción: La supervivencia de las cardiopatías congénitas es uno de los mayores hitos en la medicina y como consecuencia de ello, mujeres en edad adulta portadoras de cardiopatías congénitas quieren ser madres. Una labor importante en nuestra unidad es el asesoramiento de posibilidades de gestación a término, evaluación de previa para valorar los riesgos en pacientes con cardiopatías congénitas.

Material y métodos: En el periodo de 1 año hemos asesorado y seguido a 8 pacientes portadoras de cardiopatías congénitas que han conseguido una gestación a término. Se Recogieron los datos en nuestra base de datos con procesamiento con SPSS. Se mantuvo contacto con el servicio de Ginecología. Se aplicó la escala de riesgo obstétrico CARPREG. Durante la gestación se realizó ecocardiograma fetal a todas y se realizó ecocardiograma al nacimiento a todos los niños.

Resultados: La edad media de las gestantes fue de 26,1 años; la patología más frecuente fue la tetralogía de Fallot (3 pacientes-37,5%); hubo 4 cesárea y 4 partos vía vaginal. No hubo complicaciones obstétricas y la anestesia epidural/intradural se aplicó a todas las pacientes. 1 gestante portaba 1 síndrome genético (Noonan) y se lo transmitió a su hijo. 2 hijos tenían al nacimiento cardiopatías congénitas de complejidad simple.

Conclusiones: El asesoramiento, preparación y seguimiento de las gestaciones en nuestros enfermos es parte fundamental de nuestra actividad. Existen cardiopatías de alta complejidad que requieren o la contraindicación de la gestación o el seguimiento estrecho compartido por cardiólogos y obstetras.

66/43. EFECTOS CLÍNICOS DE LA IVABRADINA EN PACIENTES CON DOLOR TORÁCICO Y ARTERIAS CORONARIAS ANGIOGRÁFICAMENTE NORMALES

M. Ramírez Marrero, I. Vegas Vegas, D. Gaitán Román, M. Cano García, B. Pérez Villardón y M. de Mora Martín

Cardiólogo. Hospital Regional Universitario. Málaga.

Introducción: El dolor torácico con arterias coronarias angiográficamente normales es una entidad frecuente, especialmente en mujeres; su etiología se ha relacionado con alteraciones de la microcirculación coronaria. Se asocia con un pronóstico excelente, aunque es un motivo frecuente de asistencia a urgencia. Nuestro objetivo es comparar la respuesta clínica al tratamiento con ivabradina en comparación con el tratamiento antiisquémico convencional.

Material y métodos: Estudio prospectivo de todos los pacientes revisados en consulta de cardiología con diagnóstico de dolor torácico y arterias coronarias normales, entre junio 2009 y diciembre 2010. Analizamos características clínicas y epidemiológicas, tratamiento, clase funcional antes y después del tratamiento, y porcentaje de atenciones en urgencias por dolor torácico. Todos los pacientes tuvieron un mínimo de seguimiento de un año.

Resultados: Incluimos 48 pacientes, 50% varones, con media de edad de $63,3 \pm 9,2$ años. 19 pacientes (39,6%) fueron tratados con ivabradina, y comparados con otro grupo de 29 pacientes (60,4%) que recibieron terapia convencional. No hubo diferencias en las características basales. Después del seguimiento, los pacientes tratados con ivabradina mostraron mejor clase funcional (15 pacientes, 78,9% vs 17 pacientes, 58,6%, $p = 0,08$); este grupo de pacientes necesitaron menos atenciones en urgencias (5,3% vs 34,5%, $p = 0,02$). Después del análisis multivariante, el tratamiento con ivabradina se asoció a menor tasa de asistencia en urgencias (OR 0,02, IC95%, 0,01 a 0,50).

Conclusiones: Los pacientes diagnosticados de dolor torácico y arterias coronarias normales tratados con ivabradina comparados con terapia convencional mostraron una mejora de su clase funcional con menos necesidad de asistencia en urgencias.

66/44. USO COMBINADO A DOSIS FIJA DE BETABLOQUEANTES Y DIURÉTICOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL E HISTORIA DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO

M. Ramírez Marrero, I. Vegas Vegas, B. Pérez Villardón, M. Cano García, D. Gaitán Román y M. de Mora Martín

Cardiólogo. Hospital Regional Universitario. Málaga.

Introducción: El uso de combinaciones fijas es un hecho cada vez más común, que ofrece numerosos beneficios, especialmente en pacientes polimedcados. El objetivo es analizar el impacto del uso de dosis fijas combinadas de un betabloqueante y un diurético en el pronóstico de pacientes con insuficiencia renal dados de alta por episodio de síndrome coronario agudo (SCA).

Material y métodos: Análisis prospectivo de los pacientes con insuficiencia renal (aclaramiento de creatinina < 60 ml/min/m²) dados de alta por SCA, desde julio 2008 a diciembre 2009. Estudiamos variables clínicas y epidemiológicas, estableciendo análisis pronóstico basado en el uso de combinaciones fijas comparado con tratamiento convencional, con una media de 20 meses de seguimiento.

Resultados: Incluimos 134 pacientes, 37,3% mujeres. La edad media fue $73,3 \pm 8,7$ años. El 76,1% eran hipertensos, 49,3% diabéticos, 50% dislipémicos y 49,3% tenían anemia. El índice de Charlson fue del $4,5 \pm 2$ y score de riesgo TIMI $3,4 \pm 1,3$. Encontramos disfunción del ventrículo izquierdo en el 30%. 35 (26,1%)

fueron tratados con combinaciones fijas de betabloqueantes y diuréticos, y tuvieron alto porcentaje de adherencia al tratamiento comparados con pacientes que recibieron tratamiento convencional (88,6% vs 74,7%, $p = 0,03$). El uso de combinaciones fijas predijo menor riesgo de muerte cardiovascular (OR 0,12, IC95%, 0,04 a 0,34).

Conclusiones: El uso de combinaciones fijas de betabloqueantes y diuréticos en pacientes con insuficiencia renal e historia de SCA se asoció con un pronóstico más favorable, en términos de seguimiento de mortalidad cardiovascular a largo plazo. Esto parece justificado por la mayor adherencia al tratamiento.

66/45. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES DE UNA UNIDAD DE CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS DEL ADULTO

J. Cano Nieto¹, V. Cuenca Peiró¹, J. Delgado Prieto¹ y M. de Mora Martín²

¹Cardiólogo Adjunto. ²Cardiólogo. Jefe de Servicio. Hospital Universitario Carlos Haya. Málaga.

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

Material y métodos: Hemos abierto una unidad de congénitas del adulto con acto único 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 14 meses hemos evaluados a 164 enfermos.

Resultados: La edad media de nuestros enfermos fue de 26 años, predominio de varones (54%), 14,1% 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. 64% tenían cardiopatías complejas siendo 22,9% tetralogía de Fallot, 20% trasposición de grandes arterias, 18% canal auriculoventricular común, 15% ventrículos únicos. Se remitió para corrección quirúrgica a 12 pacientes (7%) y 4 a intervencionismo estructural (2,4%).

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.

66/46. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES REMITIDOS A CIRUGÍA CARDIOVASCULAR DESDE UNA UNIDAD DE CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS DEL ADULTO

J. Cano Nieto¹, V. Cuenca Peiró¹, A. García Bellón¹, J. Gil Jaurena¹ y M. de Mora Martín²

¹Cardiólogo Adjunto. ²Cardiólogo. Jefe de Servicio. Hospital Universitario Carlos Haya. Málaga.

Introducción: El manejo de las cardiopatías congénitas del adulto es complejo. Gracias a los avances tenemos opciones farmacológicas, intervencionistas y quirúrgicas que pueden ayudar a nuestros pacientes. La cirugía es una herramienta primordial en algunas patologías tanto simples como complejas dentro de las

cardiopatías congénitas. Analizamos en este documento las características de nuestros enfermos que remitimos a la opción quirúrgica.

Material y métodos: Analizamos los pacientes vistos en la unidad en este último año (164) y aquellos que se remitieron a opción quirúrgica (10 pacientes- 6%). Los datos se extrajeron de la base de datos con el programa SPSS 11.5 y se contrastaron con los datos del servicio de cirugía cardiovascular de nuestro centro.

Resultados: Sólo un 6% de los pacientes evaluados tenían indicación quirúrgica. Su edad media era superior a la media de los pacientes de la unidad (37 años frente a 26 años), predominio de varones (7 pacientes, 70%). La patología más repetida fue la tetralogía de Fallot (4 pacientes, 40%) de los cuales 3 fueron reintervención y una paciente fue una tetralogía de Fallot en la edad adulta. La mitad de los pacientes fueron intervenidos por primera vez y la otra mitad ya estaban intervenidos previamente.

Conclusiones: Las cardiopatías congénitas del adulto son una entidad creciente e importante en nuestro medio y para darles una correcta atención cardiológicas se deben crear equipos multidisciplinarios, donde la opción quirúrgica es primordial en algunas patologías ya intervenidas previamente como la tetralogía de Fallot y otras con diagnósticos recientes.

66/47. CASUÍSTICA DE LOS PACIENTES EVALUADOS POR UNA UNIDAD DE DOLOR TORÁCICO

M. Cano García¹, M. Ramírez Marrero², I. Vegas Vegas¹, D. Gaitán Román², B. Pérez Villardón², B. Luque Aguirre¹, G. Ballesteros Darbenti¹ y M. de Mora Martín³

¹Médico Residente de Cardiología. ²Cardiólogo. ³Cardiólogo. Jefe de Servicio. Hospital Carlos Haya. Málaga.

Introducción y objetivos: El dolor torácico es una entidad clínica común en los servicios de urgencias, requiriendo una estratificación adecuada del riesgo. El objetivo de nuestro estudio fue analizar el perfil clínico y epidemiológico de los pacientes valorados en una Unidad de Dolor Torácico (UDT).

Material y métodos: Análisis prospectivo de pacientes remitidos por clínica de dolor torácico desde los servicios de urgencias, entre junio 2009 y octubre 2011.

Resultados: Incluimos 837 pacientes, con media de edad de 59,58 ± 13,36 años (14-93 años), 489 (58,4%) hombres. El 25,7% fumadores, 57,3% hipertensos, 13% diabéticos y 49,2% dislipémicos. El 23,4% tenía historia previa de cardiopatía isquémica, 14,1% con revascularización coronaria. La comorbilidad de los pacientes, expresado por el índice Charlson fue baja, 0,91 ± 1,28. La anemia estuvo presente en el 13,7%, 15% enfermedad pulmonar, 6,5% insuficiencia renal avanzada, antecedente de accidente cerebrovascular 3,8% y 2,9% enfermedad arterial periférica. El 2,2% de los pacientes estaban previamente diagnosticados de fibromialgia y el 17,2% tenían trastornos afectivos. Casi todos los pacientes tuvieron la función sistólica del ventrículo izquierdo conservada (97,1%) y 4,9% tuvieron fibrilación auricular. Antes de la primera visita, 56,4% recibían antiagregantes, 4% anticoagulantes, 28,2% betabloqueantes, 25,2% antagonistas del calcio, 20,3% IECAS, 29% ARA-II, 28,6% nitratos y 44,9% estatinas.

Conclusiones: El perfil clínico típico de los pacientes evaluados por dolor torácico corresponde a hombres de edad media, con presencia de factores de riesgo cardiovasculares en la mitad de los casos, y con comorbilidad reducida. En un 25% de los casos tuvieron historia previa de cardiopatía isquémica, con uso significativo de fármacos.

66/48. PERFIL CLÍNICO Y EPIDEMIOLÓGICO DE UNA AMPLIA SERIE DE PACIENTES EVALUADOS POR UNA UNIDAD DE SÍNCOPE

M. Cano García¹, M. Ramírez Marrero², I. Vegas Vegas¹, B. Luque Aguirre¹, G. Ballesteros Darbenti¹, B. Pérez Villardón², D. Gaitán Román² y M. de Mora Martín³

¹Médico Residente de Cardiología. ²Cardiólogo. Jefe de Servicio. ³Cardiólogo. Hospital Carlos Haya. Málaga.

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

Métodos: Análisis prospectivo de pacientes derivados a US, entre junio 2009 a enero 2012. Se estudiaron variables clínicas, epidemiológicas, diagnóstico y tratamiento indicado.

Resultados: Se incluyeron 343 pacientes, 48,4% mujeres, edad media 56,4 ± 20,5 años (14-91 años). El 45,3% hipertensos, 17,6% diabéticos, 9,4% antecedentes de cardiopatía isquémica, 3,4% revascularización coronaria previa y una comorbilidad reducida (índice Charlson 0,72 ± 1,54). Existieron pródromos en 70,3% de los casos, siendo el síncope recurrente en 36,9%. El ECG basal fue normal en el 70,4%. Entre las alteraciones del ECG, predominó bloqueo AV (27,5%), seguido de bloqueo completo de rama derecha (27,4%) y signos de crecimiento ventricular izquierdo (17,7%). Se realizó Holter en 59,4%, siendo anodino el 91%. El 98% no presentaba cardiopatía estructural mediante ecocardiografía. Se efectuó ergometría en 17 pacientes (ningún resultado anómalo) y test de mesa basculante en 64, positivo en 41 (41,5% respuesta tipo-I, 31,7% tipo-IIb, 24,4% tipo-III y 2,4% tipo-IIa). Se indicó test de bipedestación activa en 5 pacientes, respuesta ortostática en 2. Se requirió implante de Holter insertable en 4 pacientes, siendo diagnóstico 2. Se estableció diagnóstico de síncope neuromediado en 66,4% de los casos, 8,3% ortostático, 8,3% neurológico-psicógeno, 6,6% ortoestatismo, 7,8% cardiogénico y 9,2% no filiado. Se indicó marcapasos en 11 pacientes. El síncope cardiogénico, se asoció a mayor prevalencia de edad ≥ 40 años (100% vs 0%, p = 0,006), género masculino (68,8% vs 31,3%, p = 0,05) y ECG basal patológico (87,5% vs 22%, p = 0,0001). El sexo masculino y la presencia de ECG patológico predecían mayor riesgo de origen cardiogénico del síncope (OR 1,46, IC95% 1,1-3,87 y OR 15,9, IC95% 3,38-24,85, respectivamente).

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

66/50. APLICABILIDAD DE LOS NUEVOS CRITERIOS DE DISPLASIA ARRITMOGÉNICA DE VENTRÍCULO DERECHO PARA RESONANCIA MAGNÉTICA CARDÍACA EN CORAZONES DE ATLETAS

E. Rueda Calle¹, F. Alfaro Rubio², J. Gómez González³ y P. González Santos⁴

¹Cardiólogo. ²Técnico de Radiología. ³Radiología. ⁴Director. Centro de Investigaciones Médicas-Sanitarias (CIMES). Universidad de Málaga.

Introducción: Las nuevas guías de actuación de 2010 para la displasia arritmogénica de ventrículo derecho (VD) definen la aportación de la cardiorensonancia magnética. La presencia de aquinesia/disquinesia/asincronía regional del VD junto a volúmenes telediastólicos indexados por superficie corporal (iVDVTD) ≥ 110 mL/m² (varones) o ≥ 100 mL/m² (mujeres) o FE ≤ 40% es un criterio mayor, y ≥ 100 a < 110 mL/m² (varones) o ≥ 90a < 100 mL/m² (mujeres) o FE > 40% a ≤ 45% es un criterio menor. El objetivo de

nuestro estudio es valorar la presencia de estos criterios en corazones de atletas sanos.

Material y métodos: Se estudiaron mediante CRM 3 teslas 30 triatletas y/o maratonianos > 30 años (15 hombres-15 mujeres), con historia de entrenamiento deportivo intenso > 10 años, sin factores de riesgo ni cardiopatía. Valoramos las variables referidas de forma ciega por dos observadores, analizando diferencias intra-observador.

Resultados: La edad media fue 39,6 (30-64). La FEVD media fue 51,24% (40-66%). El iVDVTD medio 77,79 (42-103). La correlación inter/intraobservador fue muy buena. No se apreciaron alteraciones de la contractilidad ni patrón de realce tardío de gadolinio en ningún paciente. Ningún varón presentó FE \leq 40% o iVDVTD \geq 110, pero 4 (27%) FE entre 40-45 (3) o iVDVTD \geq 100 a < 110 (1). Ninguna mujer presentó FE \leq 40% o iVDVTD \geq 100, ni FE entre 40-45 pero 6(40%) iVDVTD \geq 90a < 100.

Conclusiones: 1) Ningún deportista presentó alteraciones de la contractilidad segmentaria de ventrículo derecho ni patrón de realce tardío de gadolinio. 2) Ningún deportista presentó FE o iVDVTD en límites fijados como criterio mayor. 3) 27% de varones y 40% mujeres presentaron FE o iVDVTD en límites como criterio menor, por tanto no muy específicos de anomalía en deportistas.

66/51. ERRORES DE CONCILIACIÓN EN PACIENTES INGRESADOS EN CARDIOLOGÍA. OPORTUNIDADES DE MEJORA

A. Luna Higuera¹, M. Ramírez Marrero², R. Asensi Díez³, M. Cano García¹, M. Roldán Jiménez¹, J. Pérez Ruiz², I. Muñoz Castillo³ y M. de Mora Martín⁴

¹Médico Residente de Cardiología. ²Cardiólogo. ³Farmacóloga. ⁴Cardiólogo. Jefe de Servicio. Hospital Carlos Haya. Málaga.

Introducción: Los errores de medicación son una de las principales causas de morbilidad en pacientes hospitalizados, en la mitad de los casos por inadecuada comunicación entre el personal sanitario. El objetivo del proceso de conciliación radica en garantizar que los pacientes reciban medicamentos que estaban tomando previamente, con correcta posología y necesarios de acuerdo a la situación actual. Nuestro objetivo fue analizar la incidencia de errores de conciliación (EC) en pacientes ingresados en Cardiología.

Métodos: Estudio observacional prospectivo de muestra aleatoria de pacientes ingresados en Cardiología, desde 03/10/2011 al 11/11/2011, con uso previo de \geq 4 fármacos, con estancia > 48h. Se excluyeron aquellos procedentes de otros hospitales o no estuvieran en condiciones de realizar entrevista clínica. Se analizó la existencia de discrepancias entre tratamiento previo y tratamiento hospitalario, estableciéndose incidencia de EC como: omisión del medicamento, diferente posología, inicio innecesario, medicamento incorrecto y/o prescripción incompleta.

Resultados: De 220 pacientes (p) ingresados, cumplían criterios 113, siendo incluidos 48p. 56,2% eran hombres, edad media de 71,2 \pm 10,4 años. El principal motivo de ingreso fue cardiopatía isquémica (62,5%) e insuficiencia cardíaca (20,8%). 72,9% eran hipertensos y 43,8% diabéticos. Dos tercios de los p ingresaron en día laboral y vía urgencias. Se incluyeron 528 registros de prescripción, encontrándose discrepancias justificadas en 256 (48,5%) y discrepancias que requirieran aclaración en 113 (21,4%), 47 de las cuales (41,6%) considerado como EC, en dos terceras partes por omisión del medicamento. El EC se relacionó con vía urgente de ingreso comparado con forma electiva (91,3% vs 8,7%, p = 0,001), mayor edad (73,9 \pm 8,7 vs 68,6 \pm 11,3, p = 0,07) y número de fármacos previos (8,5 \pm 2,9 vs 7 \pm 2,5, p = 0,06). El ingreso por urgencias predijo mayor riesgo de cometer EC (OR 15,1, IC95% 2,6-85,6).

Conclusiones: Existe un alto porcentaje de pacientes en los que se cometen EC, indicando un proceso inadecuado de medicación al ingreso y despertando en el profesional oportunidades de mejora, especialmente en pacientes ancianos, ingresados por urgencia y polimedicados.

66/52. IMPORTANCIA DEL EMPLEO DE COMBINACIÓN FIJA IECA-ACA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DADOS DE ALTA POR SCA

M. Ramírez Marrero¹, M. Cano García², B. Pérez Villardón¹, I. Vegas Vegas², D. Gaitán Román¹ y M. de Mora Martín³

¹Cardiólogo. ²Médico Residente de Cardiología. Málaga;

³Cardiólogo. Jefe de Servicio. Hospital Carlos Haya. Málaga.

Introducción: El empleo de combinaciones fijas en el tratamiento de pacientes hipertensos ofrece numerosos beneficios. Uno de los más destacables es la mayor adherencia al mismo. El objetivo del estudio fue analizar la repercusión del empleo de combinación fija de IECA y antagonista del calcio (dihidropiridínico) sobre el pronóstico de pacientes hipertensos dados de alta hospitalaria por episodio de síndrome coronario agudo (SCA).

Métodos: Análisis prospectivo del total de pacientes hipertensos dados de alta por episodio de SCA, de julio 2008 a diciembre 2009. Se estudiaron diversas variables clínicas y epidemiológicas, estableciéndose análisis pronóstico en función del empleo de combinación fija comparado con tratamiento convencional, completándose un seguimiento con una mediana de 23 meses en el 100% de los casos.

Resultados: Se incluyeron 417 pacientes, 65,2% hombres, edad media de 68 \pm 10,4 años. El 45,3% eran diabéticos, 58,5% dislipémicos y 79,1% el motivo del ingreso fue angina inestable. Presentaron un índice de comorbilidad Charlson de 2,4 \pm 2,1 y un score TIMI-Risk al ingreso de 3 \pm 1,4. Se encontró disfunción sistólica del ventrículo izquierdo en el 22% de los casos. 124 pacientes (29,7%) recibieron tratamiento con combinación fija de IECA y ACA, encontrándose mayor porcentaje de cumplimiento terapéutico comparado con los que recibieron tratamiento convencional (88,7% vs 77,8%, p = 0,03) menor porcentaje de muerte cardiovascular tras seguimiento (1,6% vs 6,8%, p = 0,02), ingreso por insuficiencia cardíaca (IC) (5,6% vs 11,9%, p = 0,03), ingreso por nuevo síndrome coronario agudo (SCA) (13,7% vs 21,8%, p = 0,03) y eventos cardiovasculares mayores (17,7% vs 29,4%, p = 0,01). Tras el ajuste, el empleo de combinación fija predijo menor riesgo de desarrollo de IC (OR 0,39, IC95% 0,16-0,94), SCA (OR 0,55, IC95% 0,30-0,98) y MACEs (OR 0,5, IC95% 0,29-0,86).

Conclusiones: El empleo de combinación fija de IECA y ACA (dihidropiridínico) en pacientes hipertensos y antecedente de SCA se asoció a un pronóstico más favorable. Este hecho parece justificarse por la mayor adherencia al tratamiento.

66/53. UTILIDAD DEL EMPLEO DE COMBINACIONES FIJAS DE BETABLOQUEANTES Y DIURÉTICOS EN LOS PACIENTES ANCIANOS CON ANTECEDENTES DE SCA. ¿MEJORA EL PRONÓSTICO?

M. Ramírez Marrero¹, M. Cano García², D. Gaitán Román¹, I. Vegas Vegas², B. Pérez Villardón¹ y M. de Mora Martín³

¹Cardiólogo. ²Médico Residente de Cardiología. ³Cardiólogo. Jefe de Servicio. Hospital Carlos Haya. Málaga.

Introducción y objetivos: El uso de combinaciones fijas es un hecho cada vez más común, que ofrece numerosos beneficios. Uno de los más notables es una mayor adherencia al tratamiento, especialmente en ancianos, donde el grado de error en la me-

dicación es más frecuente. El objetivo de este estudio es analizar el impacto del uso de dosis fijas de betabloqueantes (BB) y diuréticos en el pronóstico de pacientes ancianos dados de alta por episodio de síndrome coronario agudo (SCA).

Material y métodos: Análisis prospectivo de pacientes ancianos (edad ≥ 75 años) dados de alta por episodio de SCA, desde julio 2008 a diciembre 2009. Estudiamos variables clínicas y epidemiológicas, estableciendo un análisis pronóstico basado en el uso de combinación fija comparado con tratamiento convencional. Completamos una media de seguimiento de 19.5 meses en el 100% de los casos.

Resultados: Incluimos 158 pacientes, 48,1% mujeres, edad media de $79,7 \pm 4,1$ años. 67,7% de pacientes tenían hipertensión, 44,3% diabetes y 45,6% dislipemia. El índice de comorbilidad Charlson fue de $2,8 \pm 2,1$ y un TIMI score de $3,4 \pm 1,1$. Encontramos disfunción ventricular izquierda en 35,1% de los casos. 38 pacientes (24,1%) fueron tratados con una combinación fija de BB y diuréticos, y tuvieron un alto porcentaje de adherencia al tratamiento comparados con pacientes que recibieron tratamiento convencional (92,1% vs 85%, $p = 0,02$), baja tasa de muerte por causa cardiovascular (0% vs 17,5%, $p = 0,002$), ingreso por insuficiencia cardíaca (2,6% vs 23,3%, $p = 0,002$) y efectos adversos cardiovasculares mayores (MACE, 15,8% vs 42,5%, $p = 0,002$). No hubo diferencias en la tasa de ingresos por SCA ($p = 0,09$). El uso de combinación fija predijo menor riesgo de desarrollo de insuficiencia cardíaca (OR 0,05, IC95% 0,006-0,43) y MACE (OR 0,06, IC95% 0,007-0,46).

Conclusiones: El uso de combinaciones fijas de BB y diuréticos en pacientes ancianos e historia de SCA se asoció a un pronóstico más favorable. Esto parece estar justificado por una mayor adherencia al tratamiento.

66/54. REPERCUSIÓN PRONÓSTICA NEGATIVA DE LA INSUFICIENCIA RENAL AVANZADA EN PACIENTES INGRESADOS POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST

M. Ramírez Marrero¹, M. Jiménez Navarro¹, B. Pérez Villardón¹, M. Cano García², E. de Teresa Galván³ y M. de Mora Martín⁴

¹Cardiólogo. ²Médico Residente de Cardiología. ³Cardiólogo. Jefe de Servicio. Hospital Carlos Haya. Málaga. ⁴Cardiólogo. Jefe de Servicio. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción y objetivos: La insuficiencia renal es un factor de riesgo cardiovascular independiente establecido, muchas veces infraestimado al considerar exclusivamente las cifras de creatinina en plasma del paciente. Nuestro objetivo fue analizar la influencia sobre el pronóstico a largo plazo de la insuficiencia renal avanzada (IR) (definida como aclaramiento renal < 60 ml/min/1,73 m² mediante la fórmula abreviada MDRD) en pacientes ingresados por SCASEST.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de los pacientes ingresados consecutivamente por SCASEST, de enero 2004 a diciembre 2005, completándose un seguimiento con una mediana de 24 meses, en el 96,4% de los casos.

Resultados: Se incluyeron 715 pacientes, 70,6% varones, edad media $66,3 \pm 11,3$ años. 172 pacientes (24,1%) tenían IR según la fórmula de MDRD abreviada, porcentaje mucho más elevado que el obtenido si sólo tuviésemos en cuenta las cifras de creatinina en plasma (36 pacientes, 5%). Los pacientes con IR eran de edad más avanzada ($73,1 \pm 11,5$ vs $57,8 \pm 15,4$, $p = 0,0001$) y mayor comorbilidad asociada (índice de Charlson $3,6 \pm 1,6$ vs $0,7 \pm 1$, $p = 0,0001$). Los pacientes con IR presentaron peor pronóstico a largo plazo, con cifras más elevadas de mortalidad cardiovascular (37,5% vs 5,9%, $p = 0,0001$) y eventos cardiovasculares

mayores (67,3% vs 37,5%, $p = 0,0001$). Tras el ajuste, la presencia de IR se asoció a un mayor riesgo de desarrollo de eventos cardiovasculares mayores tras el seguimiento (OR 2,04, IC95% 1,34-3,09).

Conclusiones: La insuficiencia renal avanzada es un factor pronóstico de enorme importancia en el SCASEST, dado que dos tercios de estos pacientes desarrollaron complicaciones cardiovasculares durante el seguimiento a largo plazo. Es de vital importancia su diagnóstico mediante métodos más fiables que la sola determinación de cifras de creatinina en plasma.

66/56. BENEFICIOS DE LA FASE II DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDÍACA EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M. Fernández Olmo¹, J. Vallejo Carmona¹, J. Torres Llergo², F. Guerrero Márquez³, A. López Lozano⁴, J. Expósito Tirado⁴ y A. Martínez Martínez³

¹Cardiólogo. ³Médico Residente de Cardiología. ⁴Médico Especialista de Rehabilitación. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla; ²Cardiólogo. Hospital de Jaén.

Introducción: Los programas de rehabilitación cardíaca han demostrado ampliamente sus beneficios en pacientes con cardiopatía isquémica. Nuestro objetivo fue evaluar las mejoras alcanzadas en términos de capacidad funcional y tolerancia al ejercicio de aquellos pacientes incluidos en un programa de rehabilitación cardíaca.

Material y métodos: Incluimos de forma prospectiva y consecutiva a 120 pacientes que realizaron la fase II del programa de Rehabilitación Cardíaca en nuestro centro durante el año 2010, analizando las diferencias encontradas en las ergometrías del inicio y final del programa.

Resultados: La edad media fue de $53,6 \pm 9$ años. El 90,8% eran hombres, 42,5% hipertensos, 25% diabéticos, 57,5% dislipémicos y el 53,3% fumadores. El 5,8% presentaban cardiopatía isquémica previa y un 20,5% disfunción sistólica del ventrículo izquierdo. El tipo de evento más frecuente por el que fueron derivados al programa fue el IAMCEST, con un 58,3% de los casos, IAMSEST en un 16,6%, angina inestable un 22,5% y angina estable en un 2,5%. La media de sesiones realizadas fueron $15 \pm 5,8$. El tiempo máximo de ejercicio alcanzado en la ergometría final fue significativamente mayor respecto al inicial ($8,7 \pm 2,3$ vs $7,2 \pm 2,2$ minutos; $p < 0,001$), al igual que la capacidad funcional alcanzada ($9,4 \pm 2,2$ vs $8,4 \pm 2,3$ METS; $p < 0,001$).

Conclusiones: La rehabilitación cardíaca aumenta la tolerancia al ejercicio y la capacidad funcional de los pacientes con cardiopatía isquémica que realizan un programa de ejercicio estructurado.

66/57. ¿OBTIENEN LAS MISMAS MEJORAS EN CAPACIDAD FUNCIONAL Y TOLERANCIA AL EJERCICIO LOS PACIENTES CON SCAGEST FRENTE A SCASEST TRAS LA REALIZACIÓN DEL EJERCICIO FÍSICO EN UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDÍACA?

M. Fernández Olmo¹, J. Vallejo Carmona², J. Torres Llergo³, F. Guerrero Márquez¹, A. López Lozano⁴, J. Expósito Tirado⁴ y A. Martínez Martínez²

¹Médico Residente de Cardiología. ²Cardiólogo. ⁴Médico Especialista en Rehabilitación. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla; ³Cardiólogo. Complejo Hospitalario de Jaén.

Introducción: Los pacientes que más se derivan a rehabilitación cardíaca y por tanto sobre los que más evidencia científica exis-

te en cuanto a los beneficios que éste tratamiento produce, son los que sufren un síndrome coronario agudo. El objetivo de nuestro trabajo es comparar el aumento de capacidad funcional y tolerancia al ejercicio en pacientes con SCACEST y SCASEST al finalizar el programa.

Material y métodos: Analizamos 116 pacientes que realizaron el programa de rehabilitación cardíaca en 2010.

Resultados: 60,3% presentaron un SCACEST. Los pacientes con SCASEST presentaron mayor porcentaje de diabetes (43,4% vs 11,4%; $p < 0,001$) y un mayor IMC ($31,1 \pm 4,5$ vs $29 \pm 3,9$; $p = 0,005$), aunque una menor proporción de tabaquismo (39,1 vs 62,8%; $p = 0,016$). Los pacientes con SCASEST presentaron mayor número de vasos afectados ($1,8 \pm 1,04$ vs $1,5 \pm 0,79$; $p = 0,007$), con mayor revascularización percutánea (87,1% vs 63,1%; $p = 0,002$). Sin existir diferencias en la duración media del programa, en ambos grupos se evidenció un aumento de la duración del tiempo medio de ejercicio en minutos ($0,8 \pm 1,2$ en el SCASEST vs $1,2 \pm 1,3$ en el SCACEST; $p = 0,16$) y de capacidad funcional en METS ($0,7 \pm 1,1$ vs $1 \pm 1,1$; $p = 0,13$).

Conclusiones: En SCA, bien en la presentación de SCASEST como en la manifestación de SCACEST, los pacientes obtienen un aumento de la tolerancia del ejercicio y de la capacidad funcional.

66/59. EVALUACIÓN ECOCARDIOGRÁFICA EN EL SEGUIMIENTO TRAS EL IMPLANTE DE PRÓTESIS AÓRTICA PERCUTÁNEA

M. López Pérez, N. Herrera Gómez, E. Molina Navarro, R. García Orta, R. Macías Ruiz, J. Jiménez Jaimez, I. Uribe Morales, M. Molina Lerma, M. Jiménez Fernández y R. Melgares Moreno

Cardiólogo. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción y objetivos: El implante de prótesis aórticas percutáneas (TAVI) está demostrando ser una buena alternativa en pacientes con alto riesgo quirúrgico o inoperables. Describimos la experiencia inicial en nuestro centro en el seguimiento ecocardiográfico tras el implante de la prótesis percutánea Core Valve®.

Material y métodos: Serie inicial de 36 pacientes intervenidos de TAVI, en el que analizamos una serie de parámetros ecocardiográficos comparándolos al mes, a los 6 meses y al año de seguimiento con el ecocardiograma basal previo al implante.

Resultados: Se objetivó una reducción significativa del grosor del septo al mes: $13,8 \pm 1,86$ a $12,71 \pm 1,6$ que se mantuvo a los 6 meses y al año. A los 6 meses se comprobó una mejoría significativa de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) $51,82 \pm 14,6$ a $61,83 \pm 5,45$, aunque no se confirmó a los 12 meses. En cuanto a la presencia de regurgitaciones periprotésicas (RP) hubo una reducción significativa en la regurgitación de al menos un grado en 7 pacientes a los 6 meses ($p = 0,008$) y en 6 pacientes a los 12 meses ($p = 0,02$).

Conclusiones: Nuestra experiencia inicial en el seguimiento ecocardiográfico de TAVI, indica una reducción precoz del grosor del septo interventricular al mes de seguimiento y una mejoría en la FEVI a los 6 meses, que probablemente se confirmará con mayor tamaño muestral más a largo plazo. Además al contrario que otras series existe una tendencia significativa a la reducción del grado de RP a los 6 y 12 meses de seguimiento.

66/61. CONCORDANCIA DIAGNÓSTICA ENTRE UN SERVICIO DE URGENCIAS Y EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL DE REFERENCIA

M. Baena López¹, P. Sánchez-Praena Sánchez¹ y S. Muñoz Troyano²

¹Médico de Familia. Hospital de Alta Resolución El Toyo. Almería; ²Cardiólogo. Hospital Torrecárdenas. Almería.

Introducción: Los hospitales de alta resolución se configuran como hospitales de proximidad, ubicados en zonas geográficas alejadas de grandes núcleos urbanos o en áreas con gran crecimiento estacional, por lo que ofrecen una atención adaptada a cada entorno. Una de sus principales características es la realización de la consulta de acto único, lo que supone, que en una misma visita, al paciente se le practican todas las pruebas necesarias, se le ofrece un diagnóstico y se le prescribe un tratamiento. El Toyo fue el primer hospital inaugurado por la Junta de Andalucía siguiendo este modelo y atiende a una población de 58.332 personas. El objetivo de nuestro estudio es comprobar la concordancia diagnóstica existente, según criterios de CIE-9, de los pacientes derivados desde el servicio de urgencias de nuestro centro para valoración por cardiología del hospital de referencia (Torrecárdenas).

Métodos: Se analizaron los pacientes trasladados durante el año 2011. Se establecieron 2 niveles de concordancia diagnóstica: 1º coincidente o bien no coincidente pero sindrónicamente correcta, y 2º errónea. Se compararon las variables: edad, sexo y diagnóstico.

Resultados: Se trasladaron al hospital de referencia un total de 84 pacientes. La edad media fue de $58,5 \pm 34$ años, y el 58% fueron hombres.

Conclusiones: La concordancia diagnóstica fue mayoritaria con un índice de error del 8,9%. El sexo y origen de traslado no están relacionados con el error diagnóstico. El motivo de error principal fue una inadecuada valoración clínica. No se registró mortalidad en el grupo de pacientes sin concordancia diagnóstica.

66/62. IMPACTO DEL DESCENSO DE FIBRINOLISIS EN URGENCIAS DEL HAR TOYO TRAS LA AMPLIACIÓN DEL HORARIO DE REALIZACIÓN DE ANGIOPLASTIA PRIMARIA EN EL HOSPITAL TORRECÁRDENAS

P. Sánchez-Praena Sánchez¹, M. Baena López¹, S. Muñoz Troyano², F. Mellado Vergel¹, N. Díaz Ricomá¹ y D. Mena Perra¹

¹Médico de Familia. Urgencias. Hospital de Alta Resolución El Toyo. Almería; ²Cardiólogo. Unidad de Gestión Clínica de Cardiología. Hospital Torrecárdenas. Almería.

Introducción: El tratamiento del síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST) es la revascularización precoz. Actualmente disponemos de dos estrategias aceptables, la fibrinólisis y la angioplastia primaria (AP). En general, se considera superior el abordaje por angioplastia primaria. El Hospital de Alta Resolución El Toyo por su situación respecto al hospital de referencia cumple el tiempo puerta-balón. El objetivo de este estudio ha sido medir el aumento en el número de angioplastias primarias realizadas en pacientes derivados desde nuestro centro, que cumplían criterios, desde octubre de 2010 cuando se amplió el horario de disponibilidad del servicio de hemodinámica de 7 horas diarias a las 12 actuales.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal, utilizando base de datos hospitalaria informatizada incluyendo todos los procedimientos de angioplastia primaria realizados desde julio de 2009 hasta diciembre de 2011.

Resultados: Durante el primer periodo de tiempo hubo 12 casos de SCACEST, realizándose en 7 casos la fibrinólisis (58,3%) y en un solo caso la AP (8,3%), y durante el segundo hubo 16 casos, realizándose en 6 casos la fibrinólisis (37,5%) y en 4 casos la AP (25%).

Conclusiones: La ampliación del horario para poder llevar a cabo la AP se correlaciona con un aumento AP realizadas en pacientes con SCACEST derivados desde nuestro centro al centro de referencia.

66/63. INFLUENCIA EN LA TASA DE INGRESOS EN CARDIOLOGÍA TRAS LA INSTAURACIÓN DE LA TNT-HS EN URGENCIAS

M. Baena López¹, P. Sánchez-Praena Sánchez¹ y S. Muñoz Troyano²

¹Médico de Familia. Urgencias. Hospital de Alta Resolución El Toyo. Almería; ²Cardiólogo. Unidad de Gestión Clínica de Cardiología. Hospital Torrecárdenas. Almería.

Introducción: Las troponinas (Tn) fueron el primer biomarcador completamente cardioespecífico, para diagnóstico de pacientes con dolor torácico sugerente de síndrome coronario agudo (SCA). La isoforma I, se caracteriza por ser más sensible pero menos específica que la troponina T para diagnóstico de SCA. Las troponinas ultrasensibles (hs TnT) se han introducido recientemente en nuestro hospital de referencia, caracterizándose por una mayor sensibilidad para detectar mínimas concentraciones de troponinas, siendo indicativas de SCA. Nuestro objetivo es medir el porcentaje de pacientes ingresados en cardiología derivados desde nuestro centro con Tn I patológicas, en comparación a Tn T y T-us en un mismo periodo temporal, en el hospital Torrecárdenas.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal, utilizando base de datos hospitalaria informatizada incluyendo pacientes con dolor torácico, ECG normal y Tn- I positiva, derivados al hospital de referencia para valoración por Cardiología, desde octubre-diciembre de 2010 y 2011, siendo el total 42 pacientes.

Resultados: Se observó un mayor número de ingresos en el segundo periodo donde la troponina de referencia era hs- TnT (85% vs 58%).

Conclusiones: Pese a las limitaciones del estudio, por manejar un pequeño volumen de pacientes, podemos afirmar que la mayor sensibilidad de las hs TnT, está produciendo un mayor número de ingresos, y que no debemos olvidar que las Tn positivas no equivalen a SCA. La clínica y el laboratorio se han de enfrentar conjuntamente al reto que representará optimizar el uso de estos biomarcadores en el área de urgencias.

66/64. CARACTERÍSTICAS FENOTÍPICAS DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO GENÉTICO DE SÍNDROME DE BEUREN-WILLIAMS. SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO

A. García Bellón¹, B. Pérez Villardón², V. Cuenca Peiro², J. Cano Nieto², M. Ramírez Marrero², B. Picazo Angelín³, L. Conejo Muñoz³, J. Gil Jaurena⁴, J. Zabala Arguelles⁵ y M. de Mora Martín⁶

¹Médico Residente de Cardiología. ²Facultativo Especialista de Área: Cardiología. ³Facultativo Especialista de Área: Cardiología Pediátrica. ⁴Facultativo Especialista de Área: Cirugía Cardiovascular. ⁵Jefe de Sección de Cardiología Pediátrica. ⁶Jefe del Servicio de Cardiología. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Introducción: El síndrome de Beuren-Williams (SBW) es un defecto congénito caracterizado por rasgos faciales típicos y

anomalías en distintos órganos y sistemas, siendo las complicaciones cardiovasculares la principal causa de muerte. Nuestro objetivo fue analizar las características clínicas de los pacientes (p) con diagnóstico genético confirmado para SBW.

Métodos: Realizamos un análisis retrospectivo de los p con diagnóstico de SBW entre enero 2000-diciembre 2011. Analizamos las características clínicas, especialmente las anomalías cardiovasculares y las estrategias terapéuticas utilizadas en cada caso. Seguimiento medio de 79 meses.

Resultados: Estudiamos 26 p, 16 varones (61,5%) con una edad media de 7 ± 4 años (5 meses-18 años). Un 92,3% presentaba fenotipo compatible con SBW. Un 88,5% tenía anomalías cardíacas, destacando la presencia de estenosis pulmonar periférica en 17p, estenosis supraaórtica en 15p, estenosis supra-pulmonar en 3p, coartación de aorta en 7p, HTA en 3p, síndrome de aorta media en 3p, estenosis arteria renal en 2p, prolapso mitral en 1p. Requirieron algún tipo de intervención 6p (23,1%): 3 angioplastias en ramas pulmonares, 3 aortoplastias quirúrgicas y 1 angioplastia a coartación. Otras anomalías: neurológicas 42%, endocrinas 30%, oftalmológicas 27%, gastrointestinales en 23%, hipoacusia en 8%. No hubo mortalidad en nuestra serie, pero la morbilidad es elevada.

Conclusiones: El SBW tiene implicaciones en diferentes sistemas, siendo las complicaciones cardiovasculares las que pueden poner en peligro la vida de estos pacientes. La sospecha clínica de su pediatra puede permitir un diagnóstico precoz, identificando los trastornos cardiovasculares para realizar un adecuado seguimiento y tratamiento efectivo en caso necesario.

66/68. EFECTOS SOBRE LA FUNCIÓN VENTRICULAR Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CORONARIA AL FINALIZAR UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDÍACA

L. Gheorghe¹, E. Chueca González¹, E. Otero Chulian¹, M. Pajares Vinardell², J. Freire Macias², J. Castillo Ortiz², P. Sánchez Millán¹, J. Pedregal Sánchez¹, M. Herruzo Rojas¹ y R. Vázquez García¹

¹Cardiólogo. ²Medicina Nuclear. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Introducción: Existe consenso sobre el beneficio de programa de rehabilitación cardíaca (PRC) en pacientes con cardiopatía isquémica, sin embargo su efecto sobre la función ventricular (FE) es controvertido. Nos proponemos valorar los cambios en la fracción de eyección mediante ventriculografía isotópica (VI) tras PRC.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 28 pacientes incluidos en 2011 en PRC. 75% son varones, edad: 58 ± 8 años. Riesgo moderado-68%, y riesgo alto-25%. Se realiza valoración inicial y final de datos clínicos, capacidad funcional (CF) mediante ergometría (METs) y VI. Análisis estadístico descriptivo, test no paramétrico (Wilcoxon y U-Mann Whitney).

Resultados: Tras el programa de rehabilitación, se observó un aumento global de 2% entre FE inicial y final (n = 28, 52,4 ± 11,4% vs 54,32 ± 11,06%, p = 0,2). Este aumento fue del 4% en los pacientes con FE inicial < 50% (n = 11, 40,6 ± 6% vs 44,1 ± 9%, p = 0,1). Al finalizar el PRC, la capacidad funcional mejoró en 23 pacientes, no se modificó en 3 (> 7 METs inicial) y disminuyó en 2 (n = 5, FE > 55%). El grupo de pacientes con incremento de la CF (n = 23) aumentó 2,2% la FE, mientras que el grupo sin mejora de CF (n = 5) la FE aumentó sólo 0,5% (p = 0,8). Todos los pacientes con FE inicial < 50% mejoraron su CF, frente a un 70% de los pacientes con FE inicial > 50%.

Conclusiones: En nuestro estudio, los pacientes con FE disminuida tienen mayor probabilidad de mejorar la CF al final del programa.

ma de rehabilitación cardíaca, y el mayor aumento de la FE se produce en los que mejoran dicha capacidad tras el mismo.

66/73. REMODELADO AURICULAR IZQUIERDO Y EFECTOS SOBRE LA FUNCIÓN DIASTÓLICA TRAS IMPLANTE DE VÁLVULA AÓRTICA PERCUTÁNEA

M. Baeza Garzón¹, M. Delgado Ortega², D. Mesa Rubio², M. Ruiz Ortiz², J. Suárez de Lezo Cruz Conde², M. Pan Álvarez-Osorio², M. León del Pino¹, F. Castillo Bernal¹, M. Morenate Navío¹ y F. Toledano Delgado¹

¹Médico Residente de Cardiología. ²Cardiólogo. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción: La disfunción diastólica es responsable de los primeros síntomas de insuficiencia cardíaca en ancianos con estenosis aórtica (EAO) severa subsidiarios de implante de válvula aórtica percutánea (TAVI). Estudios previos demuestran reducción en el grosor septal de ventrículo izquierdo (VI) tras TAVI, pero pocos evalúan el remodelado auricular izquierdo (AI) y la función diastólica VI tras TAVI. El objetivo era valorar la respuesta de parámetros ecocardiográficos de función diastólica de VI y el remodelado AI en sometidos a TAVI.

Material y métodos: De enero a diciembre de 2011 incluimos 18 pacientes (edad media 80 ± 5 años, varones 39%) diagnosticados de EAO severa con fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) sistólica conservada, sometidos a TAVI en los que obtuvimos parámetros ecocardiográficos de función diastólica (cociente E/A, cociente E/e', considerando e' como la media de las medidas de doppler tisular del anillo mitral septal y lateral, y el área de AI ajustada por superficie corporal) previos al implante de TAVI y al mes de seguimiento.

Resultados: Tras 1 mes de seguimiento no hubo cambios significativos en la FEVI sistólica (67 ± 15,5 vs 64 ± 11%, p = 0,39). Se observó una reducción significativa del tamaño de AI ajustado por superficie corporal (13,21 cm²/m² vs 12,51 cm²/m², p = 0,03) y reducción del cociente E/e' (30,76 vs 12,61, p = 0,006).

Conclusiones: En este estudio hemos objetivado, de forma precoz tras implante de TAVI, reducción significativa del grosor septal de VI, remodelado favorable AI y mejora significativa de la función diastólica de VI.

66/75. ANÁLISIS DE LOS DIFERENTES COMPONENTES DE LA DEFORMACIÓN DEL VENTRÍCULO DERECHO POR MEDIO DE SPECKLE TRACKING TRIDIMENSIONAL TRAS EL IMPLANTE PERCUTÁNEO DE UNA PRÓTESIS VALVULAR AÓRTICA

F. Castillo Bernal, D. Mesa Rubio, M. Ruiz Ortiz, M. Delgado Ortega, C. Morenate Navío, F. Baeza Garzón, C. León del Pino, F. Toledano Delgado, F. Mazuelos Bellido y J. Suárez de Lezo Herreros de Tejada

Cardiólogo. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Objetivos: La evolución de la función ventricular derecha (FVD) tras prótesis valvular aórtica percutánea (TAVI) ha sido poco estudiada. El área strain estimada por speckle tracking tridimensional (3DSTE) integra la deformación miocárdica longitudinal y circunferencial. Nuestro objetivo es estudiar la evolución de la FVD al mes post TAVI utilizando diferentes parámetros ecocardiográficos.

Métodos: Desde enero-octubre de 2011 se realizaron de forma consecutiva estudios completos ecocardiográficos (Artida, Toshiba Medical System) tanto basales como al mes, a los pacientes tratados mediante TAVI con prótesis Corevalve. La FVD fue evaluada mediante parámetros convencionales: excursión del pla-

no anular tricuspídeo en modo M (TAPSE) y velocidad sistólica del anillo tricuspídeo por doppler tisular pulsado (DTI); y mediante 3DSTE: strain longitudinal de la pared libre del VD (3DRD-VL strain) y área strain (AS). Se realizó también la medida de la presión sistólica de la arteria pulmonar (PSAP).

Resultados: Se incluyeron 18 pacientes (edad 80 ± 5 años, 11 mujeres). Se observó una reducción significativa en PSAP (44 ± 7 vs 36 ± 8, p < 0,001) y mejoría significativa en la FVD por prácticamente todos los parámetros (TAPSE 19,6 ± 2,5 vs 22,1 ± 3,8, p = 0,016; onda S DTI 10,19 ± 1 vs 10,9 ± 1,1, p = 0,001; 3DRVL strain -11,8 ± 10 vs 18,9 ± 8, p = 0,037). Sin embargo se cuantificó un incremento no significativo en el AS global.

Conclusiones: Tras TAVI se produce una mejoría en los parámetros de FVD que valoran deformación longitudinal por distintos métodos ecocardiográficos. Incrementos no significativos en el AS podrían reflejar la menor participación de la deformación circunferencial en la FVD.

66/78. REGISTRO DE COEXISTENCIA DE OTRAS CARDIOPATÍAS EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR NO PERMANENTE Y ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO A LAS NUEVAS GUÍAS

I. Sainz Hidalgo, S. Gómez Moreno, G. Brunstein Díaz-Pérez, J. Quintana Figueroa, A. Aguilera Saborido, A. Aranda de Dios y A. Fernández Romero

Cardiólogo. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivos: Estudio observacional-multicéntrico para evaluar la prevalencia de cardiopatías específicamente en los pacientes con FA no permanente (FANP).

Material y métodos: Se realizó entre pacientes con FANP que acudieron a la consulta en el periodo de marzo-julio 2011. Los datos se obtuvieron de la historia clínica y estudios complementarios recogidos el día de consulta y tratamiento adecuándolo a las guías de la Sociedad Europea de Cardiología.

Resultados: 158 pacientes. Edad de 66,6 ± 10,4 años (52% varones). De las FANP, presentaron una cardiopatía el 91%, el 41% tuvieron FANP con mínima cardiopatía estructural o sin ella, principalmente cardiopatía hipertensiva (32,9%). Cardiopatía isquémica: 11,4%, valvulopatía 12,7%, hipertrófica (4,4%). Distirodismos 22,8% (hipotiroidismo: 18,4%, hipertirodismo 4,4%). Para la indicación de la anticoagulación se valoró los factores de riesgo hemorrágico patológicos presentes en el 5,2%. La mayoría de los pacientes estaban asintomáticos en la consulta (53,5%), aunque las palpitaciones había sido su síntoma índice (67,7%). La función sistólica estaba en límites de la normalidad en 58,9%. El 68,3% seguía tratamiento anticoagulante.

Conclusiones: 1) La cardiopatía hipertensiva es la cardiopatía que se presenta con mayor frecuencia en la FANP. 2) Las alteraciones tiroideas son frecuentes en los pacientes con FANP. 3) Los factores de riesgo hemorrágicos son poco frecuentes en este tipo de pacientes.

66/80. TRATAMIENTO PERCUTÁNEO DE LA REESTENOSIS DEL TRONCO CORONARIO IZQUIERDO DISTAL: RESULTADOS CLÍNICOS Y ANGIOGRÁFICOS

M. Puentes Chiachío, J. Segura, M. Peña, M. Romero, M. Santisteban, M. Pan, J. López, D. Pavlovic, J. Suárez de Lezo Herreros de Tejada y J. Suárez de Lezo Cruz Conde

Cardiólogo. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción: Existe escasa información sobre resultados del tratamiento percutáneo (PCI) en reestenosis del tronco corona-

rio izquierdo (TCI). Nuestro objetivo fue analizar los resultados angiográficos inmediatos y clínicos a largo plazo en pacientes con reestenosis de TCI tratados percutáneamente.

Métodos: De mayo-02 a febrero-11, tratamos 1.102 pacientes con afectación del TCI distal mediante stents farmacoactivos. Analizamos 70 pacientes (6%) que presentaron reestenosis. Se definieron eventos cardíacos mayores (MACE): muerte cardíaca, revascularización de lesión diana (TLR), infarto miocárdico (IAM) y necesidad de cirugía cardíaca (CABG).

Resultados: La mayoría fueron varones (84%), con edad media 66 ± 10 años. 20 pacientes (17%) se trataron básicamente con técnica compleja. La reestenosis se localizó en el vaso principal en 26 pacientes (37%), afectando al TCI en 13 (50%), y al ostium de la descendente anterior en los otros 13 (50%). La rama lateral (ostium de circunfleja) se reestenósó en 21 pacientes (30%), y en 23 (33%) la reestenosis envolvió ambos vasos. El tratamiento de la reestenosis fue: dilatación con balón (14 pacientes), stent en 52 (stent-intrastent en 38 y stent adicional en la rama lateral en 14). Dos stents fueron implantados en 4 pacientes. Éxito primario se obtuvo en 66 pacientes (94%); hubo 2 muertes intrahospitalarias (3%). La tasa de MACE al seguimiento (40 ± 27 meses) fue 12% (muerte cardíaca 5; TLR 3; IAM 2; CABG 1) y 8 pacientes murieron de causa no-cardíaca.

Conclusiones: PCI en reestenosis de TCI distal puede ser buena opción terapéutica, con alta tasa de éxito inmediato y aceptables resultados a largo plazo.

66/81. DESFIBRILADORES AUTOMÁTICOS IMPLANTABLES EN ADULTOS CON CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS COMPLEJAS

M. Cabeza Letrán¹, E. Arana Rueda², J. Durán Guerrero², D. Rangel Sousa¹, J. Martos Maine¹, F. Zafra Cobo¹ y A. Pedrote Martínez²

¹Médico Residente de Cardiología. ²Cardiólogo. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: La población de adultos con cardiopatías congénitas complejas es cada vez mayor, siendo más frecuente la indicación de desfibrilador automático implantable (DAI). Las indicaciones, tipo de implante y programación suelen ser individualizadas, siendo las series disponibles aisladas.

Objetivos: Pretendemos describir nuestra experiencia con este tipo de pacientes.

Métodos: Revisión de 6 pacientes con implante de DAI en prevención secundaria desde 2005 a 2011 en un Hospital de tercer nivel. Se analizan datos clínicos, de implante, programación y seguimiento.

Resultados: Características clínicas: Edad media 28 ± 9 años. 5 hombres (83,3%). Tetralogía de Fallot 2; D- transposición de las grandes arterias 3; Ventrículo derecho de doble salida 1. FE sistémica $51,6 \pm 8,6\%$. Presión ventricular subpulmonar $57,8 \pm 29,3$ mmHg. Volumen telediastólico ventrículo derecho $147,75 \pm 31$ ml/m². QRS 148 ± 11 ms. Prevención secundaria 6 (100%): Parada cardíaca no fatal 4 (66,6%). Taquicardia ventricular sincopal 1 (16,6%). Taquicardia ventricular no sincopal 1 (16,6%). La técnica de implante fue convencional en 4 pacientes. En 5 se implantó DAI bicameral. No hubo complicaciones periprocedimiento. Con un seguimiento $3,66 \pm 2,71$ años (6-36 meses) no hubo descargas apropiadas. Dos pacientes (33,3%) recibieron descargas inapropiadas en esfuerzo, por flutter auricular y taquicardia sinusal.

Conclusiones: A pesar de la complejidad anatómica de estos pacientes el implante de DAI es posible y seguro. La ausencia de descargas apropiadas pone de manifiesto el desconocimiento de la historia natural de estos enfermos.

66/84. IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA GRUPAL EN EL CONTROL DEL PESO E ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN CARDIÓPATAS HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL INFANTA MARGARITA: ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO

F. Molina Ruiz¹, J. Alcántara Reyes¹, G. Navarro Luque¹, A. Guijarro Villatora¹, M. Leyva Grande¹, M. Parra Agudo¹, M. Casanova Martín², R. Tirado Miranda³, F. Esteban Martínez² y J. Ariza Cañete²

¹Enfermero. ²Facultativo Especialista de Área: Cardiología.

³Facultativo Especialista de Área: Medicina Interna. Cabra. Córdoba.

Introducción: Diversos grupos han comunicado la importancia de implantar medidas educativas dirigidas al control del peso y realización de ejercicio físico en el manejo de pacientes con cardiopatía.

Objetivos: Valorar el impacto de una intervención educativa grupal impartida por enfermería en la evolución del peso e IMC de pacientes que han sido hospitalizados por cardiopatía.

Métodos: Pacientes consecutivos dados de alta de Cardiología y que dieron consentimiento informado fueron aleatorizados a recibir o no una charla educativa (que incluía las recomendaciones de la Sociedad española y Europea de Cardiología sobre actividad física y para el control de FRCV) impartida por enfermería en grupos de 5-10 pacientes un mes tras el alta hospitalaria. Al alta y a los 6-9 meses de seguimiento, diferentes variables relacionadas con el peso fueron analizadas.

Resultados: 68 pacientes fueron aleatorizados al grupo intervención, 73 pacientes al grupo control, obteniéndose mediciones de peso e IMC en 46 y 55 pacientes respectivamente. El peso e IMC inicial en el grupo de intervención fue de $77,9 \pm 12,6$ Kg y $29,72 \pm 3,9$ Kg/m², con un incremento de $1,76 \pm 4,1$ Kg y $0,8 \pm 1,6$ Kg/m² en el seguimiento respectivamente. En el grupo control, el peso e IMC inicial fue de $79,96 \pm 15$ Kg y $30,4 \pm 5,6$ Kg/m², con un incremento de $1,78 \pm 3,7$ Kg y $0,74 \pm 1,4$ Kg/m² en el seguimiento (análisis de covarianza peso e IMC: $p = 0,99$ y $0,89$ respectivamente).

Conclusiones: Nuestro estudio no nos permite concluir que exista una mejora en el control del peso e IMC significativa en el grupo que recibe la intervención educativa.

66/85. ESTUDIO DE ANOMALÍAS DE LAS ARTERIAS CORONARIAS POR TC CARDÍACO. INCIDENCIA DE ANOMALÍAS MALIGNAS

C. Jiménez Rubio¹, A. Cordero Aguilar², A. García Bellón³, M. González Sánchez⁴, G. Guzmán Martínez⁵, M. Fernández Velilla⁶, M. Moreno Yangüela⁵ y M. de Mora Martín³

¹Cardiólogo. Hospital Universitario de Ceuta; ²Cardiólogo.

Hospital de Antequera. Málaga; ³Cardiología. Hospital Carlos

Haya. Málaga; ⁴Cardiólogo. Hospital Universitario de Salamanca;

⁵Cardiólogo. ⁶Radiología. Hospital La Paz. Madrid.

Introducción: La angiografía por TC debido a su elevada resolución espacial permite el correcto diagnóstico de las anomalías congénitas de las arterias coronarias.

Objetivos: Describir las anomalías de las arterias coronarias en pacientes con angiografía coronaria por tomografía multicorte 64 detectores.

Material y métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de estudios tomográficos realizados consecutivamente entre enero 2006 y febrero 2011.

Resultados: Se documentaron 62 anomalías de las arterias coronarias en 60 pacientes. Clasificación: -Anomalías del origen y curso: origen independiente DA y Cx (15); Origen suprasinusal de TCI (13); Origen TCI del seno derecho (2, una de ellas con trayecto interarterial); Origen suprasinusal de CD (7); Origen CD del seno izquierdo (10, todas ellas con trayecto interarterial); Origen DA del seno derecho (1); Origen DA del seno no coronario (1); Origen Cx del seno derecho (6, una de ellas con trayecto interarterial). -Anomalía de la anatomía intrínseca: ausencia de Cx (2); ausencia de CD (1). -Anomalía de la terminación: fistula a ventrículo izquierdo (1); Fístula a arteria pulmonar (3). La gran mayoría (55/62) formaban parte de las anomalías del origen. De todas ellas 12 (19% del total) presentaban un trayecto interarterial (entre aorta y arteria pulmonar) y eran de las denominadas "malignas" o de alto riesgo para muerte súbita, siendo la mayoría (10/12) cuando la CD se origina del seno coronario izquierdo.

Conclusiones: En nuestra serie de anomalías coronarias la gran mayoría (89%) pertenecían al grupo de anomalías del origen. El TC tiene un importante papel en describir el trayecto arterial y determinar aquellas anomalías de alto riesgo que en nuestra serie supuso un 19% del total y que condicionan el pronóstico y el manejo del paciente.

66/87. UTILIDAD DE LA ANGIOGRAFÍA POR TC CARDÍACO EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR

C. Jiménez Rubio¹, A. Cordero Aguilar²,
A. González González³, M. González Sánchez⁴,
G. Guzmán Martínez⁵, M. Moreno Yangüela⁵
y M. de Mora Martín³

¹Cardiólogo. Hospital Universitario de Ceuta; ²Cardiólogo. Hospital de Antequera. Málaga; ³Cardiólogo. Hospital Carlos Haya. Málaga; ⁴Cardiólogo. Hospital Universitario de Salamanca; ⁵Cardiólogo. Hospital La Paz. Madrid.

Introducción: 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 el ritmo cardíaco.

Objetivos: Describir la interpretabilidad de la angiografía por TC en pacientes con fibrilación auricular.

Material y métodos: Se realizó un análisis descriptivo retrospectivo de los estudios tomográficos realizados en el laboratorio de imagen cardíaca durante el período comprendido entre enero de 2008 a diciembre de 2011. Se utilizó un tomógrafo Toshiba Aquilion de 64 detectores. Se seleccionaron los estudios correspondientes a los pacientes que presentaron alteraciones del ritmo cardíaco durante la adquisición de las imágenes.

Resultados: Un total de 822 angiografías coronarias por TC fueron analizadas. 185 (22,5%) se realizaron en pacientes con FA. La frecuencia cardíaca promedio fue 81,6 latidos por minuto (40-135). En 53 pacientes (28,6%) se utilizó algún agente betabloqueante. 165 estudios (89,2%) pudieron ser analizados adecuadamente y 20 (10,8%) no tuvieron valor diagnóstico por baja calidad de las imágenes adquiridas.

Conclusiones: En nuestra serie cerca de una cuarta parte (22,5%) de los estudios angiográficos por TC son realizados en pacientes con fibrilación auricular. En la mayoría de estos pacientes (89,2%) la anatomía coronaria puede ser valorada satisfactoriamente sin que esta condición suponga el rechazo de estos para la realización del estudio. Esto es especialmente útil en los pacientes valvulares sometidos a coronariografía previo a la cirugía.

66/88. IMPACTO DE LA HIPERTENSIÓN PULMONAR SOBRE LA MORTALIDAD CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA

J. Torres Llergo¹, E. Quesada Pérez¹, C. Lozano Cabezas¹,
M. Fernández Olmo², M. Padilla Pérez¹,
J. Fernández Guerrero¹, E. Vázquez Ruiz de Castroviejo¹
y C. Adamuz Ruiz¹

¹Cardiólogo. Complejo Hospitalario de Jaén; ²Cardiólogo. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: Una adecuada valoración pronóstica de la estenosis aórtica severa (EAS) representa un aspecto clave en el manejo clínico-quirúrgico de esta entidad dada su alta prevalencia.

Objetivos: Analizar el impacto de la hipertensión pulmonar (HTP) moderada o severa estimada ecocardiográficamente, sobre la mortalidad cardiovascular de este grupo.

Material y métodos: se analizó retrospectivamente los resultados del seguimiento de 79 pacientes diagnosticados de EAS (velocidad pico transvalvular ≥ 4 m/s) en nuestro centro durante un año. La HTP fue definida como aquella estimación de presión arterial pulmonar sistólica ≥ 50 mmHg.

Resultados: 22 pacientes (27,8%) sufrieron el evento (muerte cardiovascular), de los cuales el 54,5% fueron mujeres, con una edad media significativamente mayor que los que sobrevivieron (78,3 años vs 71,7 años; $p = 0,007$). En el análisis univariante, el grupo de mortalidad mostró mayor EuroSCORE (11,1 vs 6,7; $p = 0,001$), mayor uso de anticoagulantes orales (47,4 vs 21,4%; $p = 0,04$), presencia de HTP al menos moderada (36,4 vs 12,3%; $p = 0,024$), velocidad pico aórtica (4,85 vs 4,56 m/s; $p = 0,04$) y un menor uso de estatinas (31,6 vs 60,7%; $p = 0,035$) y tasas de recambio valvular aórtico (RVA) (4,5 vs 50%; $p < 0,001$). En un modelo de análisis multivariante que incluyó todas estas variables más la disfunción sistólica y el sexo, tan sólo la HTP con PAPs ≥ 50 mmHg (HR 5,2; IC 1,3-20,7; $p = 0,019$) y el RVA (HR 0,05; IC 0,007-0,46; $p = 0,008$) se comportaron como predictores independientes de mortalidad cardiovascular.

Conclusiones: En pacientes con EAS, la HTP estimada ecocardiográficamente como moderada o severa comporta un mayor riesgo de mortalidad cardiovascular. El RVA continúa siendo el único factor asociado a una mayor supervivencia de estos pacientes.

66/89. IMPACTO DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDÍACA (PCR) EN LA CLASE FUNCIONAL MEDIANTE ERGOMETRÍA

E. Chueca González¹, P. Fernández García¹, E. Otero Chulian¹,
J. Freire Macías², M. Pajares Vinardell², J. López Benítez¹,
V. Escolar Camas¹, M. Fernández García¹,
D. Bartolomé Mateos¹ y R. Vázquez García³

¹Cardiólogo. ²Medicina Nuclear. ³Cardiólogo. Jefe de Servicio. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Objetivos: Evaluar la clase funcional de pacientes incluidos en el programa de rehabilitación cardíaca mediante ergometría pronóstica.

Material y métodos: Estudio retrospectivo en el que se analizan a 74 pacientes que finalizaron el periodo de rehabilitación cardíaca en el Hospital Universitario Puerta del Mar recogiendo variables epidemiológicas y clínicas tales como el motivo de inclusión y observamos, mediante la ergometría (al inicio y final), la evolución de su clase funcional (CF).

Resultados: El 75% de los pacientes fueron hombres, con edad media de 58 ± 10 años. El principal motivo de inclusión fue cardiopatía isquémica (87%) de los cuales, más de la mitad presen-

taron infarto agudo de miocardio. El 25% pertenecían al grupo de alto riesgo, 43% al intermedio y 32% al bajo. En cuanto a la mejoría de la CF mediante ergometría (n = 43), el 48,2% presentó mejoría significativa (e3METS), sin diferencia significativa por grupos de riesgo ni sexo. De los que no mejoraron, el 63% partían de una ergometría normal (e7METS).

Conclusiones: Tras PCR, se observa mejoría de la CF mediante ergometría al inicio y al final de los pacientes en mitad de los casos sin importar el grupo de riesgo o sexo. Se demuestra una vez más, la importancia de la rehabilitación cardíaca tras evento isquémico.

66/90. BAJA PENETRANCIA EN CANALOPATÍAS GENÉTICAS: UTILIDAD DIAGNÓSTICA DEL ESTUDIO GENÉTICO

J. Jiménez Jáimez¹, R. Macías Ruiz¹, I. Uribe Morales¹, G. Tortajada², E. López Moreno³, M. Álvarez López³, L. Tercedor Sánchez⁴, M. Algarra Cullel² y R. Melgares Moreno⁵

¹Médico Residente de Cardiología. ²Becario de Electrofisiología y Arritmias. Unidad de Arritmias. ³Cardiólogo. ⁴Cardiólogo. Jefe de Servicio de Arritmias; ⁵Cardiólogo. Jefe de Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción: Las canalopatías cardíacas, (síndrome de QT Largo (SQTL), síndrome de Brugada (SB) y taquicardia ventricular catecolaminérgica polimórfica (TVCP)) pueden causar muerte súbita por arritmias ventriculares. Se diagnostican según unos criterios que no tienen en cuenta la información genética. Nuestro objetivo es estudiar la sensibilidad de estos criterios.

Material y métodos: Estudiamos 17 familias (12 SQTL, 4 SB y 1 TVCP) y 33 pacientes fueron incluidos. Todos eran portadores de mutaciones patogénicas. Realizamos electrocardiograma y evaluación clínica para definir los criterios en los sujetos genotipados.

Resultados: Entre los pacientes con mutaciones causantes de SQTL, el 50% cumplía criterios de probable SQTL (puntuación de Schwartz ≥ 4). La mediana del valor de la puntuación de Schwartz fue de 4 en probandos y 1,5 en familiares (p = 0,02). El intervalo QTc medio fue de 507,1 \pm 92,3 milisegundos en los probandos y de 451,2 \pm 48,3 milisegundos en familiares (p > 0,05). Entre la población con SB sólo 4 de los 10 pacientes mostraron el patrón de Brugada tipo 1 espontáneo o en respuesta a agentes bloqueantes de canales de sodio, por lo que el 60% de los pacientes no cumplía los criterios diagnósticos. Los dos casos de TVCP mostraron normalidad de la prueba de esfuerzo.

Conclusiones: Los criterios diagnósticos de las canalopatías cardíacas tienen una baja sensibilidad para detectar SQTL, SB y TVCP subclínicas, esto es, con poca expresión fenotípica. Nuestro trabajo sugiere que la información genética ser tenida en cuenta en los criterios diagnósticos.

66/92. ANÁLISIS Y SEGUIMIENTO TRAS VALVULOPLASTIA MITRAL PERCUTÁNEA (VMP)

E. Chueca González¹, P. Fernández García¹, A. Giráldez Valpuesta¹, L. Gheorghe¹, J. Castillo Ortiz¹, P. Sánchez Millán¹, J. López Benítez¹, V. Escolar Camas¹, J. Pedregal Sánchez¹ y M. Sancho Jaldón²

¹Cardiología. ²Jefe de Hemodinámica. Cardiología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Objetivos: Analizar la evolución a medio y largo plazo de pacientes consecutivos sometidos a valvuloplastia mitral percutánea (VMP) con técnica de Inoue en el Hospital Universitario Puerta del Mar.

Material y métodos: Se realiza un análisis retrospectivo de un total de 47 pacientes con una edad media de 59 \pm 11 años sometidos a VMP entre 1997 y 2010 con un seguimiento hasta 2012.

Resultados: El éxito inicial fue de 77% (33 pacientes de n = 43). No se consideró el resultado satisfactorio en 23% (10 pacientes) de los que en un 8% (n = 36) se produjo una insuficiencia mitral severa. Un total de 6 pacientes requirieron cirugía tras el procedimiento. No hubo mortalidad ni otras complicaciones mayores. En el seguimiento de aquellos con éxito inicial hubo 2 muertes, 1 en relación con la cirugía y 1 de causa no cardíaca. Requirieron cirugía valvular 6 pacientes a un tiempo medio de la VMP de 6 años (\pm 5). El motivo de la cirugía fue: 2 por restenosis y 2 por otros problemas cardiológicos asociados (n = 4). 26 pacientes están libres de eventos mayores a una media de 7 años (\pm 4 años) con un grado funcional II y un área valvular estimada por ecocardiograma de 1-1.5 cm² (n = 20) en 50% de ellos.

Conclusiones: La valvulopatía percutánea es una técnica segura, con un alto porcentaje de éxito, una supervivencia a largo plazo elevada así como una baja progresión de la enfermedad y necesidad de reemplaza valvular.

66/93. ¿QUÉ MÁS SE PUEDE VER EN UN TC CARDÍACO? ESTUDIO DESCRIPTIVO DE HALLAZGOS INCIDENTALES

C. Jiménez Rubio¹, A. Cordero Aguilar², A. García Bellón³, M. González Sánchez⁴, G. Guzmán Martínez⁵, M. Moreno Yangüela⁵ y M. de Mora Martín³

¹Cardiólogo. Hospital Universitario de Ceuta; ²Cardiólogo. Hospital de Antequera. Málaga; ³Cardiólogo. Hospital Carlos Haya. Málaga; ⁴Cardiólogo. Hospital Universitario de Salamanca; ⁵Cardiólogo. Hospital La Paz. Madrid.

Introducción: Es imprescindible en el estudio por TC cardíaco además de la valoración de las arterias coronarias, el estudio de otras estructuras cardíacas, torácicas e incluso abdominales.

Objetivos: Describir los hallazgos incidentales y sin diagnóstico previo tras la realización de un TC cardíaco.

Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de los estudios tomográficos realizados de enero 2009 a diciembre 2011. Se obtuvo un "field of view" amplio que incluía todo el campo irradiado y la ventana pulmonar. Se revisó la historia clínica para confirmar la existencia de patología asociada a dichos hallazgos.

Resultados: Fueron analizados un total de 973 estudios. 298 (31%) presentaron uno o más hallazgos diferentes al objetivo del estudio, de los cuales 64 ya tenían diagnóstico previo. Los 235 definidos como hallazgos incidentales (24% del total) se clasificaron: -Torácicos/Extracardíacos (168): Nódulo pulmonar (37)/Adenopatías (5); Enfermedad pequeña vía aérea (94); Hernia de hiato (20); Derrame pleural (9); Nódulo tiroideo (2)/Otros (1). -Cardíacos/Grandes vasos (50): Trombos intracavitarios (11); Dilatación grandes vasos/ateroma (27); TEP (3); Derrame pericárdico (5); Otros (4). -Abdominales (17): Quistes hepáticos (7); Quistes renales (1); Ascitis (2); Aerobilia (3); Otros (4). De todos estos hallazgos los que tuvieron una implicación clínica para el paciente fueron 60 (6,2% del total de estudios): TEP, nódulos tiroideos, trombos intracavitarios, úlceras aórticas y nódulos pulmonares (6 de ellos con diagnóstico etiológico de origen neoplásico).

Conclusiones: En nuestra serie casi una cuarta parte (24%) de los pacientes que fueron sometidos a un TC cardíaco tuvieron hallazgos de nuevo diagnóstico diferentes al propósito del estudio, de los cuales (6,2%) supusieron un cambio en el manejo y pronóstico vital del paciente. Es de crucial importancia a la hora de la interpretación de un TC cardíaco analizar todas las estructuras incluidas en el campo de estudio.

66/94. EXPERIENCIA DE USO DEL BALÓN LIBERADOR DE PACLITAXEL EN NUESTRO LABORATORIO DE HEMODINÁMICA

I. Estrada Parra, R. Guerola Segura, F. Sánchez Burguillos, C. Navarro Valverde, R. Picón Heras, I. Lara de la Fuente, J. Maser Carretero, M. Mera Romero, C. Arias Miranda y L. Pastor Torres

Cardiólogo. Hospital de Valme. Sevilla.

Introducción: El balón liberador de paclitaxel (BLP) ha surgido en los últimos años como una nueva opción en el tratamiento de lesiones coronarias de novo (LCN) y en reestenosis de stents (RS) previamente implantados.

Objetivos: Analizar y validar el uso del BLP, siguiendo prospectivamente a los pacientes tratados en nuestro centro. Comparar los resultados con los obtenidos en los estudios PACCOATH ISR, PEPCAD-I/II y VALENTINE.

Material y métodos: Seguimiento clínico de los casos tratados con BLP desde enero de 2010 hasta enero de 2012. Analizamos características basales de los pacientes, naturaleza y localización de las lesiones tratadas. Objetivo primario de valoración: fallo del vaso tratado (FVT), definido como muerte de origen cardíaco, infarto derivado del vaso tratado o nueva revascularización de la lesión tratada guiada por isquemia espontánea/inducible.

Resultados: Se trataron 27 lesiones (27BLP) en 24 pacientes. Edad media 66,7 años. 47,8% mujeres. 73% hipertensos, 70% diabéticos, 82% dislipémicos. Seguimiento clínico medio 7,8 meses (3-24 meses). El 96,3% de los casos tratados por RS (48,1% stents convencionales y 48,1% farmacoactivos) y 3,7% en LCN. En 7,4% de los casos por RS había más de un stent implantado por recidiva de reestenosis. Localización: ADA (33,3%), ACX (22,2%), ACD (22,2%) y TCI (14,8%). Ningún caso de IAM o nueva revascularización de lesión tratada. Un caso de muerte cardíaca (varios stents solapados por RS previas).

Conclusiones: En nuestro centro, la utilización del BLP se ha mostrado como una herramienta útil y segura para tratar la RS tanto de stents convencionales como farmacoactivos.

66/96. DIFERENCIAS CLÍNICAS Y SEGUIMIENTO EN PACIENTES PORTADORES DE DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE

J. Castillo Ortiz, P. Sánchez-Millán, E. Chueca González, R. Fernández Rivero, L. Luciana Gheorghe, P. Fernández García, J. López Benítez, J. Pedregal Sánchez, L. Cano Calabria y R. Vázquez García

Cardiólogo. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Introducción y objetivos: El implante de un DAI varía dependiendo de la causa y el motivo de su implante. El objetivo de este estudio fue analizar la etiología, tipo de dispositivo, fracción de eyección y motivo de implante: prevención primaria (pp) o secundaria (ps), en portadores de DAI; así como identificar posibles factores de riesgo (FR) de mortalidad.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de 196 casos portadores de DAI (87 miocardiopatías isquémicas, 38 dilatadas, 27 hipertróficas, 23 canalopatías y 11 idiopáticas) durante los últimos 5 años. Se realizó un análisis de regresión logística para identificar posibles FR de mortalidad.

Resultados: La mayoría de los DAIs implantados fueron bicamerales (57%). En torno a 3/4 de los pacientes con tricamerales presentaban disfunción ventricular severa. El 72,2% de los dispositivos fueron indicados para ps, siendo la isquémica la etiología más frecuente dentro de este grupo (47%); mientras que la dilatada lo fue entre los pacientes con implantación por pp (43%). El

52% en los que se hizo pp tenían disfunción ventricular severa a la hora del implante, mientras que este subgrupo sólo supuso el 25% de aquellos en los que la implantación fue por ps. La mortalidad total (n = 36) sólo pudo ser explicada en base a la clase funcional (CF) y la presencia de descargas del dispositivo durante el seguimiento.

Conclusiones: La fracción de eyección más deprimida es una de las principales consideraciones para la pp de arritmias malignas. La CF y la presencia de descargas son FR de mortalidad total en portadores de DAI.

66/98. ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO EN PACIENTES INCLUIDOS EN REHABILITACIÓN CARDÍACA: CONCORDANCIA ENTRE LA ECOCARDIOGRAFÍA Y LA VENTRICULOGRAFÍA ISOTÓPICA

P. Fernández García¹, L. Gheorghe¹, E. Otero Chulian¹, M. Pajares Vinardell², J. Freire Macías², A. Giráldez Valpuesta¹, R. del Pozo Contreras¹, J. Castillo Ortiz¹, P. Sánchez Millán¹ y R. Vázquez García³

¹Cardiólogo. ²Medicina Nuclear. ³Cardiólogo. Jefe de la Unidad de Gestión Clínica. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Valorar la concordancia entre ecocardiografía y ventriculografía isotópica (VI) para estimar la fracción de eyección (FEVI) - > 50% conservada, 40-50% moderadamente deprimida, < 40% severamente deprimida y clasificar a los pacientes en escalas de riesgo para la correcta asignación en diferentes grupos de trabajo. Se seleccionaron aquellos pacientes que habían sido estudiados inicialmente con ambas pruebas (n = 96) y se analizó la concordancia global entre la medición de la FEVI mediante ecocardiografía y ventriculografía isotópica (VI) utilizando los intervalos anteriormente citados, calculándose el índice kappa. Se realizó un análisis por subgrupos para identificar aquellos con mayor discordancia. Hasta en un 22% de la cohorte, se detectaron diferencias en la medida de la FEVI, con un índice kappa de 0,479. 71% pacientes presentaron FEVI conservada por ecocardiografía versus 24% por VI, mientras FEVI moderadamente deprimida se observó en 24% por ecocardiografía versus 71% por VI. 5% de los sujetos tenían FEVI severamente deprimida tanto por ecocardiografía como por VI. La correlación entre las técnicas utilizadas para la estratificación pronóstica fue moderada. La mayor diferencia se encontró al clasificar a los pacientes en el grupo de moderado y bajo riesgo. En uno de cada cuatro sujetos, la clasificación sería errónea. Dado que el pilar para asignar el grupo de riesgo es la FEVI, se necesitan nuevos trabajos y estudios para establecer la prueba más precisa y así, el paciente reciba el programa de rehabilitación más óptimo.

66/101. SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE PACIENTES PORTADORES DE DISPOSITIVOS AUTOMÁTICOS IMPLANTABLES CON FUNCIÓN RESINCRONIZADORA (DAIRESINCRON) EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR

E. Chueca González¹, J. López Benítez², R. Fernández Rivero¹, P. Sánchez Millán¹, J. Castillo Ortiz¹, P. Fernández García¹, L. Gheorghe¹, V. Escolar Camas¹, L. Cano Calabria¹ y R. Vázquez García²

¹Cardiólogo. ²Cardiólogo. Jefe de Servicio. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Objetivos: Analizar características clínicas, eventos arritmicos y mortalidad de pacientes portadores de DAI resincro entre el año 2006-2012.

Material y métodos: Se siguieron a 36 pacientes portadores de DAI resincro (21 dilatadas, 15 isquémicas) analizándose variables demográficas, clase funcional (CF), función ventricular, tipo de dispositivo, descargas apropiadas/inapropiadas, eventos arrítmicos y motivo implante: prevención primaria (PP) o secundaria (PS).

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 64 años del que 92% fueron varones y 8% mujeres. El 60% de los pacientes se encontraban en CFIII de la NYHA, 33% en CFII y 7% CFI. En cuanto a disfunción ventricular el 70% severa, 20% moderada y 10% ligera. Principalmente, se indicaron para PP el 65% frente a PS con 35%, siendo la etiología más frecuente en PP la dilatada y en PS la isquémica. Durante el seguimiento se objetivaron un 35% de descargas de las cuales el 83% fueron apropiadas. Por tipo de eventos experimentados observamos que el 69,2% correspondieron a taquicardias ventriculares (TV) sostenidas frente al 7,7% en cada una de los siguientes eventos: fibrilaciones ventriculares, taquicardias ventriculares no sostenidas, taquicardias supraventriculares y artefactos. Se registraron un 10,8% de tormentas.

Conclusiones: La implantación de DAI resincro se produce en varones añosos, con función ventricular severamente deprimida y CFIII. La causa principal fue por PP siendo la miocardiopatía dilatada la etiología más frecuente en PP y la isquémica en PS. De las descargas registradas la mayoría fueron apropiadas siendo la TV sostenida la causa más frecuente de descarga.

66/102. INSUFICIENCIA CARDÍACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN CONSERVADA: PREDICTORES DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA

L. Pérez Belmonte¹, F. Zafra Sánchez², V. Herrero García¹, M. Platero Sánchez-Escribano¹, P. Medina Delgado², J. Pérez Díaz², M. Blanco Díaz¹, J. Constan Rodríguez¹, M. Delgado Martínez¹ y M. Guil García³

¹Médico Residente de Medicina Interna. ²Cardiólogo Adjunto. Servicio de Medicina Interna. ³Adjunto. Servicio de Medicina Interna. Hospital La Axarquía. Vélez-Málaga. Málaga.

Introducción: Los factores pronósticos de la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada (ICFEP) son aún bastante desconocidos. El objetivo de este estudio es caracterizar e identificar los factores implicados en la mortalidad intrahospitalaria.

Material y métodos: Se incluyó retrospectivamente un total 302 pacientes con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada, ingresados en los últimos 5 años, atendiendo a si fallecían o no. Analizamos datos demográficos, hábitos tóxicos, comorbilidades, valores analíticos, ingresos y datos ecocardiográficos.

Resultados: La mortalidad intrahospitalaria representó el 5,2%. Las edades medias fueron similares, en torno a 74 años ($p = 0,61$). En el grupo de los fallecidos la presencia de varones fue mayor (70 vs 48,6%, $p < 0,001$), historia de consumo de alcohol (20 vs 14,4%, $p < 0,05$), HTA (100 vs 81,5%, $p < 0,001$) y cardiopatía hipertensiva (80 vs 41,4%, $p < 0,001$), DM (70 vs 44,5%, $p < 0,001$) y ACV (30 vs 15,1%, $p < 0,05$); niveles de glucosa mayores (194,9 vs 143,2 mg/dl, $p < 0,05$), creatinina (1,71 vs 1,18 mg/dl, $p = 0,01$) y filtrado glomerular menor (43,5 vs 66,5 ml/min, $p = 0,001$); dilatación de ventrículo izquierdo (30 vs 19,9%, $p < 0,05$), hipertrofia de ventrículo izquierdo (90 vs 58,9%, $p < 0,001$) y número de ingresos (2,4 vs 1,68, $p = 0,05$).

Conclusiones: La ICFEP representa una importante proporción de los pacientes con insuficiencia cardíaca y lleva asociada una significativa morbi-mortalidad. En nuestro estudio existen elementos que tienen la suficiente potencia para influir en la mortalidad intrahospitalaria, por lo que deberían ser tenidos en

cuenta en la evaluación inicial de cualquier paciente con esta patología.

66/105. ESTUDIO SOBRE LA NECESIDAD DE CANALIZACIÓN DE UNA VÍA VENOSA PERIFÉRICA EN EL PROTOCOLO DE REALIZACIÓN DEL TEST DE MESA BASCULANTE

N. Fernández Borrego¹, M. Ramírez Marrero², D. Gaitán Román², A. Vega Romero¹, N. Hevia Ceva¹, I. Vegas Vegas³, M. Cano García³, B. Pérez Villardón² y M. de Mora Martín²

¹Enfermera. Servicio de Cardiología. ²Cardiólogo. ³Médico Residente de Cardiología. Hospital Carlos Haya. Málaga.

Introducción y objetivos: El síncope es uno de las entidades clínicas más frecuentes en urgencias. La etiología es heterogénea, siendo más frecuente la neuromediada o refleja. El test de mesa basculante (TMB) es una de las pruebas complementarias más solicitadas para su diagnóstico. Existen diversos protocolos, alguno de ellos introducen la necesidad de canalizar vía venosa periférica (VVP). Nuestro objetivo fue analizar la rentabilidad del empleo de la VVP, introducido en nuestro protocolo de actuación.

Métodos: Análisis prospectivo del total de TMB realizados, de agosto 2009 a enero 2012. A todos los pacientes se les canalizó una VVP. Se estudió el porcentaje de respuestas del test positivas, el tipo de respuesta y necesidad de administración de suero terapia y/o atropina endovenosa.

Resultados: Se realizaron 114 estudios, 66 hombres (57,9%) y 48 mujeres (42,1%), edad media $46,8 \pm 17,9$ años. 74 estudios (64,9%) fueron positivos. El tipo de respuesta positiva predominante fue tipo I o mixta (43,2%), seguida de tipo III o vasodepresora (25,7%), tipo IIb (23%) y tipo IIa (8,1%). Se requirió administración de suero terapia y/o atropina en 18 pacientes (15,8%, de la muestra total, 24,3% respecto a pacientes con resultado de test positivo), ante la persistencia de síntomas a pesar del establecimiento de medidas posturales clásicas. La administración de suero terapia y/o atropina se relacionó con positividad del test (100% en test con respuesta positiva comparado con 0% de respuesta negativa, $p = 0,007$), no relacionándose con el género del paciente (50% en cada sexo) ni con la edad ($49,6 \pm 18,9$ años vs $46,5 \pm 17,4$, $p = 0,5$).

Conclusiones: Dos tercios de los pacientes a los cuales les realizamos un TMB desarrollan respuesta positiva, de ellos, una cuarta parte requieren administración de suero terapia y/o atropina endovenosa ante persistencia sintomática a pesar de maniobras físicas. Ante estos resultados, creemos apropiado la inclusión dentro del protocolo de realización del TMB la necesidad de canalizar una VVP.

66/107. FACTORES DETERMINANTES DE LA PROLONGACIÓN INMEDIATA DE LOS INTERVALOS INTRACARDÍACOS TRAS EL IMPLANTE PERCUTÁNEO DE UNA PRÓTESIS AÓRTICA

J. López Aguilera, D. Pavlovic, M. Puentes Chiachío, J. Suárez de Lezo Herreros de Tejada, M. Peña Peña, F. Mazuelos Bellido, S. Ojeda Pineda, J. Segura Saint Gerons, M. Santisteban Sánchez de Puerta y J. Suárez de Lezo Cruz Conde

Cardiólogo. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Objetivos: El implante de prótesis aórtica Corevalve (TAVI) puede inducir cambios en la conducción auriculoventricular que

pueden ser evaluados mediante electrogramas intracavitarios (EMG) y ECG de superficie. El objetivo fue determinar factores determinantes del incremento de los intervalos PR, QRS, AH, HV registrados inmediatamente tras el tratamiento.

Métodos: Analizamos 70 casos consecutivos (edad media 78 ± 6 años, 61% mujeres) a los que se había obtenido EMG antes y 30' tras TAVI. Los cambios fueron comparados con los intervalos obtenidos del ECG antes y después del tratamiento. El incremento de los intervalos fue definido como la diferencia entre el obtenido a los 30' tras TAVI y el mismo intervalo en situación basal. Además, el incremento del intervalo AHyHV fue corregido de acuerdo al ciclo cardíaco (AHc-HVc).

Resultados: Existió una correlación inversa entre el incremento del PR y la relación "anillo/tamaño-protésico" ($r = -0,34$; $p < 0,002$). Además, existió correlación entre el incremento del HVc y el anillo aórtico medido por angiografía ($r = -0,35$; $p < 0,01$), así como con el diámetro sinusal por ecocardiografía ($r = -0,38$; $p < 0,001$). El incremento del AHc tuvo correlación con la profundidad de la prótesis ($r = 0,53$; $p < 0,0001$). El incremento QRS fue significativamente superior en pacientes con una FEVI basal $> 50\%$ (36 ± 28 vs 17 ± 15 msec; $p < 0,05$). En pacientes con BCRD, el incremento del HVc fue significativamente superior ($p < 0,001$). El incremento del HVc fue superior en pacientes con bloqueo bifascicular basal (BCRD+HBAI).

Conclusiones: La existencia de bloqueo bifascicular basal fue un factor determinante de la prolongación del HV en los EMG registrados inmediatamente tras TAVI. El diámetro del anillo aórtico, el diámetro de la unión sinusal y el ratio "anillo/tamaño-prótesis", podrían influir en el incremento del AH, HV, PR. Estos cambios no parecen influir en la necesidad de marcapasos.

66/108. UTILIZACIÓN DE TEST DIAGNÓSTICOS EN EL DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO DE PACIENTES ATENDIDOS EN UNA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDÍACA

J. Pérez Ruiz, M. Ramírez Marrero, J. Cano Nieto, A. García Bellón, A. González González, J. Delgado Prieto, J. Mora Robles, B. Luque Aguirre, R. Vivancos Delgado y M. de Mora Martín

Cardiólogo. Hospital Carlos Haya. Málaga.

Introducción: La insuficiencia cardíaca (IC) tiene elevada morbimortalidad. Es la causa más frecuente de ingreso hospitalario en mayores de 65 años. La evaluación etiológica es fundamental para una adecuada estrategia pronóstica y terapéutica.

Objetivos: Conocer intervenciones diagnósticas y terapéuticas previas a la visita encaminadas a establecer el diagnóstico de IC y las exploraciones necesarias.

Material y métodos: Análisis de 102 pacientes atendidos en una consulta monográfica de IC desde octubre de 2011 hasta enero de 2012. Se realiza entrevista clínica y de los antecedentes y todas las intervenciones diagnósticas/terapéuticas al paciente.

Resultados: 102 pacientes, 74,5% varones y edad $61 \pm 11,9$ años. El 64,7% procedían del alta hospitalaria. HTA 60,8%, 30,4% diabéticos, fumadores 23,5%, enolismo 18,6%, 52% dislipémicos, cardiopatía isquémica 36,3% y 23,5% con ICP. El 15,7% valvulopatía significativa, 5,9 cirugía valvular. Grado funcional NYHA (GF I: 9,8%; II: 58,8%; III: 29,4% y IV: 1%). A todos los pacientes se les realizó ecocardiografía, FEVI $29,9 \pm 8,03\%$. 2% se ergometría, 13,7% perfusión miocárdica, 2% angioTAC coronario y 84,3% cateterismo, evidenciándose enfermedad coronaria significativa en el 40,4%. Origen isquémico miocardiopatía di-

latada 37,3%, idiopática 25,5%, hipertensiva 9,8%, valvular 6,9%, posquimioterapia 6,9%, familiar 4,9%, enólica 2,9% y taquimiocardiopatía 2%. En el 3,9% no estableció su etiopatogenia.

Conclusiones: La ecocardiografía es la prueba de mayor utilización, realizándose a todos los pacientes. Aunque el cateterismo cardíaco es la prueba definitiva, se realiza sobre todo en pacientes en los que el diagnóstico de enfermedad coronaria reporta beneficio terapéutico. El TAC coronario es un test poco utilizado.

66/111. PREVALENCIA DE OBESIDAD EN PACIENTES EVALUADOS EN UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE INSUFICIENCIA CARDÍACA

J. Pérez Ruiz, M. Ramírez Marrero, J. Delgado Prieto, J. Cano Nieto, A. García Bellón, A. González González, B. Luque Aguirre, B. Pérez Villardón, R. Vivancos Delgado y M. de Mora Martín

Cardiología. Hospital Carlos Haya. Málaga.

Introducción: La obesidad(o) es un factor de riesgo modificable asociado a una mayor mortalidad, se correlaciona con otros factores de riesgo cardiovascular y puede empeorar el pronóstico y sintomatología en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC).

Objetivos: Analizar la prevalencia de sobrepeso(s) y obesidad en una unidad de IC, basado en el índice de masa corporal (IMC) y la relación con el grado funcional y otros FRCV.

Material y métodos: Analizamos 102 pacientes (p) (octubre de 2011-enero 2012). Se determinó el IMC. Se clasifican en sobrepeso y obesidad (SEEDO 2007). Se correlacionó dichas variables con otros FRCV y el grado funcional.

Resultados: Edad $61 \pm 11,9$, 74,5% varones, 60,8% hipertensos, 30,4% diabéticos, fumadores 23,5%, enolismo 18,6% y 52% dislipémicos. La comorbilidad asociado con índice de Charlson $3,1 \pm 2,1$. GF NYHA: 9,8% GF I, 58,8% II, 29,4% III y 1% IV. FEVI $29,9\% \pm 8,03$. Etiología isquémica (37,3%), idiopática (25,5%), hipertensiva (9,8%) y valvular (6,9%). El $IMC 31 \pm 6,5$ (13,3% normopeso, 17,3% sobrepeso I, 23,5% sobrepeso II, 24,5% obesidad I, 8,2% obesidad II y 13,3% obesidad III). Los p obesos ($IMC \geq 30$) fueron más jóvenes comparado con no obesos ($56,4 \pm 12,2$ vs $64,6 \pm 9,5$, $p = 0,001$) y presentaron grados funcionales más avanzados, $GF \geq 3$ (40% vs 26,4%, $p = 0,05$). No diferencias respecto al resto de FRDV ni la comorbilidad asociada ($p > 0,05$). La edad se asociaba de forma inversa a la obesidad (OR 0,93, IC95%, 0,89-0,97).

Conclusiones: La prevalencia de sobrepeso/obesidad es muy alta en pacientes con IC. Los pacientes obesos, presentan una edad menor y peor grado funcional. Se precisan medidas higiénico dietéticas y en determinados casos atención especializada por unidad de endocrinología.

66/113. ESTUDIO GENÉTICO DE PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA ARRITMOGÉNICA

B. Muñoz Calero, F. Trujillo Berraquero, M. Calvo Taracido, L. González Torres, M. Valle Caballero, M. Iglesias Blanco, I. Pérez López, I. Sayago Silva, R. Hidalgo Urbano y J. Cruz Fernández

Cardiólogo. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: La miocardiopatía arritmogénica (MCA) es una enfermedad hereditaria, caracterizada por la sustitución de

miocardio por tejido fibroadiposo, asociada la mayoría de las veces a mutaciones en los genes desmosomales. El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de mutaciones en los diferentes genes asociados a la enfermedad, así como establecer una correlación genotipo-fenotipo.

Material y métodos: Se incluyeron en el estudio 14 pacientes (31 ± 9 años, 9 (64,3%) varones) con MCA según los nuevos criterios diagnósticos (Task Force Criteria 2010). 7 pacientes (50%) tenían antecedentes familiares de muerte súbita (MS), 1 (7,1%) síncope, 3 (21,4%) arritmias ventriculares y 1 (7,1%) sufrieron una MS o descarga del DAI. Se analizaron los principales genes desmosomales.

Resultados: Los resultados obtenidos muestran mutaciones en 9 de 14 pacientes (64,3%) en alguno de los genes previamente asociados a MCA: 4 en placofilina (28,57%) y 5 en desmoplaquina (35,71%). De las mutaciones identificadas en nuestra cohorte, 2 no se habían descrito con anterioridad (22,2%). También se han recogido las variaciones nucleotídicas descritas como polimorfismos (SNPs), presentando un total de 7 SNPs: 3 placofilina (42,85%), 3 desmoplaquina (42,85%) y 1 desmogleína-2 (14,28%).

Conclusiones: La mayoría de los pacientes de nuestra población son portadores de mutación en genes desmosomales, principalmente en el gen de la desmoplaquina. Sin embargo, no se ha podido establecer una correlación clara entre la severidad del fenotipo y el gen afectado. El análisis genético es una herramienta útil en el diagnóstico de esta patología.

66/115. FLEBOGRAFÍA DURANTE EL RECAMBIO ELECTIVO DE GENERADOR: PREVALENCIA DE ESTENOSIS DE VENA SUBCLAVIA IZQUIERDA

J. Masero Carretero¹, M. González Correa², J. Leal del Ojo González², I. Lara de la Fuente¹, A. García Rojas³, M. Cantarino Beltrán⁴, D. García Medina², R. Pavón Jiménez², F. Molano Casimiro² y L. Pastor Torres²

¹Médico Residente de Cardiología. ²Cardiólogo. ³Enfermero. ⁴Técnico de Radiología. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla.

Introducción y objetivos: Los pacientes con implantes de un dispositivo de electroestimulación pueden presentar obstrucción de la vena subclavia izquierda, lo cual es poco frecuente en el periodo inmediato postimplante. Son escasos los datos sobre la prevalencia a largo plazo. El objetivo de este estudio es evaluar, en el momento del recambio del generador, la presencia de estenosis severas u obstrucción de vena subclavia izquierda, que podría complicar futuros cambios de electrodos o necesidad de upgrades.

Material y métodos: De enero de 2010 a febrero de 2012 se realizó recambio de generador de dispositivo de electroestimulación a 52 pacientes y flebografía de la vena subclavia izquierda.

Resultados: El 65% eran hombres, con una mediana de edad de 77 años (70-82). 36% tabaquismo, 58% hipertensión arterial, 27% diabetes mellitus, 35% dislipemia. 44% insuficiencia cardíaca (25% con disfunción sistólica). El periodo medio transcurrido desde el primoimplante hasta el recambio de generador fue de 9,9 años (S 3,7). 100% implante vía subclavia izquierda. Pacientes con un electrodo 27% (marcapasos o desfibrilador), dos electrodos 56% (marcapasos o desfibrilador con marcapasos), tres electrodos 17% (terapia de resincronización cardíaca con o sin desfibrilador). El 19% de los pacientes presentaba obstrucción o estenosis severa de la vena subclavia izquierda, que era tortuosa en el 9%.

Conclusiones: La estenosis severa u obstrucción de la vena subclavia izquierda está presente en casi 1/5 de los pacientes cuando se realiza el recambio de generador de su dispositivo.

66/116. REVASCULARIZACIÓN PERCUTÁNEA DEL TRONCO COMÚN IZQUIERDO NO PROTEGIDO: RESULTADOS A LARGO PLAZO

J. Masero Carretero¹, M. González Correa², S. Ballesteros Pradas², J. González Díaz³, C. Arias Miranda¹, R. Picón Heras¹, F. Sánchez Burguillos², P. Pérez Santigosa², F. Molano Casimiro² y L. Pastor Torres²

¹Médico Residente de Cardiología. ²Cardiólogo. ³Técnico de Radiología. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla.

Introducción y objetivos: La cirugía de revascularización coronaria es el tratamiento de referencia para la enfermedad significativa del tronco común izquierdo (TCI). Sin embargo la intervención coronaria percutánea (ICP) con stent farmacoactivo (DES) supone una alternativa válida en determinados casos. Presentamos los resultados a largo plazo de los pacientes revascularizados en nuestro medio.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de 142 pacientes sometidos ICP sobre TCI no protegido (TCINP) de forma urgente o programada entre noviembre de 2004 y noviembre de 2011.

Resultados: 72% varones, mediana de edad de 72 años. 48% tabaquismo, 65% hipertensión arterial, 58% DM y 56% de dislipemia. Ostium 31 (22%), cuerpo 16 (11.2%), bifurcación 95 (67%). Multivaso 89%. Revascularización completa en 50%. 131 (92.2%) pacientes tratados con un solo stent. Tiempo medio de seguimiento de 41 ± 21 (rango 8-81) meses. Seguimiento angiográfico 75% de los casos. Mortalidad cardíaca total 12% (17 pacientes), extrahospitalaria 6,4% (9 pacientes), MACE 40 pacientes (28%), reestenosis TCI 23 (16.2%), reestenosis otro vaso 29%. La principal variable relacionada con la mortalidad fue SCACEST ($p = 0,038$) como motivo de revascularización, no se encontró relación entre MACE con edad, enfermedad multivaso o localización de la lesión.

Conclusiones: El ICP con DES es una opción válida de tratamiento en la enfermedad de TCINP con una alta supervivencia a largo plazo y una baja tasa reestenosis. La presentación clínica como SCACEST aumenta significativamente la mortalidad en este grupo de pacientes.

66/117. UTILIDAD DIAGNÓSTICA DEL ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO PREOPERATORIO

N. Bolívar Herrera, G. Merchán Ortega, J. Bonaque González, S. Muñoz Troyano, R. Ferrer López, J. Macancela Quiñones, A. Sánchez Espino, M. Aguado Martín, F. Ruiz López y M. Gómez Recio

Cardiólogo. Centro Hospitalario Torrecárdenas. Almería.

Introducción: Las guías actuales de práctica clínica para la valoración del riesgo cardíaco preoperatorio no recomiendan la realización sistemática de ecocardiografía transtorácica, recomendándola únicamente, tras una evaluación cardíaca basada en una adecuada anamnesis, exploración física y pruebas complementarias rutinarias. Pese a las recomendaciones actuales, es una práctica clínica habitual la solicitud de una ecocardiografía preoperatoria en pacientes de edad avanzada. Se evaluó la utilidad diagnóstica de la misma.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo que incluyó de forma consecutiva a 60 pacientes a los que se les solicitó una ecocardiografía preoperatoria en Hospital Torrecárdenas.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 71 ± 12 años, siendo el 65% varones. Se observaron valvulopatías significativas en el 23% de los casos ($n = 14$): 11 valvulopatías aórticas (18%); 3 valvulopatías mitrales (5%). En el 17% ($n = 10$) se observó disfunción ventricular izquierda y en el 8% ($n = 5$) hipertensión pulmonar significativa. En los 4 pacientes en los que la ecocardiografía fue solicitada tras hallazgos patológicos no conocidos en la valoración preoperatoria, ésta fue patológica: 2 estenosis aórticas severas, 1 miocardiopatía hipertrófica, 1 hipertensión pulmonar. Sólo en 3 pacientes (5%) donde se solicitó una ecocardiografía sin datos patológicos no conocidos en el estudio preoperatorio, se observaron anomalías cardíacas estructurales (2 insuficiencias aórticas significativas, 1 hipertensión pulmonar significativa). El resto de estudios patológicos habían sido descritos previamente.

Conclusiones: La ecocardiografía transtorácica en la evaluación del riesgo cardíaco preoperatorio, no debe solicitarse sistemáticamente, dada su escasa rentabilidad diagnóstica. Su indicación debe basarse en una correcta valoración previa.

66/119. INFLUENCIA DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR EN EL TRATAMIENTO DE LA ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA MEDIANTE VÁLVULA AÓRTICA PERCUTÁNEA

M. Peña Peña, M. Romero Moreno, M. Santisteban Sánchez de Puerta, M. Pan Álvarez-Ossorio, M. Puentes Chiachio, J. López Aguilera, D. Pavlovic, J. Suárez de Lezo Herreros de Tejada, F. Mazuelos Bellido y J. Suárez de Lezo Cruz Conde

Cardiólogo. Hospital Reina Sofía. Córdoba.

Introducción: Analizamos la influencia de la fibrilación auricular en el tratamiento de la estenosis aórtica severa mediante TAVI.

Material y métodos: Entre abril de 2008 y diciembre de 2011, se intervino a 153 pacientes; 116 (76%) en ritmo sinusal (grupo I) vs 37 (24%) en fibrilación auricular permanente ($n = 28$) o paroxística ($n = 9$) (grupo II). El seguimiento fue 16 ± 12 meses para muerte, ictus y reingresos.

Resultados: La edad media fue 78 ± 5 años. No hubo diferencias basales (edad, diabetes, hipertensión, enfermedad coronaria, ictus, enfermedad pulmonar o renal) ni hemodinámicas (fracción de eyección, gradiente aórtico pico y área valvular aórtica) entre los grupos. El grupo II presentó mayor Euroscore logístico (21 ± 11 vs 15 ± 11 , $p < 0,05$) y presión sistólica pulmonar pico (51 ± 13 vs 43 ± 14 , $p < 0,05$). La técnica TAVI fue similar y eficaz en 105 pacientes (91%) del grupo I vs 32 (87%) del II (p : ns). Hubo 7 muertes (6%) intrahospitalarias en el grupo I vs 4 (11%) en el II (p : ns). Los pacientes en ritmo sinusal se trataron con aspirina y clopidogrel, y en fibrilación auricular con anticoagulación oral además de aspirina y/o clopidogrel. Durante el seguimiento, hubo 9 muertes (8%) en el grupo I y 4 (12%) en el II (p : ns). En el grupo I, hubo menos ictus (1% vs 11%, $p < 0,05$) y menos reingresos (4% vs 16%, $p < 0,05$). La supervivencia a los 2 años fue del 77% en el grupo I y 47% en el II ($p < 0,05$).

Conclusiones: Los pacientes con fibrilación auricular tratados con TAVI mostraron mayor incidencia de eventos, por lo que esta arritmia debería considerarse en la evaluación del riesgo.

66/120. ¿LA ENFERMEDAD CORONARIA INFLUYE EN EL TRATAMIENTO DE LA ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA MEDIANTE VÁLVULA AÓRTICA PERCUTÁNEA?

M. Peña Peña, F. Mazuelos Bellido, M. Santisteban Sánchez de Puerta, S. Ojeda Pineda, M. Puentes Chiachio, J. Segura Saint-Gerons, M. Romero Moreno, M. Pan Álvarez-Ossorio, J. López Aguilera y J. Suárez de Lezo Cruz Conde

Cardiólogo. Hospital Reina Sofía. Córdoba.

Introducción: Analizamos si la enfermedad coronaria influye en el tratamiento de la estenosis aórtica severa mediante TAVI.

Material y métodos: Entre abril de 2008 y diciembre de 2011, se intervino a 153 pacientes: 103 (67%) sin enfermedad coronaria (grupo I) y 50 (33%) revascularizados percutáneamente (grupo II). El seguimiento fue 16 ± 12 meses para muerte, ictus y reingresos.

Resultados: La edad media fue 78 ± 5 años. El grupo II presentó mayor incidencia de angor (22% vs 6%, $p < 0,05$). No hubo diferencias basales (edad, Euroscore logístico, hipertensión, diabetes, fibrilación auricular, enfermedad pulmonar o renal) ni hemodinámicas (presión sistólica pulmonar y gradiente aórtico pico, área valvular o fracción de eyección) entre los grupos. 33 pacientes (66%) tenían enfermedad monovaso y 17 (34%) multivaso, revascularizada a 2 ± 1 meses preimplante. 22 pacientes (44%) recibieron stents farmacoactivos y 28 (56%) convencionales. La técnica TAVI fue similar y eficaz en 92 pacientes (89%) del grupo I y en 45 (90%) del II (p : ns), hubo 9 muertes (8,7%) intrahospitalarias en el grupo I y 2 (4%) en el II (p : ns). Durante el seguimiento, hubo 7 muertes (7%) en el grupo I vs 6 (12,5%) en el II (p : ns), 2 ictus (2%) en el grupo I vs 3 (6%) en el II (p : ns) y 9 reingresos (9%) en el grupo I vs 2 (4%) en el II (p : ns). La supervivencia a los 2 años fue del 64% en el grupo I vs 61% en el II (p : ns).

Conclusiones: La enfermedad coronaria tratada percutáneamente no influye en el tratamiento de la estenosis aórtica severa mediante TAVI.

66/121. CÁLCULO EN NUESTRO MEDIO DE LOS PUNTOS DE CORTE DE LA EXCURSIÓN SISTÓLICA DEL ANILLO TRICUSPÍDEO QUE DEFINEN UNA FUNCIÓN SISTÓLICA CONSERVADA DEL VENTRÍCULO DERECHO A PARTIR DE LA VELOCIDAD PICO SISTÓLICA DEL ANILLO TRICUSPÍDEO POR DOPPLER TISULAR

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

Cardiólogo. Hospital Infanta Margarita. Cabra. Córdoba.

Introducción: La determinación de la función del ventrículo derecho (FEVD) es difícil debido a su compleja morfología. La excursión sistólica del anillo tricuspídeo (TAPSE) medida por ecocardiografía modo M es el parámetro más usado para la valoración de la FEVD; la velocidad sistólica pico del anillo tricuspídeo por doppler tisular (VPsTDT) es otro parámetro muy útil para la valoración de la FEVD por la medición de velocidades de baja frecuencia en sístole y diástole, que reflejan el movimiento miocárdico longitudinal del VD, menos dependiente de la precarga, más sensible y precoz.

Objetivos: Hallar un valor de corte del TAPSE que identifique una FEVD $> 45\%$ definida por una VPsTDT $> 11,5$ cm/sg como marcador precoz de disfunción en nuestra población de estudio.

Métodos: Se incluyeron 67 pacientes consecutivos referidos para estudio ecocardiográfico en nuestro hospital en los que se determinó la VPsTDT y el TAPSE para determinar la FEVD.

Resultados: El TAPSE (media $19,4 \pm 4,5$ mm, rango 8-28 mm), se correlacionó linealmente con la VPSTDT (media $13,9 \pm 3,6$ cm/sg; rango 6-22 cm/sg) ($r = 0,58$, $p < 0,0001$). Los puntos de corte del TAPSE que mejor discriminaron a los pacientes con FEVD conservada (VPSTDT $> 11,5$ cm/sg) fueron 15,5 mm con una sensibilidad (S) del 94% y una especificidad (E) del 50% y 16,5 mm con una S del 84% y E del 56%.

Conclusiones: En nuestra población de estudio, los puntos de corte del TAPSE de 15,5 mm y de 16,5 mm predicen una función sistólica VD conservada definida por la VPSTDT con una buena S y una E razonable.

66/123. RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA DE LA ECOCARDIOGRAFÍA EN PICO DE ESFUERZO

R. Ferrer López, G. Merchán Ortega, J. Bonaque González, S. Muñoz Troyano, N. Bolívar Herrera, M. Aguado Martín, F. Navarro García, F. Ramos Perales, F. Ruiz López y M. Gómez Recio

Cardiólogo. Centro Hospitalario Torrecárdenas. Almería.

Introducción: La ecocardiografía de esfuerzo presenta globalmente una sensibilidad del 86% y una especificidad del 81% para el diagnóstico de enfermedad coronaria. La realización de una ecocardiografía de esfuerzo con adquisición de imágenes durante el pico de esfuerzo en cinta sin fin es un procedimiento poco estandarizado dadas las dificultades inherentes.

Objetivos: Evaluar el éxito y rendimiento diagnóstico de dicha prueba.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo que incluyó consecutivamente a pacientes en los que se realizó una ecocardiografía de esfuerzo, analizando posteriormente, a los que se realizó coronariografía.

Resultados: Se realizó ecocardiografía de esfuerzo con éxito en todos los pacientes ($n = 141$, 7% no concluyentes por baja capacidad funcional). Se analizaron, finalmente, 16 pacientes, 11 pacientes con ecocardiografía de esfuerzo positivo y 4 pacientes con ecocardiografía de esfuerzo negativa (coronariografía por baja capacidad funcional o recurrencia del dolor). La sensibilidad de la prueba fue del 91%, la especificidad del 60%, el valor predictivo positivo del 83% y el valor predictivo negativo del 75%. Se identificó el vaso responsable en el 89%. La ecocardiografía de esfuerzo no presentó concordancia con la coronariografía únicamente en 3 pacientes; observándose dos falsos positivos, uno de ellos diagnosticado por coronariografía de vasoespasmos, y un falso negativo por enfermedad de un vaso.

Conclusiones: La ecocardiografía de esfuerzo con adquisición de imágenes durante el pico de esfuerzo en cinta sin fin es un procedimiento accesible en la mayoría de los pacientes, con un elevado valor diagnóstico.

66/125. CAMBIOS DINÁMICOS EN LOS FACTORES NEUROHORMONALES Y MARCADORES DE DAÑO MIOCÁRDICO EN PACIENTES SOMETIDOS AL IMPLANTE DE PRÓTESIS PERCUTÁNEA AÓRTICA

D. García Fuertes, E. Villanueva Fernández, J. López Aguilera, L. Cejudo Díaz del Campo, M. Puentes M. Peña, M. Santisteban F. Mazuelos M. Pan Álvarez Ossorio y J. Suárez de Lezo Cruz Conde

Cardiólogo. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción: Determinar los cambios en los marcadores neurohormonales y de daño miocárdico tras el implante de prótesis percutáneas aórticas.

Material y métodos: Se incluyeron pacientes tratados con prótesis CoreValve entre mayo '11 y enero '12. El daño miocárdico se valoró mediante determinación de mioglobina, Ck-MB y TnT (basal, 1ª hora, 6, 24 y 48h post-implante), y Ck y TnI (basal, 1ª hora, 6, 12, 24, 48h post-implante y alta). El estado neurohormonal e inflamatorio se valoró mediante BNP y PCR: basal, 1ª hora, 24, 48, 72h post-implante y alta. Las diferencias entre los niveles seriados se determinaron mediante el test de Friedman; se consideró significativo $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 22 pacientes ($79,7 \pm 4,7$ años; 59% mujeres; EuroSCORE $19,1 \pm 11\%$). Los marcadores de daño miocárdico aumentaron significativamente (mioglobina: $74,6 \pm 39,3$ ng/mL vs $160,0 \pm 115,9$ ng/mL, $p < 0,001$; Ck-MB: $3,51 \pm 1,3$ ng/mL vs $8,69 \pm 4,4$ ng/mL, $p < 0,001$; Ck: $60,6 \pm 41,3$ U/L vs $240,2 \pm 364,8$ U/L, $p < 0,001$; TnT: $41,7 \pm 26,8$ ng/L vs $142,6 \pm 79,0$ ng/L, $p < 0,001$; TnI: $0,05 \pm 0,08$ ng/mL vs $1,53 \pm 2,27$ ng/mL, $p < 0,001$). La mioglobina alcanzó su pico inmediatamente post-implante, el resto lo hicieron entre las 6 y las 24 horas. El BNP mostró una curva bimodal, con pico precoz en la 1ª hora ($593,8 \pm 599,0$ pg/mL) seguido por descenso progresivo a las 24 ($412,8 \pm 163,4$ pg/mL) y 48 horas ($371,5 \pm 192,2$ pg/mL), e incremento posterior a las 72 horas ($483,4 \pm 405,2$ pg/mL). No hubo diferencias significativas entre los valores de BNP, tampoco entre basal y alta ($364,0 \pm 199,4$ vs $326,3 \pm 310,5$ pg/mL, $p = 0,07$). La PCR se incrementó significativamente, con pico a las 72 horas ($12,6 \pm 27,3$ vs $120,3 \pm 0$ mg/L, $p < 0,001$).

Conclusiones: El implante de prótesis CoreValve se asocia un incremento significativo de los marcadores inflamatorios y de daño miocárdico. Existe una tendencia descendente en los niveles de BNP.

66/127. ¿QUÉ PROPORCIÓN DE PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR TIENEN UNA INDICACIÓN PREFERENTE DE DABIGATRÁN FRENTE A ANTAGONISTAS DE LA VITAMINA K?

A. Pérez Cabeza¹, F. Martínez García², A. Esteban Luque¹, P. Chinchurreta Capote³, L. Fernández López², C. Medina Palomo², R. Bravo Márquez², A. Flores Marín³, F. Martos de Asís Pérez⁴ y F. Ruiz Mateas³

¹Cardiólogo. ²Medicina Interna. Hospital Alta Resolución Benalmádena. Málaga; ³Residente de Cardiología. ⁴Cardiólogo. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga.

Introducción: Las guías europeas de fibrilación auricular (FA) recomiendan el empleo de dabigatran como alternativa a los antagonistas de la vitamina K (AVK). Se plantean dos situaciones en las que su uso sería preferencial: Pacientes con CHA2DS2Vasc = 1 y pacientes con CHAD2DS2Vasc > 2 con alto riesgo hemorrágico (HASBLED > 3). El objetivo es identificar qué proporción de los pacientes con FA atendidos en consultas externas cumplen estos requisitos.

Material y métodos: Se analizaron los datos demográficos, factores de riesgo tromboembólico y de sangrado de los pacientes con diagnóstico de FA atendidos en el Hospital de Alta Resolución de Benalmádena entre abril y diciembre de 2011.

Resultados: La muestra incluye a 328 pacientes. El 52% son varones y la edad media es de 71 ± 11 años. El 69,2% son hipertensos, 27,4% diabéticos, el 11,6% tienen antecedentes de AIT/ictus/embolia sistémica y el 17,1% insuficiencia cardíaca o FEVI $< 40\%$. Presentaron un CHA2DS2Vasc de $3,08 \pm 1,63$ y un HASBLED de $1,1 \pm 0,7$. Tenían un valor de CHA2DS2Vasc = 1 un total de 42 pacientes. Once pacientes tenían un CHA2DS2Vasc > 2 con un HASBLED > 3 . Se excluyen dos pacientes por presentar contraindicación absoluta para la anticoagulación y 4 con indicación absoluta para AVK (3 prótesis mecánicas y 1 TEP). En

total 47 pacientes (14,3%) tienen indicación preferente de dabilgagan sobre AVK.

Conclusiones: El 14,3% de los pacientes atendidos en consultas con diagnóstico de FA tiene una indicación preferente de dabilgagan sobre AVK basándose en las recomendaciones de las guías de práctica clínica europeas.

66/128. PREVALENCIA Y FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ANTICOAGULACIÓN ORAL DE PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR Y CHA2DS2VASC = 1 EN UN HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN

A. Pérez Cabeza¹, C. Medina Palomo², A. Esteban Luque¹, P. Chinchurreta Capote³, T. Gil Jiménez², L. Fernández López², F. Martínez García², A. Flores Marín³, F. Martos de Asís Pérez⁴ y F. Ruiz Mateas³

¹Cardiólogo. ⁴Medicina Interna. Hospital Alta Resolución Benalmádena. Málaga; ²Residente de Cardiología. ³Cardiólogo. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga.

Introducción: Las guías europeas de fibrilación auricular (FA) recomiendan el empleo del CHA2DS2Vasc, indicando el empleo de anticoagulantes orales en aquellos con un valor de 1. Hemos analizado cómo influyen estas recomendaciones en nuestra práctica clínica habitual.

Material y métodos: Se analizan datos demográficos, factores de riesgo tromboembólico y de sangrado y el tratamiento anti-trombótico de pacientes con FA atendidos en el HAR Benalmádena entre Abril y Diciembre de 2.011. El análisis univariado se realiza con el test de χ^2 .

Resultados: La muestra incluye 328 pacientes. El 52% son varones y edad media de 71 ± 11 años. El 69,2% son hipertensos, 27,4% diabéticos, el 11,6% tienen antecedentes de AIT/ictus/em-bolia sistémica y el 17,1% insuficiencia cardíaca o FEVI < 40%. Presentaron un CHA2DS2Vasc de $3,08 \pm 1,63$ y un HASBLED de $1,1 \pm 0,7$. 42 pacientes tenía un CHA2DS2Vasc = 1. Tres se excluyeron por presentar contraindicación absoluta para la anticoagulación o indicación absoluta (prótesis mecánica). De los 39 restantes, 13 (33,3%) estaban anticoagulados. El 22,2% con CHA2DS2Vasc = 1 y CHADS2 = 0 estaban anticoagulados, frente al 58,3% con CHA2DS2Vasc = 1 y CHADS2 = 1 ($p = 0,027$). No hubo diferencias significativas con respecto al tratamiento anticoagulante según el CHADS2 cuando el CHADSVASC era igual a 2. La mayoría de pacientes anticoagulados con CHA2DS2Vasc = 1 era por edad 65-74 años o HTA (5 pacientes respectivamente). Sólo una mujer (11,1%) con CHA2DS2Vasc = 1 fue anticoagulada.

Conclusiones: Un tercio de los pacientes con diagnóstico de FA y CHAD2DS2Vasc = 1 son anticoagulados, principalmente por hipertensión arterial o edad entre 65 y 74 años. No se anticoagula de forma sistemática a las mujeres.

66/129. ESTRATEGIA DE CONTROL DEL RITMO FRENTE A CONTROL DE FRECUENCIA CARDÍACA EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN

A. Pérez Cabeza¹, L. Fernández López², A. Esteban Luque¹, P. Chinchurreta Capote³, F. Martínez García², R. Bravo Marques², T. Gil Jiménez², A. Flores Marín³, F. Martos de Asís Pérez⁴ y F. Ruiz Mateas³

¹Cardiólogo. ⁴Medicina Interna. Hospital de Alta Resolución Benalmádena. Málaga; ²Residente de Cardiología. ³Cardiólogo. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga.

Introducción: Las guías de práctica clínica de fibrilación auricular (FA) no se definen a favor de ninguna estrategia de trata-

miento (control de frecuencia frente a control del ritmo), si bien mantener el ritmo sinusal es deseable. Hemos analizado cuál es nuestra estrategia de tratamiento en la práctica clínica habitual.

Material y métodos: Se analizan datos demográficos, clínicos y el tratamiento antiarrítmico de los pacientes con FA atendidos en el HAR Benalmádena entre abril y diciembre de 2011.

Resultados: La muestra incluye 328 pacientes (52% varones y edad media de 71 ± 11 años). El 69,2% son hipertensos, 27,4% diabéticos y el 17,1% tienen insuficiencia cardíaca o FEVI < 40%. El 58,8% (193) tenía cardiopatía estructural: cardiopatía hipertensiva (28,7%), valvulopatías significativas (22,3%), cardiopatía isquémica (13,1%). El 39,3% era FA permanente, 27,4% paroxística y 33,2% persistente. La estrategia de control de frecuencia se practicó en 148 pacientes (45,1%), frente a 180 (54,9%) con control del ritmo, de los cuales se desistió en 13 (4%). El principal motivo para no revertir era la duración prolongada de la FA (63,3%). El 23,2% tenían prescritos antiarrítmicos, siendo el más empleado la amiodarona (11%), frente a dronedarona (5,2%), flecainida (4,9%) y propafenona (0,3%). El 8,8% de los pacientes había tomado previamente antiarrítmicos, pero no en la actualidad.

Conclusiones: Más de la mitad de los pacientes con FA siguen una estrategia de control del ritmo, con un bajo empleo de fármacos antiarrítmicos. La principal causa de mantener una estrategia de control de frecuencia es la duración prolongada de la FA.

66/130. SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON CORONARIAS NORMALES. APORTACIÓN DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA CARDÍACA

L. Fernández López¹, T. Gil Jiménez¹, C. Medina Palomo¹, R. Bravo Marques¹, F. Martínez García¹, J. Carretero Ruiz², G. Rosas Cervantes², A. Arias Recalde², J. Martínez Rivero² y F. Ruiz Mateas²

¹Médico Residente de Cardiología. ²Adjunto de Cardiología. Hospital Costa del Sol. Marbella.

Introducción: El objetivo del estudio es establecer el diagnóstico definitivo de aquellos pacientes con SCA y coronarias normales.

Material y métodos: Seleccionamos pacientes ingresados por SCASEST. El diagnóstico se basó en la presencia de al menos 2 de los siguientes criterios: dolor torácico típico, elevación enzimática y cambios dinámicos en ECG.

Resultados: El tamaño muestral fue de 31 pacientes. La mayoría varones, con pocos factores de riesgo vascular y sin antecedentes de cardiopatía isquémica. El diagnóstico final más frecuente fue de IAM por la presencia de realce tardío de distribución transmural o subendocárdica.

Conclusiones: La RMC es una herramienta fundamental en la evaluación del SCA ya que un 10% de los pacientes diagnosticado inicialmente de esta entidad por alteraciones electrocardiográficas o elevación de biomarcadores de daño miocárdico tienen arterias coronarias normales. En nuestra serie la patología con mayor prevalencia fue la isquémica, seguido de un alto porcentaje en los que no pudimos dar un diagnóstico definitivo. En la literatura la patología más prevalente es la miocarditis, una frecuentemente infradiagnosticada, la RMC se ha convertido en el gold estándar para su diagnóstico. La presencia de realce tardío subendocárdico que respeta el endocardio y se distribuye de forma parcheada y multifocal es compatible con esta entidad.

66/131. EXPRESIÓN CLÍNICA DE LA VARIANTE GENÉTICA EN SQT

R. Picón Heras¹, I. Estrada Parra¹, D. García Medina¹, R. Pavón Jiménez¹, C. Navarro Valverde¹, M. González Correa¹, R. Guerola¹, M. Mera Romero¹, D. Villagómez Villegas¹ y L. Pastor Torres²

¹Cardiólogo. ²Cardiólogo. Jefe de Servicio. Hospital Virgen de Valme. Sevilla.

Introducción: El síndrome de QT largo (SQT) se debe a una alteración de los canales iónicos afectando directamente a la repolarización ventricular que se expresa electrocardiograma (ECG) en un alargamiento en el intervalo QT. Su relación con el desarrollo de arritmias ventriculares malignas y muerte súbita hace fundamental el estudio completo de las bases genéticas del mismo.

Objetivos: Analizar la expresión clínica de las variantes genéticas presentes en nuestra área y relacionadas con esta patología.

Material y métodos: 14 pacientes revisados con diagnóstico de SQT, 4 casos se definían como índices y 10 familiares de primer grado. En todos se realizó estudio completo que incluía análisis genético de una muestra de 10 ml de sangre periférica. Se realizaba técnica de reacción en cadena de la polimerasa para secuenciar los genes relacionados definiendo patológico cuando era detectada una mutación missense.

Resultados: 71,4% mujeres, edad media 32,53 años, el 57,14% presentaba antecedentes familiares de muerte súbita. El síntoma más frecuente en los pacientes índice fue muerte súbita resucitada (75%). Ningún caso familiar presentó sintomatología. En todos se registraron mutaciones en los genes relacionados, con una mayor representación en KCNQ1 (85,7%). El 7,14% presentaba la mutación en KCNH2. Ninguno presentó alteraciones en SCN5A. En ambos genes las mutaciones eran missense en heterocigosis definidas como variantes genéticas asociadas con la enfermedad.

Conclusiones: La variante genética hallada determina un fenotipo de alta agresividad en nuestro grupo de pacientes por lo que el estudio genético en los familiares de primer grado es fundamental en este tipo de pacientes.

66/132. ESTUDIO DE LAS MIOCARDIOPATÍAS. APORTACIONES DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA CARDÍACA

L. Fernández López¹, T. Gil Jiménez¹, C. Medina Palomo¹, R. Bravo Marqués¹, F. Martínez García¹, J. Carretero Ruiz², G. Rosas Cervantes², A. Arias Recalde², J. Martínez Rivero² y F. Ruiz Mateas²

¹Médico Residente de Cardiología. ²Adjunto de Cardiología. Hospital Costa del Sol. Marbella.

Introducción: La detección de necrosis o fibrosis es una aportación fundamental de la resonancia magnética cardíaca. Mediante secuencia de supresión de miocardio sano y administración de gadolinio es posible detectar áreas de miocardio dañado (necrosis o fibrosis).

Métodos: Hemos seleccionado pacientes a los que se les realizó una resonancia magnética cardíaca con secuencia de realce tardío. La localización de las áreas de fibrosis y/o necrosis nos permitió hacer el diagnóstico en la mayoría de los casos.

Resultados: Obtuvimos diferentes patrones. Patrones de lesión isquémica con realce subendocárdico y realce transmural. Patrones de lesión no isquémica: captación epicárdica en un pa-

ciente con enfermedad de Chagas, subepicárdico y multifocal en pacientes con miocarditis. Ausencia de realce tardío en aquellos pacientes que presentaban miocardiopatías dilatadas idiopáticas. En la miocardiopatía hipertrófica observamos captación parcheada correspondiente a la fibrosis focal del miocardio hipertrófico. En la miocardiopatía no compactada las secuencias de realce tardío mostraban zonas de captación de forma difusa en las zonas de no compactación, debido a cambio fibroso o la presencia de contraste remansado en las trabéculas.

Conclusiones: Según la distribución de la captación tardía de contraste es posible definir diferentes patrones característicos que nos permiten diferenciar las miocardiopatías de origen isquémico y la miocardiopatías no isquémicas de las que existen diferentes patrones de captación. La utilización de esta técnica de imagen y en especial de la secuencia con gadolinio no sólo tiene implicaciones diagnósticas sino terapéuticas y pronósticas.

66/135. ESTUDIO DESCRIPTIVO, VALORACIÓN PRONÓSTICA Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL SÍNDROME CARCINOIDE CON AFECTACIÓN VALVULAR CARDÍACA

A. Hernández Caballero¹, G. Isasti Aizpurua¹, I. Sevilla², J. García Pinilla³, J. Melero⁴, N. González Cruces¹, R. de Lemos Albadalejo¹, M. Ortega Jiménez⁵, I. Rodríguez Bailón³ y E. de Teresa Galván³

¹Médico Residente de Cardiología. ²Facultativo Especialista de Área: Oncología. ³Facultativo Especialista de Área: Cardiología. ⁴Facultativo Especialista de Área: Cirugía Cardíaca. ⁵Facultativo Especialista de Área: Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción: La afectación valvular constituye una causa importante de morbimortalidad en el Síndrome Carcinoide (SC). Nuestro objetivo fue describir la afectación cardíaca y la indicación quirúrgica en una serie de pacientes mediante ecocardiografía y CardioRMN.

Material y métodos: Se analizó una serie consecutiva de pacientes con SC, remitidos para valoración a consulta. Se analizaron parámetros epidemiológicos, clínicos, estudio de imagen, indicación de tratamiento quirúrgico y pronóstico.

Resultados: Se incluyeron 11 pacientes, 63% varones, edad media 64 años. La localización más frecuente del primario fue intestinal (63%). Se objetivó SC en el 72,7% de los pacientes y, de éstos, el 62,5% presentó afectación valvular. Las valvulopatías más frecuentes fueron la insuficiencia tricúspide (100%) y la insuficiencia pulmonar (83,4%). Se realizó ecocardiografía y cardioRMN en todos ellos, objetivándose un caso de metástasis intramiocárdica. En el 27% se indicó cirugía (valvulopatía significativa y dilatación de cavidades derechas). En un paciente con indicación quirúrgica se desestimó ésta por alto riesgo quirúrgico. La técnica empleada en todos los casos fue doble sustitución por prótesis biológicas en posición tricúspide y pulmonar más ampliación del tracto de salida de ventrículo derecho. La evolución en el seguimiento ha sido satisfactoria, sin recidivas, con recuperación del remodelado ventricular derecho.

Conclusiones: La afectación valvular en el SC es frecuente, principalmente insuficiencia tricúspide y pulmonar. La combinación de ecocardiografía y cardioRMN es útil en el seguimiento de estos pacientes, permitiendo establecer la indicación quirúrgica de manera precoz, antes de que se produzca deterioro irreversible de la función ventricular derecha.

66/136. UTILIDAD DEL ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO 3D EN LA UNIDAD DE CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS DEL ADULTO

J. Cano Nieto¹, V. Cuenca Peiró¹, G. Ballesteros Darbenti¹, R. Vivancos Delgado¹ y M. de Mora Martín²

¹Cardiólogo Adjunto. ²Cardiólogo. Hospital Universitario Carlos Haya. Málaga.

Introducción: 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 técnicas de imagen complejas y difíciles de interpretar a veces. Dichas técnicas en cardiología son amplias y nos permiten un estudio completo de nuestros pacientes. En pacientes con cardiopatías congénitas a veces nos encontramos con estructuras difíciles de evaluar por ecocardiograma estándar. El ecocardiograma transesofágico con reconstrucción 3D es una herramienta de gran utilidad para muchos de estas patologías.

Material y métodos: En la unidad de cardiopatías congénitas hemos evaluado 164 pacientes en un periodo de 12 meses. Hemos realizado 11 estudios con ecocardiograma transesofágico con reconstrucción 3D. La indicación más repetida fue el análisis de comunicaciones interauriculares como diagnóstico y guía de tratamiento (4 pacientes, 36,3%) y estudio previo a cardioversión eléctrica por fibrilación auricular (2 pacientes, 18%).

Resultados: Todos los estudios fueron interpretados por cardiólogo experto en enfermedades congénitas. No hubo complicaciones y se pudieron analizar todas las estructuras deseadas para la toma de decisiones clínicas/terapéuticas.

Conclusiones: Las cardiopatías congénitas del adulto son una entidad creciente e importante en nuestro medio y necesitaremos todos los medios técnicos/diagnósticos para su correcto manejo. El ecocardiograma transesofágico con reconstrucción 3D puede ser una herramienta fundamental para algunas patologías complejas.

66/137. UTILIDAD DE OTRAS TÉCNICAS DE IMAGEN EN LA UNIDAD DE CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS DEL ADULTO

J. Cano Nieto¹, V. Cuenca Peiró¹, G. Ballesteros Darbenti¹, R. Vivancos Delgado¹ y M. de Mora Martín²

¹Cardiólogo Adjunto. ²Cardiólogo. Hospital Universitario Carlos Haya. Málaga.

Introducción: 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 técnicas de imagen complejas y difíciles de interpretar a veces. Dichas técnicas en cardiología son amplias y nos permiten un estudio completo de nuestros pacientes. En pacientes con cardiopatías congénitas a veces nos encontramos con estructuras difíciles de evaluar por ecocardiograma estándar. El uso de otras técnicas de imagen como la resonancia magnética, TAC, medicina nuclear o ecocardiograma transesofágico puede ser importante para la evaluación de estos enfermos.

Material y métodos: En la unidad de cardiopatías congénitas hemos evaluado 164 pacientes en un periodo de 12 meses. Hemos realizado 69 estudios con estudios de imágenes adicionales al ecocardiograma. La RMN correspondió al 17,8% (29 pacientes), angioTAC 14,7%, 6% ecocardiograma transesofágico y 3% ventriculografía isotópica.

Resultados: Todos los estudios fueron interpretados por cardiólogo experto en enfermedades congénitas. No hubo complica-

ciones y se pudieron analizar todas las estructuras deseadas para la toma de decisiones clínicas/terapéuticas.

Conclusiones: Las cardiopatías congénitas del adulto son una entidad creciente e importante en nuestro medio y necesitaremos todos los medios técnicos/diagnósticos para su correcto manejo. La información aportada por el ecocardiograma es fundamental pero a veces nos encontramos con cardiopatías difíciles de interpretar y necesitamos otras técnicas diagnósticas para obtener la máxima información.

66/141. INFLUENCIA DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDÍACA EN PACIENTES TRAS SCA SOBRE CONSTANTES CON VALOR PRONÓSTICO

C. Navarro Valverde¹, I. Estrada Parra¹, M. González Correa², J. Masero Carretero¹, R. Picón Heras¹, I. Lara de la Fuente¹, M. Mera Romero¹, R. Guerola Segura¹, J. Mora Pardo³ y L. Pastor Torres⁴

¹Médico Residente de Cardiología. ²Facultativo Especialista de Área: Cardiología. ³Enfermero. Servicio de Cardiología. ⁴Cardiólogo. Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla.

Introducción: La frecuencia cardíaca basal (FCB) elevada es un factor de riesgo cardiovascular independiente, así como cifras de TA por encima de los objetivos de control. En este marco, los programas de rehabilitación cardíaca (PRC) son una de las herramientas más eficaces en la prevención secundaria. Nuestro objetivo fue evaluar variaciones en cifras tensionales y FCB tras un PRC en pacientes tras síndrome coronario agudo (SCA).

Material y métodos: Hemos estudiado 56 p. consecutivos que se incluyeron en el PRC por enfermedad coronaria severa angiográfica y manifiesta como SCA. Se realizaron mediciones de FCB, tensión arterial sistólica (TAS) y diastólica (TAD) antes y después de concluir la intervención.

Resultados: De una población con una prevalencia del 53,6% de hipertensión, 87% hombres, se observaron diferencias en la reducción de la TAS con 120 mmHg (108;130) vs 110 mmHg (100;120) (p 0,03) sin encontrarlas en la TAD con 70 (60;80) vs 70 (70;70). Tampoco se encontraron reducciones significativas en la FCB con 68 lpm (IC95% 50-86) vs 67 lpm (IC95% 55-79) (p 0,4). No hubo modificaciones significativas en el tratamiento médico antes y después del PRC con alto porcentaje de pacientes tratados según las guías de práctica clínica.

Conclusiones: Tras el PRC no se produjo un descenso significativo en la FCB aunque sí en las cifras medianas de TAS, valor que resulta de interés pronóstico en los pacientes con cardiopatía isquémica y pudiera dar valor añadido al PRC de cara a cumplir objetivos de práctica clínica en prevención secundaria.

66/144. EVOLUCIÓN CLÍNICA DE PACIENTES CON MARCAPASOS DEFINITIVO TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UNA VÁLVULA AÓRTICA PERCUTÁNEA

M. Santisteban Sánchez de Puerta, M. Pan Álvarez-Ossorio, M. Peña Peña, J. López Aguilera, M. Puentes Chiachío, D. Pavlovic, J. Suárez de Lezo Herreros de Tejada, F. Mazuelos Bellido, S. Ojeda Pineda y J. Suárez de Lezo Cruz Conde

Cardiólogo. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Objetivos: La implantación de una válvula aórtica percutánea (TAVI) puede inducir alteraciones severas de la conducción AV en 20-30% de los pacientes. La estimulación permanente del ventrículo derecho (EPVD) puede afectar la evolución clínica.

Analizamos la influencia de la EPVD en la evolución clínica de pacientes con TAVI.

Métodos: Entre abril-08 y diciembre-11, 153 pacientes fueron tratados mediante TAVI (CoreValve). Se excluyeron 5 pacientes con marcapasos previo; 120 pacientes (81%) no desarrollaron alteraciones de la conducción (Grupo-I), y 28 (19%) presentaron bloqueo-AV completo en las primeras 72 horas tras TAVI, implantándose marcapasos definitivo (Grupo-II). El seguimiento fue 16 ± 12 meses. Se definieron como eventos mayores: muerte por cualquier causa, ictus y reingreso por insuficiencia cardíaca (ICC).

Resultados: Edad 78 ± 5 años, sin diferencias significativas clínicas-hemodinámicas-angiográficas basales. Los varones (27% vs 13%; $p < 0,05$) y aquellos con BCRDHH previo (66% vs 11%; $p < 0,05$) necesitaron marcapasos permanente con mayor frecuencia. Se obtuvo éxito primario en 107 pacientes (89%) en grupo-I y en 25 pacientes (89%) en grupo-II (p : ns). No hubo diferencias en mortalidad hospitalaria 9 (7,5%) vs 2 (7,1%) ni al seguimiento 8 (7%) en grupo-I vs 4 (15%) en grupo-II (p : ns). La incidencia de ictus fue 4 pacientes (3,3%) en grupo-I vs 1 paciente (3,6%) en grupo-II (p : ns). La tasa de reingresos por ICC fue 7 (5,8%) en grupo-I vs 3 (10,7%) en grupo-II (p : ns). La supervivencia libre de eventos mayores en el seguimiento fue 69% en grupo-I y 63% en grupo-II (p : ns).

Conclusiones: A pesar de los efectos adversos de la EPVD sobre el remodelado del VI, la evolución clínica es similar a la de aquellos que mantienen intacta la conducción AV tras la TAVI.

66/145. CARDIOPATÍA ESTRUCTURAL Y ABLACIÓN CON CATÉTER EN LA FIBRILACIÓN AURICULAR PERSISTENTE Y DE LARGA DURACIÓN

J. Roa Garrido¹, A. Martínez Pérez¹, P. Moriña Vázquez², A. López Suárez¹, J. Fernández Gómez², R. Barba Pichardo² y V. José²

¹Cardiólogo. ²Medicina Intensiva. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Introducción: La indicación de ablación con catéter (AC) en la fibrilación auricular (FA) paroxística según cardiopatía estructural asociada está mejor establecida que la FA persistente y de larga duración (FAPEL). Nuestro objetivo es analizar la relación entre la existencia de cardiopatía estructural y parámetros ecocardiográficos con el éxito del procedimiento, en pacientes con FAPEL sometidos a AC.

Material y métodos: Realizamos ecocardiograma (tamaño de aurícula izquierda-AI- y grosor parietal-GP-), ECG y holter de 24 horas, previo y tras ablación de FA (al alta, al año) con seguimiento clínico.

Resultados: Serie de casos de 69 pacientes. Edad media $55,42 \pm 17,8$ años (IC95%), 75% hombres, 62% hipertensos, cardiopatía estructural 62,7% (hipertensiva 42,4%, valvulopatía 4,5%, isquémica 3%, otras 12%). Seguimiento medio $22,83 \pm 17$ meses, ritmo sinusal (RS) al alta 88,2%, eventos 55,2%, RS al año 76,9% y mejoría de calidad de vida en 69,6%. Éxito global (permanencia en RS y/o mejoría de calidad de vida) 71,2%. AI inicial media fue 45 ± 7 mm (IC95%) y GP de $12,3 \pm 6$ mm (IC95%). No hubo diferencias estadísticamente significativas tras AC en tamaño de AI (test Wilcoxon, $p = 0,935$) ni GP (test de Wilcoxon, $p = 0,871$). En pacientes con cardiopatía estructural, el éxito fue 58,3% ($p = 0,010$).

Conclusiones: En pacientes sometidos a ablación de FAPEL con cardiopatía estructural, a pesar de no modificar significativamente parámetros como AI y GP, permanecen en RS y/o mejoran su calidad de vida más de la mitad de los pacientes.

66/146. ACTIVIDAD AURICULAR TRAS ABLACIÓN CON CATÉTER EN LA FIBRILACIÓN AURICULAR PERSISTENTE

J. Roa Garrido¹, A. Martínez Pérez¹, P. Moriña Vázquez², A. López Suárez¹, J. Fernández Gómez², R. Barba Pichardo² y J. Venegas Gamero²

¹Cardiólogo. ²Medicina Intensiva. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Introducción: La ablación con catéter (AC) de la FA persistente o de larga duración (FAPEL) se asocia a tasa de éxito variables (porcentaje frecuente de varios intentos) y a procedimientos más largos y complejos, con varias modificaciones del sustrato en aurícula izquierda (AI). Según algunos autores, esto puede desestructurar la AI eléctrica y/o morfológicamente. Nuestro objetivo es analizar la actividad mecánica de AI en pacientes con AC de FAPEL frente FA paroxística (FAP).

Material y métodos: Se analiza ritmo sinusal (RS) al alta y al año, con ECG, holter de 24 horas y ecocardiografía (onda A en llenado mitral). Se registran eventos (muerte, ingreso por arritmias y episodio > 30 segundos de FA) y sintomatología.

Resultados: Muestra de 68 pacientes con FAP y 68 con FAPEL. Porcentaje de doble procedimiento en FA paroxística (FAP) 19,1% frente 32,9% de FAPEL ($p < 0,010$). Seguimiento medio de 26,5 meses. Técnica de AC en FAPEL frente FAP: aislamiento circunferencial y desconexión de todas las venas pulmonares 83,8/76,1%; techo AI 35,3/28,4%; pared posterior 19,1/9%; otras líneas 32,4/17,9%; potenciales 25/19,4%; istmo mitral 39,7/29,9%; ICT 36,8/49,3%. FAPEL presentó al alta RS el 88,2% frente al 100% en FAP; permanencia al año en RS con presencia constatada de onda A en 76,9% ($p = 0,02$), resultando un éxito global (no eventos y/o mejoría de calidad de vida) de 69,6% frente al 93,6% de FAP ($p < 0,010$).

Conclusiones: Los procedimientos de AC de FAPEL son más complejos y con menor tasa de permanencia en RS, pero alcanzan una actividad mecánica de AI similar.

66/148. IMPACTO DEL RECHAZO AGUDO EN EL TRASPLANTE CARDÍACO EN EL AREA STRAIN, UN NUEVO PARÁMETRO DERIVADO DE LA ECOCARDIOGRAFÍA SPECKLE TRACKING TRIDIMENSIONAL

M. Morenate Navío, M. Ruiz Ortiz, D. Mesa Rubio, M. Delgado Ortega, E. Romo Peñas, M. Baeza Garzón, F. Toledano Delgado, A. López Granados, J. Arizón de Prado y J. Suárez de Lezo Cruz Conde

Cardiólogo. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción: Datos preliminares han mostrado una asociación entre la deformación miocárdica radial y el rechazo agudo (RA) en pacientes trasplantados cardíacos. Nuestro objetivo es evaluar el impacto del RA en el area strain (AS), un nuevo parámetro derivado de la ecocardiografía speckle tracking tridimensional (EST3D), que integra la deformación circunferencial y longitudinal ventricular izquierda.

Material y métodos: Del 1.1.2011 al 31.10.2011 realizamos un examen ecocardiográfico exhaustivo a todos los pacientes trasplantados cardíacos en nuestro centro en su primer año postrasplante, el mismo día de la realización de las biopsias intramiocárdicas rutinarias (BEM). Se obtuvieron parámetros ecocardiográficos convencionales, así como el AS segmentaria y global evaluada por EST3D. Seleccionamos aquellos exámenes coincidentes con RA \geq grado 1R de la International

Society of Heart and Lung Transplantation como grupo de estudio y se comparó con todos los demás exámenes de la serie sin RA (grado OR) (muestras independientes), y con exámenes realizados en los mismos pacientes sin RA (muestras pareadas).

Resultados: De 44 estudios realizados 4 ± 3 meses tras el trasplante cardíaco en 17 pacientes (edad media 53 ± 14 años, 88% varones), en 18 estudios se observó RA ≥ grado 1R, y en 26 no se observó rechazo (grado OR). No encontramos diferencias significativas en el AS global por grupos de rechazo: -36,34 ± 4,87% en RA ≥ 1R frente a -34,81 ± 6,43% en RA = OR en toda la muestra (p = 0,40) y -37,14 ± 5,63% en los mismos pacientes (p = 0,95).

Conclusiones: En este estudio preliminar el AS no ha mostrado asociación significativa con el rechazo agudo en pacientes con trasplante cardíaco.

66/152. CAMBIOS PRECOSES EN EL TWIST VENTRICULAR IZQUIERDO TRAS IMPLANTE DE UNA VÁLVULA AÓRTICA PERCUTÁNEA VALORADOS MEDIANTE ECOCARDIOGRAFÍA SPECKLE TRACKING TRIDIMENSIONAL

M. Morenate Navío¹, D. Mesa Rubio², M. Ruiz Ortiz², M. Delgado Ortega², E. Romo Peñas¹, F. Castillo Bernal¹, F. Baeza Garzón¹, J. López Aguilera¹, M. Pan Álvarez-Ossorio² y J. Suárez de Lezo Cruz Conde²

¹Médico Residente de Cardiología. ²Cardiólogo. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción: La función ventricular izquierda (FVI) está alterada en la estenosis aórtica severa (EAS) aunque la fracción de eyección esté preservada. La torsión o twist juega un papel importante en la FVI de manera que la disfunción se relaciona con disminución del twist pico (Tp) y retraso en tiempo al pico (tTp). Mediante ecocardiografía speckle tracking tridimensional (3DSTE) se puede valorar la torsión ventricular. Nuestro objetivo es analizar cambios precoces en el twist de VI mediante 3DSTE en pacientes con EAS tratados mediante implante de prótesis aórtica percutánea (TAVI).

Material y métodos: De enero a octubre de 2011 realizamos un estudio ecocardiográfico basal y al mes (Artida, Toshiba medical system), en todos los pacientes con FE conservada tratados mediante TAVI con CoreValve. Se midieron parámetros convencionales, así como el Tp y tTp (expresado como porcentaje del ciclo cardíaco), mediante ecocardiograma tridimensional.

Resultados: 18 pacientes (edad 80 ± 5 años). Seis (33%) tenían marcapasos (MP) al mes de seguimiento. Hubo reducción significativa en el septo (13,5 ± 1,7 mm frente a 12,1 ± 2,4, p < 0,05) sin cambios en la FEVI (67 ± 15% frente a 64 ± 1%, p = 0,39). Existió un incremento significativo del Tp (4 ± 3,4° frente a 7,4 ± 3,3°, p < 0,001) y un acortamiento del tTp (46 ± 13% frente a 41 ± 9% p < 0,05). Los resultados fueron similares para pacientes con y sin MP (MP: Tp: 2,9 ± 0,7° frente a 8,6 ± 2,7°, p < 0,05 y tTp: 3 ± 13% frente a 42 ± 8%, p = 0,69; sin MP: Tp: 4,6 ± 4,1° frente a 6,8 ± 3,5°, p < 0,01 y tTp: 48,9 ± 14% frente a 41 ± 11%, p < 0,05).

Conclusiones: En pacientes con FE conservada se produjo un incremento significativo del Tp y un acortamiento del tTp de forma precoz tras TAVI, sin diferencias significativas en relación a la presencia de marcapasos.

66/154. ¿EXISTEN DIFERENCIAS EN LOS PARÁMETROS DE FUNCIÓN ENDOTELIAL SEGÚN LA CARGA DE AFECTACIÓN CORONARIA SEVERA EN NUESTROS PACIENTES TRAS SCA?

C. Navarro Valverde¹, M. González Correa², I. Estrada Parra¹, J. Masero Carretero¹, I. Lara de la Fuente¹, R. Picón Heras¹, M. Mera Romero¹, M. Romero Reyes¹, A. Grilo Reina³ y L. Pastor Torres⁴

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

Introducción: La disfunción endotelial (DE) comprende la fase inicial del proceso de aterotrombosis. Una técnica no invasiva y cada vez más considerada para la evaluación del riesgo cardiovascular (RCV) es la flujimetría doppler-digital láser (FDDL) que estudia la microcirculación en diferentes lechos vasculares. Nuestro objetivo es evaluar con esta técnica posibles diferencias de la función endotelial mediante FDDL en microcirculación cutánea según exista afectación mono o multivaso severa.

Material y métodos: Hemos estudiado 59 p. con enfermedad coronaria severa angiográfica tras síndrome coronario agudo (SCA). Se clasificaron según presentarían estenosis severa monovaso o multivaso realizándose medición de parámetros de DE en ambos grupos mediante FDDL con técnica de hiperemia reactiva postoclusiva (PORH).

Resultados: Se determinaron los principales parámetros de DE para cada grupo (mono o multivaso): flujo basal, flujo pico, área de hiperemia (AH), área de oclusión (en unidades de perfusión) y tiempos (seg.) hasta el 50% del flujo pico con medianas de 7,33 vs 7,38, 51,63 vs 42,89, 1.009,24 vs 753,39, 1.114 vs 1.086 y 19,2 vs 18,8 respectivamente. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Se hallaron diferencias que no alcanzaron la significación estadística en el AH, uno de las variables más estudiadas en el estudio del RCV y la DE.

Conclusiones: En una población de 59 p. con enfermedad coronaria severa documentada no se han observado diferencias significativas en los principales parámetros de DE mediante técnica PORH en base a la presentación como enfermedad mono o multivaso. Tamaños muestrales mayores podrían permitir resultados más concluyentes.

66/155. PREDICTORES DE FUGAS PROTÉSICAS SIGNIFICATIVAS TRAS EL IMPLANTE DE PRÓTESIS AÓRTICA PERCUTÁNEA COREVALVE EN PACIENTES CON ANILLOS CERCANOS A LOS 23 MM

M. Morenate Navío¹, M. León del Pino¹, D. Mesa Rubio², F. Toledano Delgado¹, M. Ruiz Ortiz², M. Delgado Ortega², F. Castillo Bernal¹, F. Mazuelos Bellido¹, M. Baeza Garzón¹ y J. Suárez de Lezo Cruz Conde²

¹Residente de Cardiología. ²Cardiólogo. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción: Las fugas protésicas son una complicación frecuente tras implante de prótesis aórtica percutánea (TAVI). La medida del anillo aórtico (AAo) es uno de los factores relacionados con su aparición, siendo 23 mm el límite para decidir el tamaño de prótesis. Anillos en torno a 23 mm plantean dudas de decisión. Nuestro objetivo es valorar posibles predictores ecocardiográficos de fuga protésica ≥ II en pacientes con CoreValve y AAo en torno a 23 mm.

Material y métodos: Entre abril 2008-diciembre 2011, 31 pacientes con AAo entre 22 y 23,9 mm valorado mediante ecocardiograma transeofágico fueron seleccionados de los 127 tratados mediante TAVI con Corevalve en nuestro centro. Se estableció

ron 2 grupos según el grado de fuga: Grupo 1: fuga significativa, \geq II (n = 11); Grupo 2: fuga no significativa, 0-I (n = 20).

Resultados: Edad 77 ± 6 , 61,3% varones. En 21 casos se implantó la prótesis de 26 mm y en 10 la de 29 mm. Se observaron diferencias significativas respecto al diámetro del tracto de salida ventricular izquierdo (TSVI) entre ambos grupos ($21,3 \pm 3$ mm en el grupo 1 frente a 15 ± 3 mm en el 2; $p < 0,0005$). El análisis ROC mostró una excelente discriminación para un grado de fuga \geq II según las dimensiones del TSVI (área bajo la curva 0,96; $p < 0,0005$); un punto de corte de 18,5 mm de TSVI se asoció con fuga \geq II (S82% y E95%). No existieron diferencias significativas para el resto de parámetros clínicos y ecocardiográficos, incluido el tamaño de prótesis.

Conclusiones: Dimensiones mayores del TSVI en pacientes con AAo en torno a 23mm sometidos a TAVI se relacionan de forma significativa con fugas protésicas \geq II.

66/157. DESCRIPCIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UNA UNIDAD DE DOLOR TORÁCICO EN UN HOSPITAL COMARCAL

I. Prades García¹, A. Bonilla López¹, J. Serrano Carrillo², A. López¹, J. Cuenca², C. Gómez Navarro¹ y J. Benítez Gil¹

¹Cardiólogo. ²Medicina Interna. Hospital del Poniente. El Ejido. Almería.

Introducción: Las unidades de dolor torácico (UDT) han demostrado su utilidad en grandes hospitales. Las experiencias en centros de menor tamaño son escasas.

Objetivos: Describir la puesta en funcionamiento y las características clínicas de los primeros 109 pacientes tratados por la UDT de nuestro hospital (Comarcal sin hemodinámica, sin gammagrafía ni cardiólogo de guardia).

Pacientes y métodos: Se trata de una unidad funcional que utiliza camas de Observación. Un cardiólogo, a tiempo parcial, tras estratificación de riesgo, realiza un ecocardiograma y una ergometría en la mayoría de los casos. Según el estudio previo, les da de alta, los ingresa o les pide cateterismo preferente-urgente.

Resultados: Desde junio 2011 a febrero 2012 han sido evaluados 155 pacientes con dolor torácico, 109 han sido incluidos en la base de datos de la UDT por dolor verosímilmente coronario. Varones (72,5%), edad media 59 años, hipertensos el 54,1%, diabéticos el 27,5%, hiperlipémicos el 52,3% y fumadores/exfumadores el 48,6%. Antecedentes personales o familiares de cardiopatía isquémica (el 27,5% y 11% respectivamente). Se realizó ecocardiografía al 81,7% de los pacientes, ergometría al 56,9% (negativa 81,7%, positiva 10,1% y no concluyente 8,3%). Se solicitó coronariografía preferente a 37 pacientes (33,9%). El 42,2% de los pacientes requirió ingreso. No hubo complicaciones durante la evaluación/ingreso. Se evitaron más de un 50% de ingresos.

Conclusiones: Las UDT funcionales se pueden montar en un Hospital Comarcal. Se ahorran ingresos y son seguras para los pacientes.

66/160. EXPERIENCIA INICIAL DE UNIDAD DE DOLOR TORÁCICO EN UN HOSPITAL COMARCAL. RESULTADOS Y SEGURIDAD A CORTO Y MEDIO PLAZO

C. Gómez Navarro¹, A. Bonilla López¹, J. Serrano Carrillo², A. López¹, J. Cuenca², I. Prades García¹ y J. Benítez Gil¹

¹Cardiólogo. ²Medicina Interna. Hospital de Poniente. El Ejido. Almería.

Introducción y objetivos: Resultados y seguimiento inicial de pacientes atendidos en urgencias por dolor torácico tras im-

plantarse una unidad de dolor torácico (UDT) en un hospital comarcal.

Pacientes y métodos: Desde junio 2011 a febrero 2012 se evaluaron 155 pacientes con dolor torácico. Se clasificaron 89 pacientes como de bajo riesgo. A estos se les sometía a un ecocardiograma y ergometría temprana (primeras 24h). Si alguna condición la impedía se valoraban otras pruebas. El seguimiento medio fue de 141 días con un mínimo de 30 días y máximo de 240.

Resultados: La población analizada presentaba una edad media de 60 años, con predominio de varones (68,5%). El TIMI Score medio fue 1,47, y el score GRACE medio 95,16. El tiempo medio hasta evaluación por cardiología no superó 16 horas. A 56 de los pacientes (62,9%) se realizó una ergometría precoz. El resultado fue negativo en 40 pacientes (71,4%), procediéndose al alta en el mismo día. En 9 pacientes (16,1%) fue positiva, procediéndose a ingreso y en 7 pacientes (12,5%) no concluyente. No existieron complicaciones durante su realización. Entre los pacientes con ergometría negativa, ninguno presentó eventos (hospitalización, síndrome coronario agudo o muerte) durante seguimiento.

Conclusiones: Una UDT en un hospital comarcal, permite una estratificación de riesgo segura, un alta precoz con evolución favorable a corto- medio plazo.

66/162. ¿DEBEMOS REALIZAR REVASCULARIZACIÓN COMPLETA EN LA ERA DE LOS STENTS FARMACOACTIVOS?

F. Martínez García¹, R. Bravo Marqués², L. Fernández², T. Gil², C. Medina², A. Ramírez³, L. Íñigo¹ y J. Siles³

¹Cardiólogo. ²Médico Residente de Cardiología. Hospital Costa del Sol. Marbella; ³Cardiólogo. Hospiten. Estepona. Málaga.

Objetivos: Comparar las características, manejo y evolución de pacientes con enfermedad multivascular (EMV), en función de si se realizó revascularización completa (RC) o incompleta (RI).

Material y métodos: Se incluyeron consecutivamente a todos los pacientes con EMV tratados mediante intervencionismo coronario en nuestro centro entre septiembre del 2007 y mayo del 2011. Los pacientes fueron agrupados de acuerdo a si se realizó RI o RC. Se realizó seguimiento clínico del 95% de los pacientes, con un promedio de 18 meses.

Resultados: 63 pacientes con EMV, 46 (73%) con RI y 17 (27%) con RC. No se observaron diferencias en cuanto a las características clínicas, excepto por mayor antecedente de infarto en el grupo RI. La proporción de lesiones oclusivas fue significativamente mayor en el grupo RI respecto al grupo RC. La incidencia de eventos mayores al seguimiento fue similar en el grupo RC y RI: muerte (5,2% vs 7,6%); TVR (10,9% vs 11,8%); MACE (18,5% vs 20,6%). Independientemente de si la revascularización fue completa o incompleta, la incidencia de eventos fue mayor en los pacientes que recibieron stents metálicos, frente a los que recibieron stent farmacoactivos o una combinación de ambos (MACE: 26,4% vs 14,2%; $p = 0,04$).

Conclusiones: La RC no se asoció a una menor incidencia de eventos a los 18 meses de seguimiento medio. El deterioro moderado a severo de la fracción de eyección (asociado a infarto previo) y la presencia de oclusiones crónicas se asociaron al hecho de no realizar revascularización completa.

66/164. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA PREMATURA

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

Cardiólogo. Hospital Torrecárdenas. Almería.

Introducción: La cardiopatía isquémica en pacientes < 50 años representa en 10% de la cardiopatía isquémica global con una importante morbimortalidad y un gran coste económico. Nuestro objetivo es determinar cuáles son los factores de riesgo más prevalentes en esta población y las diferencias respecto a pacientes con cardiopatía isquémica de edad más avanzada.

Material y métodos: Estudio de casos y controles incluyendo a todos los pacientes con cardiopatía isquémica prematura de nuestro hospital, desde enero a diciembre de 2010, 116 pacientes, seleccionando un control > 75 años por cada caso, utilizando bases de datos hospitalarias informatizadas. Para el análisis estadístico se utilizó el programa Excel 2007 y la prueba chi cuadrado.

Resultados: Los pacientes con cardiopatía isquémica prematura presentan una mayor proporción de sexo masculino (89,9% vs 71,5%, $p < 0,005$), mayor prevalencia de tabaquismo (74% vs 13,3%, $p < 0,001$) y menor prevalencia de otros factores de riesgo cardiovascular como son hipertensión arterial (42% vs 72,4%, $p < 0,005$), diabetes (17% vs 42,2%, $p < 0,005$) y dislipemia (40,5% vs 51,4% $p > 0,05$). Igualmente hemos observado mayor porcentaje de presentación como SCAGEST (53% vs 32,7%, $p < 0,005$) con menor número de vasos afectados (enfermedad monovaso en un 74,13% vs 40,52%, $p < 0,001$).

Conclusiones: El tabaquismo se muestra como el principal factor de riesgo en la cardiopatía isquémica prematura frente a la hipertensión arterial, diabetes y dislipemia, más frecuentes en edades más avanzadas. La forma de presentación también difiere entre los dos grupos de edad analizados siendo el SCAGEST con enfermedad monovaso más frecuente en los jóvenes.

66/165. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS RESULTADOS DE LA ABLACIÓN CON CATÉTER DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR PAROXÍSTICA Y PERSISTENTE EN NUESTRO CENTRO

J. Roa Garrido¹, A. Martínez Perez², P. Moriña Vazquez², A. López Suárez², J. Fernández Gómez², R. Barba Pichardo² y J. Venegas Gomero²

¹Cardiólogo. ²Médico Residente de Cardiología. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Introducción: En los últimos años se objetiva un aumento del número de procedimientos de ablación con catéter como tratamiento no farmacológico de la fibrilación auricular (FA). Valoramos los resultados de esta técnica en nuestro centro.

Material y métodos: Recogida de datos retrospectivos desde julio de 2003 a septiembre de 2011; 136 pacientes con 174 procedimientos. Analizamos tipo de FA, procedimiento, características clínicas y resultados a corto y largo plazo. Se considera éxito a la ausencia de eventos (muerte, recidiva de FA/Flutter) y/o mejoría de calidad de vida.

Resultados: 50% FA paroxística, 36% persistente recurrente y 14% persistente de larga duración. El 25,9% precisó más de un

procedimiento. Edad media 53,82 años. Cardiopatía estructural 52,3%. Disfunción sistólica de ventrículo izquierdo 7,5% (Fracción de eyección media: 43,67%). Tamaño medio de AI: 43,6 mm. Técnicas: aislamiento de todas las venas pulmonares 80%; parcial 20%. Líneas (techo 31,9%, pared posterior 14,1%, otras 25,2%). Guiada por potenciales 22,2%. Istmo mitral 34,8% e istmo cavotricuspidéico 43%. Tasa de complicaciones 14,4% (5,2% derrame pericárdico severo, un AVC peri-procedimiento). Ritmo sinusal al alta 94,1% y al año 87,6%. Tiempo medio de seguimiento 26,5 meses. Recidiva FA/Flutter 40,7%. Éxito del procedimiento 80,6%.

Conclusiones: 1) La ablación con catéter se presenta como una técnica eficaz y segura. 2) Alta tasa de éxito, debido principalmente a la mejoría de la calidad de vida (control de sintomatología), a pesar de un 40% de tasa de recidiva.

66/166. CONTROL DE CALIDAD DE LAS SESIONES CARDIOLÓGICAS MÉDICO-QUIRÚRGICAS: IMPACTO DE LA TOMA DE DECISIONES EN CASOS CLÍNICOS COMPLEJOS

F. Francisco Aparicio¹, A. Felices Nieto², I. Pérez López³, L. González Torres⁴, I. Sayago Silva³, P. Gallego García de Vinuesa⁵, R. Calvo Jambrina⁶, A. Recio Mayoral⁶, J. Barquero Aroca⁶ y J. Cruz Fernández⁷

¹Médico Residente de 2.º Año de Cardiología. Área del Corazón.

²Adjunto de Cardiología. ³Médico Residente de 5.º Año de

Cardiología. Área del Corazón. ⁴Médico Residente de 3.º Año de

Cardiología. Área del Corazón. ⁵Adjunta Jefe de Sección de Imagen

de Cardiología. ⁶Adjunto de Cardiología. Área del Corazón. ⁷Jefe de

Servicio de Cardiología. Área del Corazón. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: El control de calidad debe incorporarse al proceso asistencial de cualquier servicio clínico, siendo las sesiones médico-quirúrgicas (SMQ) una herramienta de gran utilidad en el manejo pacientes cardiacos complejos. Pretendemos analizar la utilidad de indicadores clínicos en la evaluación de los aspectos científicos y técnicos de las SMQ acreditadas por nuestro servicio (octubre-2010 a diciembre-2011) como control de la calidad de las mismas.

Métodos: En las 43 SMQ realizadas, se debatieron 52 pacientes. Se realizó seguimiento de todos ellos hasta el alta hospitalaria, recogiendo datos clínicos y eventos mayores intrahospitalarios (morbi-mortalidad). Como indicadores clínicos de calidad se analizaron: 1) Porcentaje de aciertos en la toma de decisiones en términos de morbi-mortalidad. 2) Nivel de cumplimiento de la evidencia científica en la toma de decisiones. 3) Tiempo de demora en la aplicación de una intervención decidida en la SMQ.

Resultados: De los pacientes debatidos en SMQ, en 40 se decidió una actitud invasiva y en 12 una conservadora, con una mortalidad del 20% y 16,6% respectivamente. Las decisiones adoptadas estuvieron sustentadas por guías de práctica clínica en un 88%, con un 76% de aciertos en las mismas. El tiempo de demora entre la toma de decisión y la intervención planificada fue de 12,7 (1-42) y 111,3 (11-274) días en los pacientes ingresados y ambulatorios respectivamente.

Conclusiones: El uso de indicadores clínicos en el control de SMQ representa un enfoque útil para la mejora de la calidad de las mismas. Creemos razonable su incorporación dentro de un plan de Calidad Asistencial.

66/168. ELEVACIÓN DE TROPONINA I COMO PREDICTOR DE EVENTOS ADVERSOS EN PACIENTES HIPERTENSOS

R. Bravo Marqués¹, F. Martínez García², L. Fernández², C. Medina², T. Gil², J. Siles Rubio³, L. Íñigo¹ y A. Ramírez³

¹Cardiólogo. ²Médico Residente de Cardiología. Hospital Costa del Sol. Marbella; ³Cardiólogo. Hospiten. Estepona. Málaga.

Objetivos: El daño miocárdico detectado como incremento de troponina I (cTnI) sérica se relaciona con una peor evolución clínica en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica. No está claro si la elevación de cTnI se asocia a eventos adversos en pacientes con hipertensión (HT) sin disfunción sistólica ventricular izquierda (VI).

Métodos: Se realizaron mediciones de los niveles de cTnI en 194 pacientes con HT esencial sin disfunción sistólica VI (fracción eyección > 55%), disfunción renal, ni antecedentes de enfermedad cardiovascular o cerebrovascular, así como a 48 sujetos controles.

Resultados: Los niveles de cTnI fueron elevados ($\geq 0,1$ ng/mL) en 19 (10%) de los pacientes con HT y en 0 (0%) de los controles ($p = 0,04$). La proporción de diabetes mellitus (DM), el índice cardiotorácico, el nivel plasmático de péptido natriurético tipo B (BNP), y la masa índice del VI fueron significativamente más altos en pacientes con elevación de cTnI (DM, 9/19 vs 31/175, $p = 0,004$; índice cardiotorácico, $58,5 \pm 4,2$ vs $51,2 \pm 5,6$, $p = 0,04$; BNP, $101,2 \pm 138,6$ vs $37,2 \pm 48,6$ pg/mL, $p = 0,04$; masa índice VI, 232 ± 82 vs 148 ± 61 g/m², $p = 0,0001$). El análisis de Kaplan-Meier demostró que los pacientes con elevación de cTnI presentaron una mayor tasa de eventos al seguimiento ($p < 0,00001$) (hospitalización debida a enfermedad cardiovascular o cerebrovascular).

Conclusiones: cTnI es un útil predictor de futuros eventos cardiovasculares o cerebrovasculares en pacientes hipertensos.

66/169. FORAMEN OVAL PERMEABLE EN PACIENTES MENORES DE 50 AÑOS CON ICTUS ISQUÉMICO

A. Ruiz Salas¹, P. Losada Mora¹, J. Sempere Fernández², F. Carrasco Chinchilla¹, M. Molina Mora¹, I. Rodríguez Bailón¹, E. Morillo Velarde¹, M. Jiménez Navarro¹ y E. de Teresa Galván³

¹Cardiólogo. ²Neurólogo. ³Cardiólogo. Jefe de Servicio. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción: Existe controversia sobre la relación entre ictus criptogenético y foramen oval permeable (FOP).

Objetivos: Describimos la actitud seguida en nuestro hospital en los pacientes menores de 50 años ingresados por ictus isquémico en los últimos 4 años.

Material y métodos: Realizamos un registro con los pacientes menores de 50 años ingresados por ictus isquémico desde enero de 2008 a enero de 2012, sus factores de riesgo cardiovasculares, la realización o no de ecocardiograma transesofágico (ETE), la presencia de FOP y el tratamiento al alta.

Resultados: De los 1.270 pacientes ingresados por ictus isquémico durante los últimos 4 años, 79 (6,22%) eran menores de 50 años. De ellos, 58 eran varones (73,41%); la edad media era $41,2 \pm 2,1$ años. 39 pacientes (49,37%) presentaban riesgo cardiovascular intermedio-alto u origen cardioembólico definido y a ninguno se les solicitó ETE. 40 pacientes (50,63%) presentaban bajo riesgo cardiovascular y, de ellos, a 26 (65%) se les solicitó ETE en busca de FOP, siendo diagnosticado en 11 de ellos (42,31%). De estos últimos todos los pacientes al alta se fueron con antiagregación (9 pacientes con ácido acetil salicílico y 2 con clopidogrel). 2 de ellos se derivaron para cierre percutáneo de FOP, siendo realizado con éxito.

Conclusiones: La presencia de ictus criptogenético en pacientes menores de 50 años no se acompaña de una búsqueda sistemática de FOP y su diagnóstico no siempre conlleva actitud terapéutica.

66/170. VALOR PRONÓSTICO DEL HAND GRIP STRENGTH COMO SUBROGADO DE FRAGILIDAD EN LA MORBIMORTALIDAD EN LA CIRUGÍA CARDÍACA

F. Francisco Aparicio¹, P. Bastos Amador², M. Gómez Domínguez², I. Sayago Silva², I. Lucena Padrós², M. Chaparro Muñoz³, M. Valle Caballero², O. Araji², L. Valenzuela García³ y A. Recio Mayoral³

¹Cardiólogo. ²Médico Residente de Cardiología. ³Facultativo Especialista de Área: Cardiología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: Las escalas de riesgo quirúrgico estiman el riesgo de mortalidad tras la cirugía cardíaca sin valorar la reserva funcional o fragilidad del paciente. Ésta se ha asociado con resultados adversos tras cirugía cardíaca. Como subrogado de fragilidad se ha utilizado el Hand-grip strength test (HG, fuerza de prensión con la mano) con resultados contradictorios. Evaluamos el potencial valor del HG en identificar aquellos pacientes con "fragilidad" en riesgo de presentar eventos adversos tras la cirugía cardíaca.

Métodos: Estudio observacional de cohorte prospectiva que analizó 195 pacientes consecutivos (edad media 65 ± 12 años; 73 mujeres) candidatos a cirugía cardíaca (injerto aorto-coronario, valvular o combinación de ellas). Se definió como marcador de "fragilidad" un HG bajo (< 37 Kg en hombres y < 21 Kg en mujeres). Se registró la mortalidad global y eventos adversos en los 30 primeros días tras la cirugía cardíaca.

Resultados: Un 56% de pacientes fueron clasificados como HG bajo. Estos pacientes tuvieron más edad (70 ± 10 vs 59 ± 12 años, $p = 0,02$), siendo significativamente mayor el número de hombres con antecedente de ictus. La presencia de HG bajo no se correlacionó con una mayor mortalidad a 30 días ni a mayor morbilidad perioperatoria. Sin embargo, estos pacientes con HG bajo tuvieron una estancia más prolongada en unidad de intensivos (4 [3-6] vs 5 [4-7] días; $p = 0,04$).

Conclusiones: En pacientes sometidos a cirugía cardíaca un HG bajo no se correlacionó con mayor mortalidad ni mayor frecuencia de eventos adversos. En este estudio, un HG bajo se asoció a una estancia más prolongada en unidad de cuidados intensivos

66/171. ESTIMULACIÓN CARDÍACA DESDE TSVD: ¿UN NUEVO RIESGO CORONARIO?

M. Mera Romero¹, M. González Correa¹, C. Navarro Valverde¹, R. Picón Heras¹, J. Leal del Ojo González², F. Sánchez Burguillos³, J. Cubero Gómez³, J. Lombardo Martínez⁴, F. Molano Casimiro³ y L. Pastor Torres³

¹Médico Residente de Cardiología. ²Facultativo Especialista de Área: Electrofisiología. ³Facultativo Especialista de Área: Hemodinámica. ⁴Enfermero. Hemodinámica. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla.

Introducción: Los efectos deletéreos sobre la función ventricular derivados de la estimulación en ápex de VD son bien conocidos. La estimulación desde el TSVD aparece como un lugar alternativo. Sin embargo, la proximidad de la arteria descendente anterior (ADA); podría crear dudas de cierto riesgo de lesión de la misma con implante de electrodos de fijación activa (EFA) en TSVD.

Objetivos y métodos: Comprobar la seguridad de la implantación de EFA en TSVD en relación con la ADA. Incluimos pacientes portadores de MCP o DAI con cable ventricular en TSVD, sometidos a coronariografía por sospecha de cardiopatía isquémica. Se utilizó una proyección con giro (desde LAO 30° hasta RAO 30°) durante la angiografía coronaria y medimos la distancia entre la punta de la hélice de fijación hasta la ADA en tres proyecciones: RAO 30°, LAO 30° y PA.

Resultados: Se estudiaron 17p. portadores de MCP y DAI por indicaciones clínicas y eléctricas establecidas, con electrodo ventricular implantado en Septo Interventricular (SIV) o en Pared Libre (PL) de VD. Edad media 74a. La distancias medianas (P25;P75) entre el EFA y el punto más cercano a la ADA fueron 10 mm (7-13,6), 9 mm (5,9-14,4) y 9,2 mm (8,2-16,2) en proyecciones RAO, LAO y PA respectivamente. El implante en PL muestra distancias promedio más cercanas que el implante en SIV, sin ser estas diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones: El implante de EFA en TSVD, parece no suponer un riesgo de lesión de la ADA por la posición anatómica que presentan.

66/172. EFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN ENFERMERA MEDIANTE UN PROGRAMA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN UNA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA DURANTE UN EVENTO AGUDO

R. Mesa Rico, M. Rejón Amores, E. Timonet Andreu, P. Rodríguez Alarcón, T. Amor Perino y J. Rodríguez Martínez
Enfermero. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga.

Introducción y objetivos: El abandono del hábito tabáquico reduce la mortalidad en pacientes que han sufrido un episodio coronario, por lo que la motivación de estos pacientes para dejar de fumar es muy elevada. El objetivo del estudio es evaluar la efectividad de un programa de deshabituación tabáquica en pacientes que han sufrido un evento agudo coronario.

Material y métodos: Estudio prospectivo de 47 pacientes fumadores que ingresaron en la unidad de cardiología en un periodo de 6 meses, incluidos en un programa de deshabituación tabáquica. Una vez detectado el paciente fumador se le realizó una entrevista de enfermería en la que se detectó el grado de motivación para dejar de fumar y el nivel de dependencia a la nicotina.

Resultados: Se observó una abstinencia a los tres meses del 53,2%, un 46,8% que no consiguieron el cese tabáquico, de los que el 25,5% redujo el consumo y el 21,3% continuó fumando. De los pacientes fumadores que respondieron al test de Richmond, el 21,2% tuvo una motivación nula, el 4,2% tuvo una motivación moderada y el 74,4% una alta motivación para dejar de fumar. En cuanto al test de Fagerström el 27,6% tuvo un nivel de dependencia bajo, el 44,6% fue moderado y el 27,8% tuvo un alto nivel de dependencia a la nicotina.

Conclusiones: La hospitalización en una unidad de cardiología después de un evento coronario agudo es un buen momento para que se inicie un programa de deshabituación tabáquica.

66/173. ESTUDIO DE LAS SECUELAS CARDIOVASCULARES DE PACIENTES CON SÍNDROME DE CUSHING: RESULTADOS PRELIMINARES

P. Cristobo Sáinz¹, N. Romero Rodríguez¹, A. Martínez Martínez¹, A. Leal Cerro² y A. Madrazo Atutxa²

¹Cardiólogo. ²Médico Especialista en Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivos: El Síndrome de Cushing (SC) es una enfermedad caracterizada por la elevación de cortisol

de origen endógeno. Entre todas las secuelas del hipercortisolismo las complicaciones cardiovasculares son las más frecuentes.

Métodos: Incluimos de forma prospectiva 48 pacientes con SC 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, sistólica y medidas de raíz aórtica.

Resultados: Expresamos los resultados como media \pm desviación estándar y porcentajes. Los pacientes estudiados tenían una edad de 42 años \pm 13, una altura de 159 cm \pm 4,5 y un peso de 74 kg \pm 13. El 92% eran mujeres. La medida del septo fue 9,69 \pm 2,35 mm, de la pared posterior 9,23 \pm 1,69 mm y el diámetro telediastólico 39,6 \pm 3,85 mm. La fracción de eyección mediante método Simpson 4C fue 69,75 \pm 11,36. El diámetro anteroposterior de la aurícula fue 32,76 \pm 4,83 mm, l longitudinal 4,63 \pm 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 \pm 2,12 a nivel septal y 6,72 \pm 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 cardíaco que acontecen en los pacientes con SC.

66/174. PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO INSUFICIENCIA CARDÍACA (PAI-IC). EVOLUCIÓN Y RESULTADOS TRAS 30 MESES DE IMPLANTACIÓN EN EL ÁREA SANITARIA VIRGEN DEL ROCÍO DE SEVILLA

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

Cardiólogo. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: Entre abril 2009 y octubre 2011 se ofertó una Consulta de Alta Resolución (CAR), específica para Atención Primaria (AP), a diferentes Centros de Salud (18 actualmente) con criterios de derivación definidos en el PAI-IC.

Métodos: Se derivaron 247 pacientes tras sesiones conjuntas Cardiología-Atención Primaria. Un 21% fueron derivaciones que no cumplieron criterios de adecuación. Un 17% de pacientes presentaron problemas cardiológicos GRAVES que se resolvieron de modo directo desde la CAR-Hospitalización (desfibrilador 1, sustitución valvular 3, revascularización coronaria percutánea o quirúrgica 14, disfunción VI al menos moderada 9, miocardiopatía hipertrófica 1, hipertensión pulmonar severa 2).

Resultados: Un 28% de pacientes no presentaba patología cardiológica cerrándose directamente el caso. Un 21% necesitó seguimiento cardiológico convencional, siendo el resto de pacientes derivados a AP con ecocardiograma, NT-proBNP e informe clínico en el mismo acto.

Conclusiones: El PAI IC representa un modelo de asistencia eficaz y eficiente para los pacientes y el Sistema como prueban los resultados presentados. Es necesaria una continua comunicación interniveles y una lenta-progresiva implantación.