



Cardiocre

www.elsevier.es/cardiocore



SAC 2013 – XLVIII Congreso Andaluz de Cardiología

Punta Umbría (Huelva), 16-18 de mayo de 2013

COMUNICACIONES ORALES III: CARDIOPATÍA ISQUÉMICA Y HEMODINÁMICA

88/19. ¿ES POSIBLE DISMINUIR LA MORTALIDAD EN ENDOCARDITIS INFECCIOSA IZQUIERDA?

F. Carrasco Chinchilla, I. Rodríguez Bailón, J. Ruiz Morales, R. Ivanova Georgieva, M.V. García López, G. Sánchez Espín, J.M. Melero Tejedor, J.J. Gómez Doblas y E. de Teresa Galván

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción y objetivos: A pesar de los avances diagnósticos y terapéuticos de las últimas décadas, la morbimortalidad de la endocarditis infecciosa izquierda (EI) continúa invariablemente elevada. Un análisis realizado en 2008 en nuestro medio, objetivó una mortalidad del 36%, probablemente relacionada con la elevada frecuencia de gérmenes agresivos y la comorbilidad y edad avanzada de los pacientes. Se planteó entonces la hipótesis de que acortar el tiempo de diagnóstico y realizar cirugía más precoz podría mejorar el pronóstico. Para ello se inició una estrategia que denominamos alerta multidisciplinar en endocarditis infecciosa (AMULTEI), consistente en establecer un circuito de 3 puntos (enfermedades infecciosas, ecocardiografía, microbiología), cada uno de los cuales alerta a los otros en cuanto detecta una posible EI; si esta se confirma, se informa a cirugía cardíaca para valorar cirugía precoz.

Material y métodos: Estudio prospectivo de cohortes analizando los casos de EI atendidos con estrategia AMULTEI (entre 2008-2011), que se comparan con los atendidos en cohorte histórica (1996-2007).

Resultados: Los pacientes AMULTEI presentaron mayor edad (63 años frente a 58, p 0,047) y mayor comorbilidad (Charlson 3,33 frente a 2,58; p 0,023). Existe una tendencia a aislar con mayor frecuencia enterococos (22,1% frente a 12,5%, p 0,073) y similar *S. aureus* o *S. viridans*. También una tendencia a realizar más cirugía durante el ingreso (51,4% frente a 39,4%; p 0,08).

Presentaron una significativa menor mortalidad intrahospitalaria (16,7% frente a 36,1%; p 0,003).

Conclusiones: Pese a presentar mayor edad y comorbilidad de los pacientes, la estrategia AMULTEI mostró una reducción significativa de la mortalidad.

88/75. PAPEL DE LA RANOLAZINA EN MUJERES CON ANGINA Y ARTERIAS CORONARIAS NORMALES

B. Luque Aguirre, J. Mora Robles, J. de la Chica, G. Ballesteros Derbenti, I. Vegas Vegas, M. Cano García, B. Reina Monsó, A. Moreno y M. de Mora Martín

Hospital Universitario Carlos Haya. Málaga.

Introducción y objetivos: Las mujeres con angina y ausencia de enfermedad coronaria presentan con frecuencia disfunción microvascular. El manejo de estas pacientes continúa siendo un reto, debido a la falta de respuesta al tratamiento antianginoso estándar. En este sentido, la ranolazina es una alternativa necesaria. Nuestro propósito consiste en evaluar el impacto clínico de la ranolazina en mujeres con angina y arterias coronarias angiográficamente normales.

Material y métodos: Se estudiaron un total de 30 mujeres sin enfermedad coronaria que se encontraban en clase funcional (CF) CCS > II/IV a pesar de medicación antianginosa estándar. Todas las pacientes fueron tratadas con ranolazina, bien en adición a su medicación antianginosa habitual, o bien como 1ª opción terapéutica. Analizamos posteriormente mejoría en su clase funcional y reingresos hospitalarios.

Resultados: La edad media fue de 61 ± 8 años. El 86% de las mujeres se encontraba en tratamiento con AAS, el 63% con nitratos de acción prolongada y el 30% con betabloqueantes. Antes del inicio de la terapia con ranolazina, la CF era de $2,5 \pm 0,5$, y la tasa de ingresos de $1,1 \pm 1,1$. Se llevó a cabo un seguimiento a 14 ± 11 meses, objetivándose mejoría en la CF a $1,33 \pm 0,47$, y reduciendo la tasa de ingresos a $0,1 \pm 0,4$. Solo encontramos efectos adversos en 4 pacientes, siendo necesaria la suspensión en 2 de ellas.

Conclusiones: En mujeres con angina y sospecha de disfunción microvascular la ranolazina es una alternativa eficaz, ya que mejora la CF y reduce los reingresos hospitalarios

88/108. VALOR PRONÓSTICO A LARGO PLAZO DEL ECOCARDIOGRAMA EN PICO DE ESFUERZO EN PACIENTES INGRESADOS POR DOLOR TORÁCICO DE RIESGO INTERMEDIO-BAJO

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

Centro Hospitalario Torrecárdenas. Almería.

Introducción y objetivos: El objetivo de este estudio fue evaluar los eventos cardiovasculares durante el seguimiento de pacientes ingresados por dolor torácico de riesgo intermedio-bajo, utilizando el ecocardiograma de esfuerzo (EE) como test de estratificación de riesgo.

Material y métodos: Se incluyeron consecutivamente 200 pacientes ingresados en cardiología por dolor torácico de riesgo intermedio-bajo. Se utilizó el ecocardiograma de esfuerzo como prueba de detección de isquemia. Se registraron los eventos cardiovasculares mayores (muerte, infarto de miocardio no fatal y angina con necesidad de revascularización) durante el seguimiento.

Resultados: El EE fue negativo en el 85% de los pacientes (n = 170). En los pacientes con EE positivo (15%), se realizó una coronariografía que mostró enfermedad coronaria significativa en el 8%. Durante el seguimiento (13 ± 1 meses), el 5% de los pacientes presentaron eventos cardiovasculares mayores. En el análisis univariado, dichos eventos se asociaron de forma significativa con diabetes mellitus (HR = 5,29, IC95%: 1,32-21,16, p = 0,018), TIMI (HR = 2,09, IC95%: 1,23-3-53, p = 0,006) y EE positivo (HR = 22,66, IC95%: 14,70-109,14, p < 0,001). El EE positivo se asoció con más eventos cardiovasculares mayores, independientemente de la realización de revascularización coronaria durante el ingreso (p < 0,001). En el análisis multivariado, solo el EE positivo se asoció de forma independiente a eventos cardiovasculares mayores durante el seguimiento (HR = 17,32, IC95%: 13,5-85,75, p < 0,001).

Conclusiones: El ecocardiograma de esfuerzo positivo en pacientes con dolor torácico de riesgo intermedio-bajo parece ser un predictor independiente de eventos cardiovasculares mayores durante un seguimiento a largo plazo, con independencia de la estrategia terapéutica utilizada durante el ingreso.

88/113. INCIDENCIA DE OCLUSIÓN DE LA ARTERIA RADIAL EN INTERVENCIÓN CORONARIO PERCUTÁNEO CON HEPARINA MÁS BIVALURIDINA FRENTE A DOSIS CONVENCIONAL DE HEPARINA

J. Roa Garrido, J.F. Díaz Fernández, A.E. Gómez Menchero, R. Cardenal Piris, C. Sánchez González y A.B.P. Martínez Pérez

Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Introducción y objetivos: La oclusión asintomática de la arteria radial (OAR) es la complicación más frecuente en el cateterismo cardíaco vía transradial (CTR). La OAR temprana se relaciona con la formación de trombo y una adecuada anticoagulación reduce su incidencia. Bivaluridina se muestra superior a inhibidores de GPIIb/IIIa más heparina (HNF) en procedimientos percutáneos, aunque bivaluridina no está recomendada en pacientes pretratados con heparina. Si fuera necesario angioplastia "ad-hoc" en CTR, bivaluridina no podría usarse con bolo inicial de HNF. Nos planteamos determinar efectividad (incidencia de OAR) y seguridad (sangrado mayor) de la combinación de menor bolo inicial de HNF más bivaluridina frente a dosis de heparina convencional en CTR con angioplastia "ad-hoc".

Material y métodos: Estudio prospectivo aleatorizado con grupo 1, n = 25 (3.000 UI de HNF y bivaluridina) y grupo 2 n = 25 (bolo HNF 5.000 UI suplementado hasta 100 U/kg). Uso del mismo sistema de compresión en todos los pacientes. Analizamos sangrado y flujo de arteria radial (estudio doppler) a los 30 días.

Resultados: 80% tratado con clopidogrel, 15% con prasugrel y 5% con ticagrelor. Las características clínicas y del procedimiento, tiempo de procedimiento y número de punciones previas fueron similares en ambos grupos. No se registraron sangrados mayores. Se documentaron 2 casos de OAR en grupo 2 y ninguno en grupo 1. Seguimiento medio de 48 días.

Conclusiones: Un bolo inicial de 3.000 UI de HNF más bivaluridina comparado con terapia convencional con heparina en CTR presenta una incidencia similar de OAR y similar perfil de seguridad.

88/116. CAMBIOS EN LA GEOMETRÍA DE STENTS BIOABSORBIBLES DESPUÉS DEL TRATAMIENTO SOBRE LA RAMA LATERAL EN LESIONES BIFURCADAS

F.J. Castillo Bernal, F. Baeza, M.C. Morenate, M. Santisteban, J. Suárez de Lezo, S. Ojeda, F. Mazuelos y J. Segura

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción y objetivos: Los cambios geométricos en stents bioabsorbibles (SBA) tras el tratamiento de la rama lateral (RL) en lesiones bifurcadas (LB) no han sido aún reportados. Nuestras observaciones in vitro muestran integridad y ausencia de fracturas tras angioplastia simple o kissing-balón de la RL. Analizamos estos cambios en 57 LB tratadas con SBA.

Material y métodos: Se estudiaron con ecografía intracoronaria la geometría de SBA basal y tras actuación sobre RL en 21 LB. Se calcularon el área y el índice de asimetría (IA) a nivel proximal y distal del stent y tras la salida de RL. La razón para el tratamiento de la RL fue la estenosis ostial angiográfica (previa al implante en 12 y tras el implante en 9). Se realizó angioplastia aislada en 5 y kissing-balón en 16. El diámetro máximo del balón utilizado en la RL fue ≤ 2,5 mm.

Resultados: En todos los casos se observó integridad del dispositivo tras la intervención en la RL, correcta aposición proximal y mejoría angiográfica. Se objetivó un aumento del área del stent proximal tras la posdilatación, sin cambios en el IA (área 7,45 ± 1,82 vs 8,07 ± 2,23, p = 0,01; IA 0,85 ± 0,04 vs 0,85 ± 0,05, p = 0,93). Tras la salida de RL se observó discreta pérdida de la simetría (IA 0,84 ± 0,06 vs 0,80 ± 0,07, p = 0,04) sin pérdida de área (área 6,01 ± 1,94 vs 5,94 ± 1,85, p = 0,77). En el SBA distal no se objetivaron cambios significativos.

Conclusiones: La intervención sobre la RL en el tratamiento de LB con BVS es factible y no induce fractura ni distorsión en la geometría del stent.

88/117. TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA EN LA IMPLANTACIÓN DE STENTS BIOABSORBIBLES LIBERADORES DE EVEROLIMUS EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

F.J. Castillo Bernal, M.C. Morenate, F. Baeza, M. Puentes, S. Ojeda, J. Suárez de Lezo, F. Mazuelos y J. Segura

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción y objetivos: Los stents bioabsorbibles liberadores de everolimus (SBA) son una tecnología prometedora en el tratamiento de la enfermedad coronaria, aunque la experiencia clínica con este dispositivo en pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) y lesiones trombóticas es limitada. Nuestro objetivo

es analizar la utilidad de la tomografía de coherencia óptica en la monitorización de este procedimiento.

Material y métodos: Desde enero 2012 a febrero de 2013, 41 pacientes con SCA fueron tratados con BVS tras identificar la lesión culpable, se realizó un estudio basal con ecografía intracoronaria (IVUS). Se implantaron de forma directa SBA en 31 pacientes. Posteriormente se realizó un estudio con tomografía de coherencia óptica (OCT).

Resultados: La edad media fue 55 ± 9 años, 17 pacientes con SCACEST y 24 con SCASEST. Después del tratamiento, cambió el porcentaje de estenosis del 86 ± 6 al 5 ± 5 . Se obtuvo éxito angiográfico inmediato en todos los pacientes. Sin embargo, OCT mostró los siguientes hallazgos: No aposición proximal: 8 (19%).

No aposición distal: 1 (2%). Prolapso de placa: 10 (24%). Trombo: 10 (24%). Disección borde proximal: 4 (10%). Disección borde distal: 7 (17%). Falta de expansión: 3 (7%). Encarcelamiento de ramas laterales: 17 (41%). De acuerdo a estos hallazgos, se modificó la estrategia terapéutica en 11 pacientes (27%): Post-dilatación con balón: 5 (12%). Post-dilatación con balón de alta presión: 2 (5%). Post-dilatación de rama lateral: 4 (10%). No se produjeron complicaciones mayores intrahospitalarias.

Conclusiones: La angiografía muestra limitaciones en la evaluación inmediata de resultados tras tratamiento percutáneo con SBA. Sin embargo, OCT es una herramienta coadyuvante útil para la monitorización de este procedimiento en pacientes con SCA.