



Cardiocre

www.elsevier.es/cardiocore



SAC 2013 – XLVIII Congreso Andaluz de Cardiología

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

COMUNICACIONES ORALES IV: CARDIOLOGÍA CLÍNICA

88/16. REGISTRO RACFA: EVALUACIÓN DE CRITERIOS DE CALIDAD EN EL MANEJO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR EN LAS CONSULTAS DE CARDIOLOGÍA DE ANDALUCÍA

J. Caballero Güeto¹, M.A. Ulecia Martínez², E. González Cocina³, E. Vázquez Ruiz de Castroviejo⁴, A. Martín Santana⁵, E. Otero Chulián⁶, M. Ruiz Borrell⁷ y M. Lagares Carballo⁶, en representación de los Investigadores del Registro RACFA

¹Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ²Hospital Universitario San Cecilio. Granada. ³Hospital Costa del Sol. Marbella. ⁴Hospital Ciudad de Jaén. ⁵Hospital del SAS de Jerez. Cádiz. ⁶Hospital Puerta del Mar. Cádiz. ⁷Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Sevilla.

Introducción y objetivos: Analizar la adherencia a las recomendaciones de las guías de práctica clínica de la fibrilación auricular (FA) no valvular en las consultas de Cardiología en Andalucía. Evaluar indicadores de calidad en la asistencia para implementar si es preciso un ciclo de mejora.

Material y métodos: 1.084 pacientes consecutivos con FA incluidos por 53 especialistas en Cardiología, ámbito hospitalario y ambulatorio de las 8 provincias andaluzas en el registro RACFA. Se utilizaron la categoría de riesgo según guías ACC/AHA/ESC 2006 y los indicadores de calidad establecidos por el ACC/AHA/Physician Consortium 2008.

Resultados: Se muestran en la tabla.

Conclusiones: El dato del INR es poco conocido/requerido por el cardiólogo. Solo el 31,8% cumplían todos los criterios de calidad en el manejo de la FA requeridos por el ACC/AHA/Physician Consortium 2008. El 5-18,8% de los pacientes no recibía en tratamiento indicado según su categoría de riesgo (más en alto).

88/86. APLICACIÓN DE LOS OBJETIVOS DE LDL-C EN PACIENTES DE MUY ALTO RIESGO EN UNA CONSULTA DE CARDIOLOGÍA

V.M. Becerra Muñoz, M.P. Losada Mora, M.A. López Garrido, H.N. Orellana Figueroa, F. Cabrera Bueno, J.M. García Pinilla, J. Robledo Carmona, L. Morcillo Hidalgo, J.J. Gómez Doblas y E. de Teresa Galván

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción y objetivos: Recientemente, las Sociedades Europeas de Cardiología y Aterosclerosis publicaron las nuevas guías para el manejo de la dislipemia. Estas guías clasifican el riesgo cardiovascular en cuatro niveles. El grupo de "Muy Alto Riesgo Cardiovascular" tiene un objetivo terapéutico para LDL-C de < 70 mg/dl. Realizamos este trabajo con objeto de analizar el grado de adherencia a las guías en consulta ambulatoria.

Material y métodos: Fueron estudiados pacientes de "Muy Alto Riesgo" en seguimiento en Consulta de Cardiología durante el primer semestre de 2012, en los que se registraron: los niveles de LDL-C, el/los tratamiento/s que recibían, y la actitud terapéutica llevada a cabo ante estos hallazgos.

Resultados: De los 500 pacientes incluidos (68 años; 24% mujeres), solo el 23% de los pacientes presentaban un LDL-c inferior a 70 mg/dL, siendo superior a 100 mg/dL en un 34%, con una media de LDL-c de 91,9 mg/dl. En relación al tratamiento, el

Tabla 88/16

Categorías riesgo ACC/AHA/ESC 2006	Previo consulta Cardiología (%)	Tras consulta Cardiología (%)	No reciben tratamiento indicado según categoría riesgo (%) Pre/Post CC
Sin FR (7,8%)	Antiagregantes 2,2	Antiagregantes 2,4	5,6/5,4
1 FR moderado (42,9%)	Antiagregantes o ACO 29,9	Antiagregantes o ACO 32,2	13,0/10,7
Algún FR mayor/> 1 moderado (49,3%)	ACO 30,5	ACO 36,3	18,8/13,0

90,4% recibían estatinas, el 0,6% fibratos, y el 6,8% estatina-ezetimibe. Cuando el LDL fue < 70 mg/dL, se mantuvo el mismo tratamiento en un 92% de los casos. Cuando los niveles se encontraban entre 70-100 mg/dL, se mantuvo en el 94%. Cuando niveles eran > 100 mg/dL, se aumentó la dosis en el 11,6%, se cambió de estatina en el 22,1%, se asoció otro fármaco el 9,9%, manteniéndose el mismo en el resto (56,4%).

Conclusiones: En nuestro estudio, un alto porcentaje de pacientes de “Muy Alto Riesgo Cardiovascular” presentaron niveles de LDL-C mayores de los recomendados por las nuevas guías. Se objetivó una baja optimización de tratamiento en pacientes con LDL entre 70-100 mg/dL.

88/102. CAMBIOS EVOLUTIVOS EN EL MANEJO TERAPÉUTICO DE LA DISFUNCIÓN SISTÓLICA VENTRICULAR IZQUIERDA SEVERA EN NUESTRA ÁREA HOSPITALARIA

A.B.P. Martínez Pérez, A. López Suárez, A.J. Manovel Sánchez, M.L. Hidalgo Ordoñez, A. Díaz, A. Tobaruela González y J. Díaz Fernández

Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Introducción y objetivos: El abordaje clínico de la insuficiencia cardíaca con disfunción ventricular izquierda severa (DVIS) en esta última década se ha optimizado con el objetivo de mejorar el pronóstico de esta patología, con el consiguiente elevado impacto socio-económico tan relevante en la actualidad. Objetivo: conocer el impacto de la optimización del tratamiento en el pronóstico de los pacientes con DVIS.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo desde marzo/1999 hasta abril/2010 de una cohorte de 858 pacientes extraída del registro intrahospitalario de la consulta de Cardiología. 167 pacientes se excluyeron por pérdida mayor a 50% de datos. Se analizaron las siguientes variables: clase funcional, tratamiento médico e invasivo, mortalidad y mejoría de FEVI.

Resultados: De 691 pacientes, 57,2% de encuentran en clase funcional II de la NYHA. El porcentaje (e incremento evolutivo del 1999 al 2010) de los parámetros estudiados son: tratamiento BB 75,8% (del 62,0% al 92,1%), IECA/ARAII 81,8% (del 68,0% al 94,7%); revascularización percutánea 17,3% (del 6,9% al 21,2%), estos últimos corresponde al 69,8% de los pacientes isquémicos; y son portadores de dispositivos intracardiacos (TRC y/o DAI) el 21,4% (del 3,8% al 8,7%). Se detecta mejoría de FEVI en 22,4% y exitus en 17,5%.

Conclusiones: El pronóstico objetivado en la DVIS identificada en nuestra práctica clínica no es tan adverso como el esperado. Hallazgo que coincide con una mejoría en el tratamiento médico siguiendo las indicaciones de las guías de práctica clínica durante este periodo.

88/142. SUPERIORIDAD DE BIVALIRUDINA Y PRASUGREL SOBRE BIVALIRUDINA Y CLOPIDOGREL EN ANGIOPLASTIA PRIMARIA: ESTUDIO MEDIANTE PROPENSITY MATCHED-SCORE

D. Rangel Sousa¹, J. Parejo Matos², F.M. Zafra Cobo³, J. Acosta Martínez², A. Fernández Cisnal², J.M. Cubero Gómez³ y L.S. Díaz de la Llera³

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ²Área del Corazón; ³Hemodinámica. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivos: En la angioplastia primaria (AP), la bivalirudina es superior a la estrategia de inhibidores de las glicoproteínas/heparina para reducir eventos cardiovasculares, con mayor riesgo de trombosis del stent. Nuestra hipótesis es que la

utilización de prasugrel y bivalirudina en AP puede disminuir la trombosis del stent y eventos cardiovasculares.

Material y métodos: Analizar los pacientes sometidos a AP por infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) < 12 horas, consecutivos, tratados con bivalirudina y AAS, y realizar un estudio comparativo mediante “matched propensity score” entre dos grupos: Grupo A: clopidogrel y bivalirudina y Grupo B: prasugrel y bivalirudina. Consideramos endpoint combinado de eventos: muerte CV, trombosis stent, IAM y accidente cerebrovascular a 30 días.

Resultados: Se evaluaron 168 pacientes. El abordaje fue preferentemente radial (95,7%). Entre los dos grupos matcheados A (n: 70) vs B (n: 70) no se observaron diferencias en las características basales. La mortalidad total y la tasa de complicaciones hemorrágicas mayores a 30 días fueron en ambos grupos del 0%. Las trombosis aguda y subaguda fueron del 4,3% en Grupo A y 0% en Grupo B (p = 0,08). Objetivamos mayor tasa de eventos en los pacientes tratados con clopidogrel del 5,7% vs 0% (p = 0,042) (Grupo A vs Grupo B).

Conclusiones: En la población de pacientes incluida en nuestro estudio sometidos a AP tras IAMCEST-preferentemente con acceso radial- y que recibieron tratamientos con bivalirudina más prasugrel presentaron de forma significativa una disminución de los eventos cardíacos mayores así como una tendencia a una menor tasa de trombosis aguda y subaguda con respecto al empleo de bivalirudina más clopidogrel durante los 30 primeros días tras la AP, sin incrementar los sangrados mayores.

88/161. RESULTADOS EN EL SEGUIMIENTO CLÍNICO DE PACIENTES CON PRÓTESIS VALVULAR AÓRTICA PERCUTÁNEA Y DISFUNCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA

P. Losada Mora, A. Muñoz García, A. Ruiz Salas, I. Rodríguez Bailón, F. Carrasco Chinchilla, A. Domínguez Franco, J.H. Alonso Briales, M. Jiménez Navarro, J.M. Hernández García y E. de Teresa Galván

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción y objetivos: Pacientes (p) con estenosis aórtica (EAO) grave y fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) deprimida presentan mal pronóstico con tratamiento conservador, y alta mortalidad operatoria quirúrgica. El implante percutáneo de válvula aórtica (TAVI) surge como una alternativa a cirugía de reemplazo valvular con alto riesgo quirúrgico. Estudiamos el impacto del implante TAVI en pacientes con EAO grave y FEVI deprimida, analizando la mejora en FEVI y su impacto en la mortalidad intrahospitalaria y largo plazo.

Material y métodos: Entre abril de 2008 y diciembre de 2012 se incluyeron 305p con EAO severa sometidos a implante de prótesis CoreValve. Los datos ecocardiográficos se recogieron antes y después del procedimiento.

Resultados: El 17,7% (54p) presentaban una FEVI deprimida, definida como FEVI < 40%. Estos pacientes presentaban más comorbilidades en comparación con pacientes con función sistólica conservada: índice de Charlson $4,3 \pm 1,9$ frente a $3,4 \pm 1,8$ (p = 0,001); índice Karnosky de 45 ± 19 vs 61 ± 18 (p = 0,001), fragilidad 25,9% frente a 11,6% (p = 0,006). EuroSCORE logístico fue $29,7 \pm 17$ vs 17 ± 10 , (p < 0,001). Predominantemente varones, 55,6% vs 37,5% (p = 0,014), media de edad $77 \pm 7,4$ vs $79 \pm 6,2$ (p = 0,005). Presentaban mayor sintomatología (NYHA clase IV 64,8% vs 26,3% (p < 0,001) y tenían mayor prevalencia de enfermedad coronaria previa (55,6% vs 34,7%, p = 0,004). No se observaron diferencias entre mortalidad intrahospitalaria (7,4% vs 4,4%, p = 0,351), y/o mortalidad tardía (15,7% vs 13,3%, p = 0,658). En

34 de los 54p con FEVI deprimida, mostraron una mejoría de la fracción de eyección tras el implante, 35 ± 5 a 53 ± 7 ($p = 0,006$).

Conclusiones: En pacientes con EAo grave y deterioro de la FEVI, el implante TAVI se asocia con una mejora de la fracción de eyección ventricular. La mortalidad inmediata y a largo plazo no difirió entre los pacientes con FEVI deprimida vs conservada.

88/202. BLOQUEO BIFASCICULAR Y PR LARGO TRAS IMPLANTE DE PRÓTESIS AÓRTICA TRANSCATÉTER AUTOEXPANDIBLE. EVOLUCIÓN A MEDIO PLAZO

N. Herrera Gómez, M. López Pérez, M. Molina Lerma, E. Molina Navarro y R. Melgares Moreno

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción y objetivos: El manejo del bloqueo bifascicular (BBF) con bloqueo auriculoventricular de primer grado (BAV1erG) desarrollado tras implante de prótesis aórtica transcáteter (TAVI) es controvertido. Analizamos la incidencia del mismo, la evolución de estas alteraciones, así como la aparición de eventos.

Material y métodos: Estudio prospectivo de pacientes (P) intervenidos de TAVI que desarrollan BBF y BAV1erG. Evaluamos las alteraciones en ECG y eventos.

Resultados: Desde mayo de 2010 se han implantado 55 TAVI CoreValve® (80 ± 5 años, 45% mujeres, EuroSCORE logístico $18,2 \pm 12\%$). La presencia de nuevas alteraciones de la conducción ocurrió en 56% (31P). La necesidad de marcapasos (MP) fue del 25% (14P): 10 por BAV completo 2 fibrilación auricular lenta, 2 bloqueo de rama izquierda (BRI) en P con bloqueo de rama derecha basal. La aparición de nuevo BCRI fue de 38% (21P). El BBF con BAV1erG ocurrió en 16% (9P), todos por BRI y PR > 200 ms. Tras un seguimiento medio de 13 ± 6 meses la supervivencia total fue del 100%. Ningún P sufrió síncope o presíncope. Necesidad de MP del 0%. No aparecieron nuevas alteraciones de la conducción. En 3P (33%) desapareció el BRI y en 2P (22%) el BAV1erG. Se evidenció un estrechamiento significativo tanto del valor QRS (138 vs 126 ms, $p: 0,002$) como del PR (228 vs 203 , $p: 0,04$).

Conclusiones: El desarrollo de alteraciones de la conducción tras el implante de CoreValve® es alto. En los pacientes con BBF y BAV1erG, la tasa de eventos es baja, observándose regresión de las mismas, lo que podría aconsejar un manejo conservador.