



Cardiocre

www.elsevier.es/cardiocore



SAC 2013 – XLVIII Congreso Andaluz de Cardiología

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

COMUNICACIONES PÓSTER FÓRUM I Y II

88/25. INCONSISTENCIAS DE LOS CRITERIOS ECOCARDIOGRÁFICOS PARA EVALUAR LA ESTENOSIS AÓRTICA

S. Camacho Freire, S. Gamaza Chulián, J. León Jiménez, A. Gutiérrez Barrios, A. del Río Lechuga, A. Agarrado Luna, M. Oneto Otero y J. Vargas-Machuca Caballero

Hospital de Jerez de la Frontera. Cádiz.

Introducción y objetivos: Las guías de práctica clínica definen la estenosis aórtica severa como área valvular $< 1 \text{ cm}^2$, gradiente medio $> 40 \text{ mmHg}$ y velocidad máxima transaórtica $> 4 \text{ m/s}$. Nuestro objetivo fue comprobar la consistencia de dichos criterios ecocardiográficos.

Material y métodos: Aquellos pacientes que eran examinados en el Laboratorio de Ecocardiografía de nuestro centro entre enero/2011 y junio/2012 con diagnóstico de estenosis aórtica moderada o severa se incluyeron en el estudio. Se registraron factores clínicos, analíticos y ecocardiográficos. El objetivo primario del estudio fue un end-point combinado de muerte cardiovascular o sustitución valvular aórtica.

Resultados: Se incluyeron 48 pacientes (58% mujeres, edad media $77,1 \pm 7,1$ años). Entre los pacientes con área valvular $< 1 \text{ cm}^2$, un 56% tenían un gradiente $> 40 \text{ mmHg}$ y un 68% una velocidad máxima $> 4 \text{ m/s}$. Al excluir los pacientes con disfunción sistólica (FEVI $< 50\%$), solo un 67% de los pacientes con estenosis aórtica grave por área tenían un gradiente medio $> 40 \text{ mmHg}$, y un 78% velocidad máxima $> 4 \text{ m/s}$. De los 8 pacientes con inconsistencias entre gradiente y área, un 50% de los pacientes presentaban un bajo flujo a pesar de función sistólica conservada. Tras un seguimiento medio de 207 días, el end-point combinado ocurrió en un 41% de los pacientes. El único parámetro ecocardiográfico que se relacionó con el objetivo primario fue el área valvular $< 1 \text{ cm}^2$ por el método Kaplan-Meier.

Conclusiones: Los criterios para evaluar la severidad de la estenosis aórtica son inconsistentes en un porcentaje importante de pacientes, incluyendo aquellos con función sistólica

conservada, lo que influye en el pronóstico de estos pacientes.

88/29. RELACIÓN DE LOS NIVELES SÉRICOS DE INTERLEUQUINA-2 CON LOS RESULTADOS TRAS ABLACIÓN DE FIBRILACIÓN AURICULAR

C. Medina, F. Cabrera Bueno, I. Molina Escobar, A. Ruiz Salas, A. Flores, A. Barrera Cordero, J. Alzueta Rodríguez y E. de Teresa Galván

Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción y objetivos: La interleuquina-2, con actividad antitumoral en algunos tipos de cáncer, se ha asociado con la aparición de fibrilación auricular (FA) y con la eficacia de la cardioversión en pacientes con FA. Realizamos este estudio para conocer si existe relación entre inflamación vascular y los resultados de la ablación con catéter de FA.

Material y métodos: Se incluyeron 44 pacientes con FA sometidos a ablación de venas pulmonares. Se excluyó la cardiopatía estructural, enfermedad coronaria/valvular, enfermedad inflamatoria activa, neoplasia, endocrinopatías o exposición a antiinflamatorios. Los pacientes siguieron un protocolo que incluyó ecocardiograma y determinación de niveles de interleuquina-2, interleuquina-4, interleuquina-6, interleuquina-10, FNTalfa, INF-gamma e interleuquina-17A antes del procedimiento. Se realizó seguimiento clínico y ecocardiográfico, y con Holter-ECG para comprobar el mantenimiento del ritmo sinusal (RS).

Resultados: Tras ablación en 44 pacientes (53 ± 10 años, 27,3% mujeres) todos los pacientes pasaron a RS. Siete pacientes (15,9%) presentaron recurrencia de FA durante el primer año. Las características demográficas y clínicas, y el tratamiento de estos pacientes fueron similares a las de aquellos que mantuvieron el RS. La función sistólica, masa ventricular y el volumen de la aurícula izquierda fueron también similares. Los pacientes con recurrencia de la FA mostraron niveles de interleuquina-2 superiores (68 pg/ml (55-81) vs 50 pg/ml (42-58); $p = 0,005$), sin diferencias en el resto de citoquinas, siendo el único factor independiente predictor de recurrencia de la FA (OR 1,18, IC95% 1,12-1,38).

Conclusiones: Los niveles séricos elevados de interleuquina-2, una citoquina proinflamatoria no vascular, están asociados con la recurrencia de FA en pacientes sometidos a ablación con catéter.

88/37. SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE ESTENOSIS AÓRTICA GRAVE DESESTIMADA PARA INTERVENCIONISMO

A. Gutiérrez Barrios¹, L. Gheorghe², J. León Jimenes¹, S. Gamaza Chulián¹, A. Agarrado Luna¹, A. del Río Lechuga¹, J. Vargas-Machuca Caballero¹, M. Oneto Otero¹, M. Sancho Jaldón² y R. Vázquez García²

¹Hospital de Jerez. Cádiz. ²Hospital Puerta del Mar. Cádiz.

Introducción y objetivos: La estenosis aórtica severa es una entidad de alta prevalencia en la tercera edad lo que motiva que junto al alto grado de comorbilidad que suelen presentar estos pacientes a menudo no sean remitidos a cirugía de sustitución valvular.

Material y métodos: Estudio retrospectivo para evaluar el pronóstico y la mortalidad de pacientes con estenosis aórtica severa sintomática desestimados para cirugía.

Resultados: Entre 2004 y 2009, 54 pacientes con estenosis aórtica severa sintomática que había requerido ingreso hospitalario se habían desestimado para cirugía en nuestro centro. Edad media 80,1 y alta comorbilidad con EUROSCORE estándar medio de 9,3. En el seguimiento medio de 82 ± 26 meses, se produjeron 2 pérdidas y 47 pacientes fallecieron (90%). La supervivencia media fue 22 meses. Se reevaluaron e intervinieron con éxito 3 pacientes al cabo de un tiempo medio de 26 meses, los 3 continuaban vivos en el seguimiento. Los factores relacionados con la variable mortalidad/ingreso cardiovascular al año fueron: Anemia, valvulopatía mitral al menos moderada (VM), área valvular y EUROSCORE, manteniendo la significación en análisis multivariado la VM y la anemia. La mortalidad global a los dos años se asoció significativamente con VM, hipertensión pulmonar, FE y EUROSCORE en análisis multivariado únicamente el EUROSCORE mantenía la significación.

Conclusiones: Los pacientes con estenosis aórtica severa sintomática desestimados para cirugía presentan un mal pronóstico a corto plazo, resultando como predictores más significativos el EUROSCORE, la anemia y la valvulopatía mitral. La reevaluación de las opciones terapéuticas en algunos de estos pacientes puede significar un cambio radical en su pronóstico.

88/50. LOS PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA QUE PARTICIPAN EN UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDÍACA, ¿MEJORAN LA CAPACIDAD FUNCIONAL Y POR TANTO SU PRONÓSTICO?

M. Fernández Olmo¹, J. Torres Llergo², J. Vallejo Carmona¹, F. Guerrero Marquez¹, J. Acosta Martínez¹, A. López Lozano¹, J. Expósito Tirado¹ y A. Martínez Martínez¹

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

Introducción y objetivos: Los programas de rehabilitación cardíaca (PRC) han demostrado ampliamente sus beneficios en la cardiopatía isquémica (CI). Objetivo: evaluar las mejoras obtenidas en capacidad funcional y tolerancia al ejercicio y la influencia en el pronóstico.

Material y métodos: Incluimos de forma prospectiva y consecutiva 214 pacientes que realizaron el PRC en nuestro centro durante 1 año. El pronóstico lo evaluamos con el seguimiento clínico de los eventos.

Resultados: 91,1% hombres, la edad media fue 54 ± 9,1 años y un 18,4% presentaba fracción de eyección (FE) deprimida. El evento más frecuente que motivó la entrada en el PRC fue el IAMCEST (54,9%). El tiempo máximo de ejercicio alcanzado en la ergometría final fue significativamente mayor respecto al inicial (8,7 ± 2,4 vs 7,9 ± 6,2 minutos; p = 0,04), al igual que la capacidad funcional alcanzada (9,4 ± 2,21 vs 8,4 ± 2,2 METS; p < 0,001), la FC basal fue

menor al final del programa (72,3 ± 15,4 vs 74,5 ± 14,7; p = 0,04). El tiempo de seguimiento medio fue de 18,7 ± 4,3 y 7,7 ± 6,7 meses hasta el reingreso. 23,6% presentaron angina y 12,7% reingreso (revascularizándose el 50% de ellos). Los predictores independientes de nuevos eventos fueron la revascularización incompleta (HR 4,33, IC95% 1,5-12,4; p = 0,006) la FE deprimida (HR 2,7, IC95% 1-7; p = 0,03) y la capacidad funcional al final del programa < 8,3 METS (HR 4,9, IC95% 2,1-11,4; p < 0,001).

Conclusiones: La rehabilitación cardíaca en pacientes con CI mejora la tolerancia al ejercicio, la capacidad funcional y la FC basal. Siendo la mayor capacidad funcional al final del programa, la FE conservada y la revascularización completa predictores de mejor pronóstico.

88/100. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA (IRC) Y ENFERMEDAD CORONARIA MULTIVASO EN PACIENTES QUE SUFREN UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO: PREDICTORES DE MORBIMORTALIDAD DURANTE EL SEGUIMIENTO CLÍNICO

A. Martínez Pérez, J. López, J. Roa Garrido, A. López Suárez, J. Morgado García de la Polavieja y J. Díaz Fernández

Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Introducción y objetivos: La cardiopatía isquémica es una de las causas más importantes de morbimortalidad en nuestro medio. Objetivo: identificar predictores de mala evolución clínica para establecer estrategias preventivas eficaces.

Material y métodos: Incluimos a 322 pacientes ingresados por síndrome coronario agudo (SCA) de alto riesgo a los que se les realiza coronariografía, se registran variables demográficas, clínicas habituales y al año de seguimiento analizamos la incidencia de mortalidad y morbimortalidad (muerte por cualquier causa + ingreso hospitalario por causa cardiovascular + necesidad de nueva revascularización). Se analizaron las variables IRC (MDRD-4) y enfermedad coronaria multivaso y se realizó un contraste de proporciones mediante el estadístico χ^2 .

Resultados: Con un seguimiento medio de 12 meses se registra una incidencia de mortalidad del 8,1% y de morbimortalidad del 27%. El 16,8% presentaba IRC moderada o grave y el 25,3% enfermedad coronaria multivaso. Resultó significativa (p < 0,0001) la relación entre IRC severa o moderada y aparición de eventos con un RR 3,9% (IC95% = 2,1-7,3) así como con la presencia de enfermedad multivaso, con un RR 3,6% (IC95% = 1,9-6,7).

Conclusiones: Los pacientes ingresados por SCA tienen posteriormente una alta morbimortalidad anual. El hecho de que además padezcan IRC moderada o severa es un factor de riesgo importante para la presencia de enfermedad multivaso, e implica un peor pronóstico.

88/137. EVALUACIÓN A MEDIO PLAZO DE LA TERAPIA CON LIRAGLUTIDE EN PACIENTES DIABÉTICOS OBESOS CON ELEVADO RIESGO CARDIOVASCULAR

E. Blanco Ponce, C. Morales Portillo, R. Cózar León, L. González Torres, M. Gómez Domínguez y J. García Rubira

Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción y objetivos: Evaluar el impacto a medio plazo de la terapia con liraglutide, un análogo GLP-1, en el control glucé-

mico y ponderal en paciente diabéticos obesos con elevado riesgo cardiovascular.

Material y métodos: Estudio retrospectivo observacional de 147 pacientes diabéticos con IMC > 30 kg/m² y elevado riesgo cardiovascular, a los que se les añadió a su tratamiento antidiabético liraglutide. Se recogieron datos de peso y HbA1c al inicio, a los 3 meses, y 6 meses. El riesgo cardiovascular se calculó con la escala UKPDS Risk Engine v2.0. Se realizó un análisis estadístico de los datos con SPSSv21, empleando el test t de Student para datos apareados.

Resultados: Edad media de 51,6 ± 11,7 años, siendo el 55,1% varones. Eran fumadores un 21,6% y exfumadores un 30,1%. Prevalencia de hipertensión arterial era de 64,6% y de dislipemia de 56,9%. Presentaban un mal control metabólico previo expresado como HbA1c media de 8,3 ± 1,7%, peso de 107,3 ± 19 Kg e IMC 39,4 ± 6,8 Kg/cm². 11 pacientes padecían cardiopatía isquémica. El riesgo cardiovascular medio de eventos cardiovasculares totales fue de 15,3% y de eventos fatales de 9,8% a los 10 años. Objetivamos un descenso estadísticamente significativo y clínicamente relevante en HbA1c media a los 3 meses de 8,3 ± 1,7% a 6,7 ± 1% (-1,6%) (p < 0,000) y a los 6 meses a 6,6 ± 1,1% (-1,7%) (p < 0,000). Pérdida de peso de 107,3 ± 19,1 Kg a 100,4 ± 16,4 Kg (-6,9 Kg) a los 3 meses (p < 0,000) y a los 6 meses 98,2 ± 16,8 Kg (-9,1 Kg) (p < 0,000). Efectos secundarios leves en 14 pacientes, con 6 abandonos del tratamiento.

Conclusiones: Liraglutide constituye una herramienta útil para el control glucémico (HbA1c) y ponderal.

88/138. IMPACTO DE LA MORFOLOGÍA DEL ORIFICIO REGURGITANTE MITRAL, EVALUADA MEDIANTE ECOCARDIOGRAFÍA TRIDIMENSIONAL TRANSESOFÁGICA, EN LA REDUCCIÓN DE LA INSUFICIENCIA TRAS LA REPARACIÓN PERCUTÁNEA CON MITRACLIP

T. Seoane García, M. Martín Hidalgo, F. Carrasco Ávalos, D. Mesa Rubio, M. Ruiz Ortiz, M. Delgado Ortega, M. Pan Álvarez-Ossorio, J. Suárez de Lezo Cruz Conde, A. López Granados y E. Romo Peñas

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción y objetivos: Investigar la relación entre la morfología anatómica del orificio regurgitante efectivo (ORA) analizado mediante ecocardiografía transesofágica tridimensional (ETE3D) y la reducción de la Insuficiencia Mitral (IM) inmediatamente tras la implantación del dispositivo MitraClip.

Material y métodos: Se seleccionaron de noviembre de 2011 a enero de 2013 todos aquellos pacientes con IM que, cumpliendo criterios clínicos y anatómicos, se les implantó el dispositivo MitraClip. Mediante ETE2D, la IM de todos los pacientes fue clasificada como de origen central. Mediante ETE3D el ORA se clasificó en tres categorías: central (C), centro-medial (CM) o centro-lateral (CL). Posteriormente se analizó la relación de la morfología del ORA con la severidad de la IM residual (grado 1 a 4).

Resultados: De 12 pacientes (58 ± 19 años) con IM 3,9 ± 0,2 y una fracción de eyección 30 ± 15%; seis tenían un ORA-C y seis ORA-CM. La IM se modificó en el ORA-C: 3,9 ± 0,2 a 1,3 ± 0,8 (p < 0,0001) y en el ORA-CM 3,9 ± 0,2 a 2,7 ± 0,4 (p = 0,009); existiendo una diferencia significativa entre de IM residual de ambos grupos (p = 0,006). La reducción de IM en el ORA-C fue mayor que en el ORA-CM (2,6 ± 0,7 vs 1,2 ± 0,69, p = 0,008).

Conclusiones: Este estudio, que debe ser interpretado con cautela debido al pequeño tamaño muestral, sugiere que en los pacientes tratados mediante MitraClip, el ETE3D puede proporcionar información adicional sobre el ORA, pudiendo identificar a los candidatos más óptimos.

88/150. ¿QUÉ HA CAMBIADO EN EL SHOCK CARDIOGÉNICO? EVOLUCIÓN HISTÓRICA 2001-2011

M. Pérez Rodríguez¹, A. Ruiz Duthil¹, M. Almendro Delia¹, A. Reina Toral², F. Francisco Aparicio¹, E. Blanco Ponce¹, J. Cruz Fernández¹ y R. Hidalgo Urbano¹

¹Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ²Grupo ARIAM.

Introducción y objetivos: En los últimos tiempos han variado perfil y manejo del shock cardiogénico (ShC), influenciando la mortalidad.

Material y métodos: Análisis prospectivo de pacientes de 40 hospitales andaluces incluidos en el Registro ARIAM entre 2001-2011. Estudiamos la evolución temporal del perfil clínico, complicaciones intrahospitalarias incluyendo mortalidad y tratamiento del ShC.

Resultados: De 42.827 pacientes incluidos en el registro, 2.366 pacientes tenían ShC. Se observó disminución de la prevalencia del ShC al ingreso (4 al 3%) pero aumentó durante el ingreso (5,7 al 6,5%) de manera significativa. Se observó un aumento significativo de la prevalencia de HTA, EPOC e IRC; y disminución de la edad media (70,29 a 68,85 años). No hubo cambios significativos en el perfil de riesgo (TIMI y GRACE). Se registró un aumento significativo de ShC en SCASEST (28,4 al 30,4%), complicaciones mecánicas, reinfarto y sangrados. Ha aumentado significativamente el empleo de antiplaquetarios, hipolipemiantes, anti IIb/IIIa, IECA, inotrópicos, diálisis e ICP durante la hospitalización (6,4 al 25,3%). En SCACEST se empleó más ICP primaria (17,7 al 55,7%) vs fibrinólisis (76,3 al 60,5%) y más balón de contrapulsación aórtico (BIAC) en IPC (3,3 al 12,6%). Globalmente aumentó el empleo de BIAC (10 al 20%) en ShC. Disminuyeron significativamente los tiempos de demora dependiente del paciente y los tiempos de reperfusión. La mortalidad disminuyó del 81,1 al 61,5%; en contexto de SCASEST (79,4 al 61,1%) y de SCACEST (81,7 al 61,7%).

Conclusiones: Aunque la prevalencia de shock y el perfil de riesgo del paciente no han variado, evidenciamos una disminución significativa de la mortalidad intrahospitalaria atribuible a mejoras en reperfusión y optimización del tratamiento incluyendo el uso de BIAC.

88/151. REINTERVENCIÓN DEL AUTOINJERTO TRAS CIRUGÍA DE ROSS: FACTORES PREDICTORES EN UNA SERIE PROSPECTIVA

M. Martín Hidalgo, F. Carrasco Ávalos, T. Seoane García, M. Delgado Ortega, D. Mesa Rubio y M. Ruiz Ortiz

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción y Objetivos. La insuficiencia del autoinjerto y la necesidad de reintervención del mismo son una posible complicación de la cirugía de Ross. Estudiar factores predictores de reintervención del autoinjerto en una serie prospectiva de pacientes sometidos a cirugía de Ross.

Material y métodos: Desde enero de 2000-actualidad, 107 pacientes con estenosis, insuficiencia o doble lesión aórtica severa fueron intervenidos mediante cirugía de Ross (edad media 30 ± 11 años, 69% varones, 89 pacientes > 14 años). Seguimiento ecocardiográfico: alta, 6 y 12 meses postintervención y anualmente.

Resultados: Mediana seguimiento: 10 ± 4 años. 11 pacientes (10%) requirieron reintervención sobre el autoinjerto. Supervivencia libre de reintervención a los 5 y 10 años de seguimiento fue de 95% y 89%, respectivamente. En la serie global, el mayor tamaño del anillo pulmonar nativo fue el único factor asociado a la necesidad de reintervención del autoinjerto (HR 1,3, IC95%, 1,018-1,732, p = 0,03). En el grupo de pacientes > 14 años, el aná-

lisis univariado asoció una menor supervivencia libre de reintervención al mayor tamaño del anillo pulmonar nativo ($p = 0,03$), a un mayor diámetro del anillo aórtico nativo ($p = 0,08$) y a la doble lesión o insuficiencia aórtica frente a la estenosis aórtica pura ($p = 0,08$). En el análisis multivariado, solo el mayor tamaño del anillo pulmonar nativo (HR 1,38, IC95%, 1,027-1,863, $p = 0,03$) se mostró como predictor independiente de reintervención del autoinjerto.

Conclusiones: Tras la cirugía de Ross el mayor tamaño del anillo pulmonar nativo tanto en la serie global como en los pacientes adultos predice de manera independiente la necesidad de nueva cirugía.

88/162. DIFERENCIAS EN LA PRESENTACIÓN CLÍNICA Y PRONÓSTICO DE LA ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA EN MUJERES

E. Alania Torres¹, J. Torres LLergo¹, M. Fernández Olmo², E. Quesada Pérez¹, C. Lozano Cabezas¹, M. Padilla Pérez¹, J. Fernández Guerrero¹, C. Adamuz Ruiz¹ y E. Vázquez Ruiz de Castroviejo¹

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

Introducción y objetivos: La influencia del sexo en los resultados de mortalidad y presentación clínica de la estenosis aórtica severa (EAS) es controvertida. Objetivo: analizar el impacto del

sexo en el pronóstico y perfil clínico-demográfico de los pacientes con EAS.

Material y métodos: Fueron incluidos 185 pacientes consecutivos (97 hombres y 88 mujeres) diagnosticados de novo de EAS (velocidad pico ≥ 4 m/s, gradiente medio ≥ 40 mmHg o un AVA menor de 1 cm^2).

Resultados: Al diagnóstico las mujeres eran mayores (77,8 vs 71,3 años; $p < 0,001$), más sintomáticas (78,4% vs 61,9%; $p = 0,01$), con más FA (39,8 vs 25,8%; $p = 0,04$), mayor proporción de hipertensión pulmonar (HTP) (31,8 vs 16,8%; $p = 0,01$) y Euroscore (12,9 vs 8,7%; $p = 0,002$). El recambio valvular aórtico (RVA) fue menor en las mujeres (18,2 vs 38,5%; $p = 0,002$) y las curvas de Kaplan-Meier mostraron una menor supervivencia (59%, 53% y 53% vs hombres 79%, 79% y 67% a los 12, 24 y 36 meses; Log Rank 6,98, $p = 0,008$). Cuando se analizaron los hombres ($n = 37$) y mujeres ($n = 16$) sometidos a RVA no existieron diferencias en cuanto a mortalidad cardiovascular (MCV) (5,4 vs 6,3%; $p = \text{NS}$), edad ni Euroscore. En el análisis multivariante de MCV, los únicos predictores independientes fueron la presencia de síntomas (HR 7,8; IC 3,1-19,9; $p < 0,001$), HTP ≥ 50 mmHg (HR 2,25; IC 1,01-5,2; $p = 0,04$) y el RVA (HR 0,06; IC 0,02-0,2; $p < 0,001$).

Conclusiones: Las mujeres diagnosticadas de EAS presentan un peor pronóstico, condicionado por una menor tasa de RVA, que se justifica por una edad más avanzada al diagnóstico, un estado más sintomático y mayor proporción de HTP significativa. El sexo femenino per se no se comporta como un predictor independiente de mortalidad asociado a la cirugía de RVA.