



Cardiocre

www.elsevier.es/cardiocore



SAC 2013 – XLVIII Congreso Andaluz de Cardiología

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

COMUNICACIONES PÓSTER

88/4. IMPLANTACIÓN DIRECTA DE MARCAPASOS EN PACIENTES CON SÍNCOPE, BLOQUEO BIFASCICULAR Y AUSENCIA DE CARDIOPATÍA ESTRUCTURAL

M. Molina Lerma, M. Arjona Arjona, M. Jiménez Fernández, E. López Moreno, R. Melgares Moreno y L. Tercedor Sánchez

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción y objetivos: El bloqueo AV paroxístico es la causa más frecuente de síncope en pacientes con bloqueo bifascicular (BBF) en ausencia de cardiopatía estructural. No existen estudios aleatorizados que determinen la mejor estrategia de manejo. Nuestro objetivo es evaluar la evolución clínica de pacientes con síncope y BBF en los que se implantó un marcapasos (MP) de forma directa sin otras exploraciones diagnósticas.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo (2002-2012) de 34 pacientes (77 ± 8 años; 73,5% hombres; 26% diabéticos; 56% hipertensos) con BBF (59% BRD + HBAI; 32% BRI; 9% BRD + HBPI) y síncope (82% de perfil cardiogénico y 18% perfil mixto cardiogénico y vasovagal), intervalo QRS 138 ± 18 ms e intervalo PR 207 ± 55 ms. Ninguno tenía cardiopatía estructural y la FEVI era normal en el 91% y ligeramente deprimida en el 9%.

Resultados: Implantamos un MP bicameral en el 82% de los pacientes y unicameral en el 18%. Tras un seguimiento medio de 41 ± 36 meses, 31 pacientes (91,2%) no tuvieron recurrencia sincopal, 2 (5,9%) tuvieron síncope de perfil vasovagal y 1 (2,9%) tuvo síncope de etiología dudosa. Dos pacientes sufrieron presíncope. El tiempo medio a la primera recurrencia fue de 6 ± 7 meses; solo en 2 casos hubo traumatismo leve. Hubo 4 muertes (11%) de causa no cardíaca.

Conclusiones: La implantación directa de marcapasos en pacientes con síncope y BBF sin cardiopatía estructural, sin realización de más pruebas diagnósticas que la valoración clínica, es una estrategia segura. Estudios prospectivos confirmarán o no su validez.

88/6. DIFERENCIAS EN TÉCNICAS EMPLEADAS Y RESULTADOS ENTRE ANGIOPLASTIA PRIMARIA Y DE RESCATE EN UN CENTRO SIN PROGRAMA DE ANGIOPLASTIA PRIMARIA

M. Molina Lerma, N. Herrera Gómez, M. Jiménez Fernández, E. López Moreno y J. Sánchez Gila

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción y objetivos: La angioplastia primaria (ICP^{1a}) y la trombolisis (TL) son las 2 estrategias terapéuticas en el SCA-CEST. Aun así, en centros sin ICP^{1a} la trombolisis sigue siendo un tratamiento válido. El objetivo de este estudio es evaluar la diferencia en cuanto a técnicas de intervencionismo y los resultados entre ICP^{1a} y angioplastia de rescate.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de las ICP^{1a} y de rescate realizadas en el último año en nuestro Hospital.

Resultados: Se realizaron un total de 154 procedimientos en 153 pacientes (p), de las que 85 (55%) fueron ICP^{1a} (26 mujeres y edad media 64,3 años), grupo A, y 69 (45%) angioplastias de rescate (15 mujeres y edad media 64,2 años), grupo B. Fuera de horario laboral ordinario se realizaron más angioplastias de rescate frente a ICP (72 vs 39%). En el grupo A se usó con más frecuencia prasugrel (11% vs 3%), abciximab (21% vs 7%) y bivalirudina (17% vs 3%). Se realizó más tromboaspiración en el grupo A (53% vs 33%). En el grupo A se implantaron menos stent (0,9 vs 1,25) aunque sin diferencias en DES. El grupo A tuvo mayor mortalidad total y mayor tasa de complicaciones.

Conclusiones: La estrategia de ICP^{1a} conlleva una actitud terapéutica más agresiva sin aumentar las complicaciones. El grupo de ICP^{1a} mostró un peor pronóstico en el seguimiento a corto plazo, probablemente por una selección de p de mayor riesgo, frente a los que se opta por TL como terapia inicial.

88/7. INICIO DE TRATAMIENTO CON RANOLAZINA

P. Santiago Díaz, B. Alcázar Navarrete, O. Ruíz Rodríguez y A. Ruíz Sancho

Hospital de Alta Resolución de Loja. Granada.

Introducción y objetivos: La ranolazina es un medicamento antianginoso, indicado en las guías de práctica clínica como tratamiento de segunda línea tras betabloqueantes (BB) y antagonis-

tas del calcio (ACA). Pretendemos analizar características clínicas y adecuación a las guías de práctica clínica en el inicio del tratamiento con dicho fármaco.

Material y métodos: Analizamos a 22 pacientes consecutivos a los que se inició tratamiento con ranolazina durante el año 2012 en una consulta de Cardiología.

Resultados: La media de edad fue de 68 años (46-88), el 68% eran hombres, un 25% fumadores activos y un 35% exfumadores, un 65% hipertensos, un 55% dislipémicos y un 30% diabéticos. El 81,8% estaban en clase funcional I o II de la NYHA y un 13,6% presentaban angina en clase III o IV de la CCS. El 90% de los pacientes estaban en ritmo sinusal, presentando una FC media de 59 latidos (48-73). El 10% tenía disfunción ventricular y un 5% presentaba valvulopatía. El 95% de los pacientes habían sido estudiados previamente en la consulta de cardiología, un 5% tenían diagnóstico de angina de Prinzmetal y otro 5% de angina microvascular. Un 91% tomaban antiagregantes, un 9% antiacoagulantes, 68% IECA/ARAI, 9% ivabradina, 68,2% nitratos y 77,3% estatinas. Un 72% BB y un 45% ACA, 2 pacientes no tomaban ni ACA ni BB, uno de ellos con contraindicación a BB por arteriopatía periférica, y al otro se le inició al mismo tiempo BB y ranolazina.

Conclusiones: La ranolazina se prescribe en pacientes con alto riesgo cardiovascular, con diagnóstico previo de cardiopatía isquémica; y como segunda línea de tratamiento antianginoso, adecuándose por tanto a las guías de práctica clínica.

88/11. EVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD DE UN ALTA HOSPITALARIA PRECOZ TRAS EL IMPLANTE DE DISPOSITIVOS DE ESTIMULACIÓN CARDÍACA

J. Rodríguez Capitán¹, J. Fernández Pastor¹, J. Peña Hernández¹, A. Ruiz Salas¹, C. Medina¹, A. Linde Estrella², A. Barrera Cordero¹ y J. Alzueta Rodríguez¹

¹Hospital Virgen de la Victoria. Málaga. ²Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén.

Introducción y objetivos: El número de implantes de dispositivos de estimulación cardíaca (DEC) ha crecido en los últimos años, lo que implica un gran gasto económico. Nuestro objetivo fue evaluar la seguridad de una estrategia de alta hospitalaria precoz tras el implante de DEC.

Material y métodos: En este estudio retrospectivo incluimos 168 pacientes consecutivos a los que implantamos con éxito un DEC de manera electiva entre agosto/2011 y marzo/2012. Comparamos la evolución de aquellos que siguieron la estrategia convencional (ingreso hospitalario de 24h) frente aquellos con alta precoz (la misma tarde del implante) tras estancia en hospital de día, que se realizó de forma consecutiva cuando hubo disponibilidad de este.

Resultados: La edad media fue 65,8 ± 15,3 años (35,7% mujeres). Del total de dispositivos, el 21,4% fueron marcapasos monocamerales, el 30,4% marcapasos bicamerales, el 14,3% desfibriladores-resincronizadores, el 3% resincronizadores-marcapasos, el 28% desfibriladores monocamerales y el 3% desfibriladores bicamerales. El 57,7% de pacientes recibieron alta precoz. Tras el seguimiento (mediana 2,7 meses), observamos las siguientes complicaciones: neumotórax (0,6%), edema agudo de pulmón (0,6%), nefropatía por contraste (0,6%), fístula cutánea de la bolsa (0,6%) y dislocación de electrodos (4,2%). Entre los grupos de comparación, no hubo diferencias significativas respecto a la presencia de complicaciones de manera global (convencional 7%, alta precoz 6,2%; p 0,82) ni específica de cada una de ellas.

Conclusiones: La estrategia de alta hospitalaria precoz se mostró segura frente a la estrategia convencional.

88/14. ENCUESTA SOBRE EL MANEJO PRÁCTICO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR EN ANDALUCÍA

J. Caballero Güeto¹, E. Vázquez Ruiz de Castroviejo², M. Ulecia Martínez³, E. González Cocina⁴, A. Martín Santana⁵, E. Otero Chulián⁶ y M. Lagares Carballo⁶

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

Introducción y objetivos: La fibrilación auricular (FA) es un problema de primera magnitud por su prevalencia creciente y nefastas consecuencias sobre la salud/costes del sistema sanitario. Es preciso un adecuado conocimiento y manejo de la terapia antitrombótica en todos los niveles asistenciales implicados. Pretendemos conocer el manejo de la FA en la vida real en nuestra comunidad, para detectar si son precisas áreas de mejora.

Material y métodos: Encuesta de 16 preguntas realizadas a 62 cardiólogos de las 8 provincias andaluzas.

Resultados: Porcentaje similar encuestados hospitalización/consulta. Se estimó prevalencia 15-20%. 92,5% conoce y aplica score CHAD₂. 18,7% consideran menor riesgo trombotico en FA paroxística. El 57% remite a Hematología para inicio de anticoagulación, 46,8% indica rango INR e orienta terapia puente 47,6%; en 43% Hematología atiende al paciente en el primer día laborable tras remisión (40% adicional en 2-10 días). 97,2% consideran fiable el control por punción capilar. 58,7% remiten al paciente estable para control por su médico Atención Primaria (MAP). Fármacos más usados: flecainida y amiodarona (el control función tiroidea se encomienda a MAP). Las Guías ESC-SEC basan el manejo habitual, 17,8% tiene protocolos propios elaborados conjuntamente con otras especialidades. 72% indicaron < 5 procedimientos ablación/año.

Conclusiones: La prevalencia de la FA es elevada y, en general, el conocimiento es adecuado. Existen áreas de mejora en el manejo de la terapia anticoagulante. Una vez estable, el seguimiento de pacientes lo puede realizar el MAP, preferiblemente si se establecen protocolos de actuación conjuntos de manejo/derivación. La ablación es poco utilizada.

88/15. REGISTRO RACFA (REGISTRO ANDALUZ PARA VALORAR LA CALIDAD EN EL MANEJO AMBULATORIO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR). PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS BASALES

J. Caballero Güeto¹, M. Ulecia Martínez², E. González Cocina³, A. Martín Santana⁴, E. Vázquez Ruiz de Castroviejo⁵, E. Otero Chulián⁶ y M. Lagares Carballo⁶

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

Introducción y objetivos: Determinar la prevalencia de la fibrilación auricular (FA) no valvular en las consultas de Cardiología en Andalucía, el perfil clínico y el manejo de nuestros pacientes.

Material y métodos: 1084 pacientes consecutivos con FA incluidos por 53 especialistas en Cardiología, tanto del ámbito hospitalario como ambulatorio de las 8 provincias andaluzas en el registro RACFA. Se utilizaron la categoría de riesgo según guías ACC/AHA/ESC 2006.

Resultados: Prevalencia 28,1%. 53,2% hombres y 46,8% mujeres. Edad media 69,5 años (67,5H/71,8M; p < 0,001). HTA 73,1%. DM 25,4%. IC 19,6%. ACV 8,6%-TIA 7,4%. Embolismo periférico 4,2%. Enfermedad coronaria 14,2%. Hipertiroidismo 1,5%. > 75 años

16%. 70,3% síntomas: disnea 40,4% (NYHA III-IV 7,7%, semiología IC 13,1%). Palpitaciones 35,6%. Angina 6,8%. Pre-síncope 6,4%. Factores riesgo trombótico 85,3%, Factores de riesgo hemorrágicos 83,9%. CHADS2 0-1 55,9% CHADS2 \geq 2 44,1. ECG (consulta): FA 63,3%, RS 36,7%. Ecocardiograma 69,5%. HVI 78,7%. AI dilatada 88,1%. FEVI media 61,4%. CV farmacológica 21,6%. CV eléctrica 8,8%. Ablación VP 0,7% NAV 0,1%.

Conclusiones: La prevalencia de la FA en nuestras consultas de Cardiología es del 28,1%. Un tercio es FA paroxística. Se trata de pacientes con elevada presencia de factores de riesgo tanto trombóticos como hemorrágicos. La ablación es un procedimiento poco utilizado en nuestro medio.

88/20. EXPERIENCIA INICIAL DEL USO DE DABIGATRÁN FRENTE A ACENOCUMAROL EN LA ABLACIÓN DE AURÍCULA IZQUIERDA

I. Fernández Pérez, J. Fernández Pastor, J. Peña Hernández, J. Rodríguez Capitán, J. Alzueta Rodríguez, A. Barrera Cordero y E. de Teresa Galván

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción y objetivos: Analizar la seguridad de un nuevo protocolo de anticoagulación oral con dabigatrán en pacientes sometidos a ablación de FA con radiofrecuencia.

Material y métodos: Realizamos un estudio unicéntrico, descriptivo y prospectivo de 69 pacientes consecutivos, sometidos a ablación de venas pulmonares, comparando la aparición de eventos tromboembólicos y hemorrágicos entre pacientes que toman dabigatrán (suspensión el día previo al procedimiento y reinicio al día siguiente) Vs estrategia habitual con acenocumarol.

Resultados: Un total de 56 pacientes tomaban acenocumarol y 13 dabigatrán. Tras $2,7 \pm 0,89$ meses de seguimiento, se registraron 3 hemorragias menores y 4 complicaciones periprocedimiento en el grupo de acenocumarol y ninguno en el de dabigatrán. No se registró ningún caso de ACV, muerte, hemorragia mayor o ingreso por insuficiencia cardíaca.

Conclusiones: No encontramos eventos hemorrágicos ni tromboembólicos con el uso inicial de un nuevo protocolo de anticoagulación con dabigatrán en la ablación de FA.

88/21. EVALUACIÓN DEL STRAIN RATE DIASTÓLICO COMO MARCADOR DE LA RELAJACIÓN DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO

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

Hospital Infanta Margarita. Cabra.

Introducción y objetivos: La obtención de la velocidad precoz diastólica del anillo mitral (e') mediante Doppler tisular (DT) se recomienda en el estudio de la disfunción diastólica ventricular. El Strain Rate diastólico longitudinal (SRd) proporciona información sensible de la relajación ventricular, aunque todavía están por establecerse los valores de normalidad. Objetivos: confirmar si el SRd medido en el anillo mitral a nivel lateral y septal refleja la relajación ventricular longitudinal correlacionándolo con la e' en dichos puntos. Determinar el valor de SRd que mejor predice una relajación normal del ventrículo izquierdo (VI) (definida por e' septal > 6 cm/s y e' lateral > 7 cm/s).

Material y métodos: Se incluyeron 29 pacientes consecutivos referidos para estudio ecocardiográfico en nuestro hospital. El análisis por DT y SR fue grabado y analizado "off line" usando el EchoPACPC (GEHealthcareUK Ltd). Determinamos la e' próxima al anillo mitral

en su porción lateral y medial, el SRd también se determinó en ambos puntos. Además calculamos sus valores medios.

Resultados: La velocidad e' lateral ($8,1 \pm 2$ cm/s) y la velocidad e' septal ($7 \pm 1,8$ cm/s) se correlacionaron linealmente con el SRd lateral ($1,4 \pm 0,4s^{-1}$) y septal ($1,3 \pm 0,4s^{-1}$) ($r = 0,66$, $p < 0,0001$; $r = 0,6$, $p < 0,001$, respectivamente). Los valores medios (lateral + septal/2) de e' ($7,5 \pm 1,8$ cm/s) y SRd ($1,36 \pm 0,4s^{-1}$) también se correlacionaron de forma lineal ($r = 0,65$, $p < 0,0001$). Un valor de SR lateral $> 1,28s^{-1}$ predice una relajación normal del VI en dicha zona con una sensibilidad (S) del 74% y una especificidad (E) del 43%. El valor de SR septal de $1,12s^{-1}$ presenta una S del 89% y una E del 62%.

Conclusiones: El SRd se correlaciona de forma lineal y significativa con la e' medida en los segmentos lateral y septal del anillo mitral. Los puntos de corte de SRd de $1,28s^{-1}$ a nivel lateral y septal de $1,12s^{-1}$ predicen una relajación ventricular izquierda normal con una buena S.

88/22. PERICARDITIS AGUDA IDIOPÁTICA RECURRENTE. EPIDEMIOLOGÍA Y FACTORES PREDICTORES

S. Gamaza Chulián, J. León Jiménez, A. Gutiérrez Barrios, M. Recuerda Núñez, S. Camacho Freire y J. Vargas-Machuca Caballero

Hospital de Jerez. Cádiz.

Introducción y objetivos: La recurrencia es una de las complicaciones más frecuentes de la pericarditis aguda idiopática. Nuestro objetivo fue analizar la incidencia de la pericarditis aguda recurrente en nuestro medio, así como aquellos factores que predicen la aparición de la misma.

Material y métodos: Entre enero de 2001 y septiembre de 2011, aquellos pacientes ingresados en nuestro centro por pericarditis aguda de origen vírico o idiopático fueron incluidos en el estudio. Se registraron variables clínicas, electrocardiográficas, analíticas y ecocardiográficas. El objetivo primario del estudio fue la recurrencia de la pericarditis.

Resultados: Se incluyeron 105 pacientes (89% varones, edad media 36 ± 15 años). Tras un seguimiento medio de 51 meses, 16 pacientes (15,2%) sufrieron una recurrencia. Los pacientes con pericarditis recurrente presentaron en el episodio índice una PCR más elevada ($8,28 \pm 7,95$ vs $4,26 \pm 4,64$ mg/dl, $p = 0,037$), mayor duración de la clínica ($2,84 \pm 3,6$ vs $1,45 \pm 0,69$ días, $p = 0,007$) y ausencia de respuesta a los AINEs (30% vs 3%, $p = 0,036$). Durante el seguimiento ninguno de los pacientes desarrolló pericarditis constrictiva ni dilatación ventricular, y solo un paciente precisó pericardiectomía.

Conclusiones: La recurrencia es una complicación relativamente frecuente de la pericarditis aguda idiopática, con un pronóstico benigno a medio-largo plazo. Es más frecuente en pacientes con PCR más elevada al ingreso y con una clínica subaguda, lo que puede reflejar una mayor respuesta autoinflamatoria.

88/23. ENDOCARDITIS SOBRE CARDIOPATÍA REUMÁTICA

S. Gamaza Chulián¹, S. Camacho Freire¹, A. Gutiérrez Barrios¹, F. Camacho Jurado², A. Fernández Rodríguez³, E. Díaz Retamino², A. Giráldez Valpuesta⁴ y J. Vargas-Machuca Caballero¹

¹Hospital de Jerez. Cádiz. ²Hospital Punta de Europa. Algeciras.

³Hospital Puerta del Mar. Cádiz. ⁴Ceuta Medical Center. Ceuta.

Introducción y objetivos: Hay pocos datos sobre la endocarditis sobre válvula nativa de etiología reumática. El objetivo de

este estudio fue analizar las características clínicas, microbiológicas, ecocardiográficas y el pronóstico de los pacientes con endocarditis infecciosa sobre válvula nativa con cardiopatía reumática.

Material y métodos: Aquellos pacientes diagnosticados de endocarditis infecciosa definitiva sobre válvula nativa izquierda en dos hospitales de nuestro entorno entre 2004 y 2010 fueron incluidos, según los criterios de Duke modificados. Se registraron factores predisponentes, variables epidemiológicas, agente microbiológico y evolución clínica durante el ingreso. Se estableció como objetivo primario un end-point combinado de muerte o necesidad de cirugía cardíaca.

Resultados: Se incluyeron 110 pacientes (34% mujeres, edad $64,5 \pm 13,7$ años): 25 con cardiopatía reumática subyacente (23%) y 85 (77%) de etiología no-reumática. La mitral fue la válvula más frecuentemente afectada en las reumáticas (56%), sin que hubiese diferencias en la afectación de ambas válvulas en los no-reumáticos (41% vs 46%). El *S. aureus* predominó en el grupo no-reumático (29% vs 8%, $p = 0,04$), sin diferencias estadísticamente significativas en el resto. El evento primario se alcanzó de forma similar en ambos grupos (64% vs 64%, $p = 1,0$), siendo la diabetes mellitus el único factor predictor del end-point combinado (OR 3,01, IC95% 1,65-6,0, $p = 0,01$).

Conclusiones: La etiología reumática ha sido desbancada por la degenerativa como la cardiopatía subyacente más frecuente en la endocarditis infecciosa. El aislamiento de *S. aureus* predomina en la etiología no-reumática. No se encontró la cardiopatía reumática como factor predictor de mortalidad en la endocarditis.

88/24. MORTALIDAD EN PACIENTES CON DISTROFIA MUSCULAR SOMETIDOS A TRASPLANTE CARDÍACO EN UN SEGUIMIENTO DE 11 AÑOS

M. Ronquillo Japón, A. Ortiz Carrellán, J. Sobrino Márquez, E. Lage Galle y J. Bautista Lorite

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivos: La distrofia muscular (DfM) constituye un grupo de miopatías dentro de las enfermedades neuromusculares que presentan afectación cardíaca. El trasplante cardíaco (TxCo) es una terapia posible en estos pacientes. Presentamos los resultados en necesidad de trasplante y mortalidad de pacientes con DfM en un Hospital con programa de TxCo.

Material y métodos: Cohorte de pacientes con DfM y miocardiopatía valorados entre enero 2002-enero 2013.

Resultados: Total 8 pacientes varones (ligado al X) con DfM y cardiopatía asociada, edad media 36 ± 6 años. La semiología de IC fue lo más frecuente (6 pacientes), 2 pacientes debutaron con síncope, uno de ellos por BAV completo y otro por TV. El diagnóstico neurológico fue: distrofia de Becker 7 pacientes y Duchenne 1 caso. La cardiopatía encontrada en todos ellos fue la miocardiopatía dilatada (FE% media = $25 \pm 6,2$, DTD medio = $67 \pm 4,2$ mm). Se sometieron a TxCo 3 pacientes (37.5%). Actualmente hay 1 paciente en lista de espera y 2 que no han sido incluidos por buena clase funcional. La mortalidad total en este período ha sido de 2 casos (25%), uno de ellos era paciente trasplantado que falleció por muerte súbita y otro por IC avanzada en lista de espera.

Conclusiones: La afectación cardíaca condiciona el pronóstico de los pacientes con DfM siendo el TxCo una terapia apropiada y con buenos resultados en estos pacientes cuando está indicado.

88/26. EVALUACIÓN DEL NIVEL DE AUTOCUIDADO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

R. Mesa Rico¹, E. Timonet Andreu¹, P. Hernández Cuenca¹, P. Rodríguez Alarcón¹, S. Bergillos Castillo², M. Rejón Amores¹, J. Rodríguez Martínez¹, R. Parrado Rivera¹, T. Amor Perino¹ y F. Tore Meléndez¹

¹Agencia Sanitaria Costa del Sol. Marbella. ²Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga.

Introducción y objetivos: La aparición y progresión de la Insuficiencia Cardíaca implica un deterioro funcional progresivo, que conduce a un proceso más complejo y un mayor consumo de recursos sanitarios. Se han desarrollado múltiples iniciativas y modelos de intervención para intentar mejorar los resultados clínicos. Una de las intervenciones enfermeras importantes de estos modelos es la educación para el autocuidado. El propósito de este estudio es describir el perfil de los pacientes con IC y medir el nivel de autocuidado para la valorar la implantación de estos modelos en nuestro medio.

Material y métodos: Estudio descriptivo analítico. Pacientes ingresados en una unidad de hospitalización de Cardiología de la Agencia Sanitaria Costa del Sol con patología de IC. Se midió el nivel de autocuidados que los pacientes disponían sobre su patología mediante Escala Europea de Autocuidado en Insuficiencia Cardíaca (EHFS).

Resultados: El número de pacientes con IC fue de 65. La media de edad fue de 72 años. El 52,3% eran hombres y el 47,7% mujeres. El nivel de estudios de la muestra fue mayoritariamente alfabetización mínima/estudios primarios ($n = 52$, 80%). El resultado del nivel de autocuidado según la escala europea (EHFS) fue de 37,57 (DE 6,3).

Conclusiones: El nivel de autocuidado de pacientes con IC fue medio-bajo. Estos resultados pueden explicar que los pacientes acudan a los centros sanitarios en situaciones de descompensación cardíaca, por lo que debemos seguir trabajando en la intervención de educación para el autocuidado, y así, intentar un mayor aprovechamiento de los recursos sanitarios.

88/27. ANÁLISIS DE LA TROMBOSIS VALVULAR PROTÉSICA EN UN HOSPITAL TERCIARIO: TROMBOLISIS FRENTE A CIRUGÍA

M. López Pérez, I. Gallardo Sánchez, M. Jiménez Fernández, M. Molina Lerma, M. Arjona Arjona, V. Alcalde Martínez, I. Uribe Morales, E. López Moreno, R. García Orta y R. Melgares Moreno

Hospital Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción y objetivos: En el momento actual aún no está bien definido cuál es el mejor tratamiento para las trombosis valvulares protésicas (TVP). Nuestro objetivo es describir la aparición de TVP en nuestro medio y comparar trombolisis (TL) frente a cirugía como terapia inicial.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de todos los pacientes diagnosticados de TVP.

Resultados: Desde enero de 2001 a diciembre de 2011 se identificaron 34 pacientes con TVP. El tratamiento inicial realizado fue optimización del tratamiento anticoagulante (OAC) en 4 casos, heparina intravenosa en 5, TL en 18 y cirugía en 7. La TL fue efectiva inicialmente en 11 de los 18 casos, con realización de una segunda TL en 4 pacientes y necesitando cirugía posteriormente 5 pacientes. Tras la TL solo hubo como complicaciones 2 hemorragias menores y un embolismo no cerebral. Seis pacientes fallecieron intrahospitalariamente (17,6%), 1 en el grupo de cirugía directa, 4 en el grupo de TL y 1 en el grupo de OAC. A pe-

sar de que hubo una mayor mortalidad en el grupo de TL inicial (22,2% frente a 14,2% de cirugía) se trataba de pacientes de mayor gravedad en situación de shock cardiogénico en los que se había descartado la cirugía.

Conclusiones: La TVP es una complicación poco frecuente pero grave con una mortalidad elevada en nuestro medio. La TL es una alternativa al tratamiento quirúrgico especialmente en pacientes con riesgo elevado o inoperables. Sin embargo son necesarios estudios aleatorizados y multicéntricos con mayor tamaño muestral que nos ayuden a decidir cuál es el tratamiento más adecuado para estos pacientes.

88/28. LA NORMALIZACIÓN PRECOZ DE LA FRACCIÓN DE EYECCIÓN TRAS RESINCRONIZACIÓN CARDÍACA SE MANTIENE A LARGO PLAZO E IDENTIFICA EL MEJOR PRONÓSTICO CLÍNICO Y ARRÍTMICO

A. Ruiz Salas, F. Cabrera Bueno, I. Molina Escobar, J. Alzqueta Rodríguez, J. Fernández Pastor, J. Peña Hernández, A. Barrera Cordero y E. de Teresa Galván

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción y objetivos: La normalización de la función ventricular tras terapia de resincronización (TRC) implica excelente evolución a largo plazo. Realizamos este estudio para conocer si la normalización de la función ventricular es mantenida a largo plazo y el impacto sobre terapias del desfibrilador.

Material y métodos: En un grupo de pacientes tratados con DAI-TRC se analizó la fracción de eyección (FE) seis meses tras implante, definiendo un grupo (A) que normalizó la FE (> 55%) y un grupo (B) sin normalizarla, con seguimiento a largo plazo para conocer la FE en ambos grupos y su impacto clínico y arrítmico.

Resultados: De 47 pacientes incluidos en el estudio, 10 normalizaron la FE a 6 meses. Los factores predictores de normalización de FE fueron: volumen telesistólico del ventrículo izquierdo (OR 0,94; IC95% 0,92-0,97) y orificio regurgitante efectivo mitral basal (OR 0,89; IC95% 0,86-0,93). Tras seguimiento ecocardiográfico medio de 46 meses los pacientes del grupo A mantuvieron la FE preservada (61 ± 6 vs $64 \pm 6\%$; $p = 0,342$), y no presentaron ningún evento arrítmico. El grupo B, con mejoría no significativa de la FE (29 ± 10 vs $31 \pm 7\%$; $p = 0,296$), presentó mayor incidencia de eventos arrítmicos (0 vs 29,7%; $p = 0,039$). En el grupo A no se registró muerte cardiovascular, frente al grupo B con 12 (0 vs 32,4%; $p = 0,031$).

Conclusiones: La normalización de la FE a corto plazo en pacientes con miocardiopatía dilatada idiopática tras TRC se mantiene en el tiempo, e identifica a un grupo de pacientes con un excelente pronóstico a largo plazo, libre de eventos arrítmicos y por tanto sin necesidad de DAI.

88/31. MARCADORES DE INFLAMACIÓN VASCULAR Y PERSISTENCIA DEL RITMO SINUSAL TRAS CARディオVERSIÓN ELÉCTRICA EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR PERSISTENTE

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

Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción y objetivos: Existe evidencia que sugiere una posible asociación entre la inflamación y la fibrilación auricular (FA). Realizamos este estudio piloto para determinar si los niveles de inflamación vascular se asocian a mediano plazo el éxito de la cardioversión eléctrica (CE) en pacientes con fibrilación auricular persistente (FAP).

Material y métodos: Se incluyeron pacientes con un primer episodio documentado de la FAP, sometidos a cardioversión eléctrica electiva. Los pacientes con cardiopatía estructural o valvular fueron excluidos. Todos los pacientes fueron sometidos a ecocardiografía-Doppler, y extracción de sangre periférica en las 24 horas antes de la determinación de IL-2, IL-4, IL-6, IL-10, TNF- α e IFN- γ . Se realizó clínico y seguimiento electrocardiográfico, con Holter-ECG para detectar la recurrencia de FA.

Resultados: De los 40 pacientes incluidos (62 ± 7 , mujeres 37,5%), 28 pacientes (70%) presentaron recurrencia de FA durante el seguimiento. Las características demográficas, clínicas y tratamiento farmacológico de estos pacientes fueron similares a los que mantuvieron el ritmo sinusal (RS). La función sistólica y la masa ventricular fueron similares, pero los pacientes en RS, mostraron un menor volumen auricular izquierdo ($p = 0,039$) y niveles mayores de IL-10 ($p = 0,021$) e IFN- γ ($p = 0,029$). No hubo correlación entre el volumen de la aurícula izquierda y los niveles de IL-10 o IFN- γ . En el análisis multivariado, el factor independiente para predecir el mantenimiento del ritmo sinusal fueron los niveles de IL-10 (OR 0,89, IC95%: 0,86-0,92).

Conclusiones: Los niveles de IL-10 se asocian con el mantenimiento del RS en pacientes sin cardiopatía estructural, con FAP sometidos a cardioversión eléctrica.

88/35. EVALUACIÓN DEL PICO DE STRAIN RATE PRECOZ DIASTÓLICO OBTENIDO MEDIANTE DOPPLER TISULAR COMO MARCADOR DE LA RELAJACIÓN DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO: VARIABILIDAD INTEROBSERVADOR

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

Hospital Infanta Margarita. Cabra.

Introducción y objetivos: En estudios previos, el pico de strain rate precoz diastólico longitudinal (SRE) obtenido mediante doppler-tisular en los segmentos basales del ventrículo izquierdo (VI) se correlaciona significativamente con la velocidad e' , sugiriéndose como una alternativa para la valoración de la relajación del VI en pacientes con patología del anillo mitral. Sin embargo, el ruido de la señal de SRE podría constituir una limitación para su uso clínico. Objetivo: determinar la reproducibilidad de la medición del SRE obtenido en los segmentos basales del VI.

Material y métodos: Se incluyeron 29 pacientes consecutivos (66 ± 13 años) referidos para estudio ecocardiográfico a nuestro hospital (equipo Vivid 7-GE). Una grabación cine doppler-tisular 4-cámaras era adquirida para análisis independiente por dos ecocardiografistas. Se midió la e' lateral y septal así como el SRE en los segmentos basal-lateral y basal-septal del VI.

Resultados: Las velocidades e' lateral ($8,10 \pm 2,06$ cm/s) y septal ($7,05 \pm 1,88$ cm/s) se correlacionaron linealmente con el SRE basal-lateral ($1,39 \pm 0,47$ s $^{-1}$) y basal-septal ($1,31 \pm 0,44$ s $^{-1}$) ($r = 0,66$; $p < 0,0001$ y $r = 0,6$; $p < 0,001$, respectivamente). Sin embargo, se obtuvo una fuerza de la concordancia mala entre las mediciones de SRE obtenidas por los dos ecocardiografistas (coeficiente de correlación intraclase para SRE basal-lateral: 0,209, $p = 0,16$; para SRE basal-septal: 0,197, $p = 0,17$), con un error interobservador del $29 \pm 25\%$ para SRE basal-lateral y del $30 \pm 25\%$ para SRE basal-septal.

Conclusiones: Aunque el SRE obtenido mediante doppler-tisular en los segmentos basales del VI se correlaciona significativamente con la velocidad e' , el ruido de la señal obtenida compromete su reproducibilidad y, por tanto, limita su uso práctico en la valoración de la relajación longitudinal del VI.

88/36. SIGNIFICADO DE LAS RECIDIVAS PRECOCES DE FIBRILACIÓN AURICULAR TRAS EL AISLAMIENTO DE VENAS PULMONARES: ESTUDIO OBSERVACIONAL CON HOLTER INSERTABLE

J. Acosta Martínez, A. Pedrote, F. Gómez Pulido, L. García Riesco, A. Arce León, E. Cantero Pérez, J. Martos Maine y E. Arana Rueda

Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivos: El periodo de blanking tras el aislamiento de venas pulmonares se ha utilizado asumiendo que las recidivas precoces (ERAT) de fibrilación auricular (FA) no necesariamente significan un fallo del procedimiento. Pretendemos conocer el valor predictivo (VP) de los ERAT para la aparición de episodios de FA más allá del periodo de blanking (LRAT), utilizando monitorización continua con un Holter insertable.

Material y métodos: En un estudio de diseño prospectivo y observacional se ha implantado un Reveal XT (Medtronic, Inc) a 35 pacientes sometidos a un aislamiento circunferencial de venas pulmonares por FA paroxística. El dispositivo almacena hasta 49,5 minutos de episodios de FA ≥ 2 minutos de duración. Se analizó mensualmente el Holter desde la ablación y hasta 12 meses después. El end point del estudio fue la primera recidiva de FA o taquicardia auricular tras el periodo de blanking.

Resultados: Se aislaron todas las venas pulmonares sin complicaciones. Quince pacientes tuvieron LRAT. La supervivencia libre de FA fue del 57,1% y tras reprocedimiento del 71,4%. De 13 pacientes con ERAT en 11 se observaron 3 \pm 4 episodios de FA el primer mes después de la ablación (6,6 \pm 4,8 días, rango 1-15). En 2 pacientes los ERAT aparecieron en el segundo y tercer mes respectivamente. El VP positivo de los ERAT para predecir LRAT fue 100% y el VP negativo del 91%.

Conclusiones: Los ERAT en pacientes con FA paroxísticas son precoces y predicen fallo del procedimiento. Posiblemente se deban a reconexiones tempranas de las venas pulmonares.

88/41. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES SUPERRESPONDADORES A LA TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN CARDÍACA

A. Arce León, E. Arana Rueda, F. Gómez Pulido, L. García Riesco y A. Pedrote

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivos: La respuesta de los pacientes a la terapia de resincronización cardíaca (TRC) es variable, con un 30%

de no respondedores y, dentro de los que sí responden, algunos lo hacen de una forma muy notable. A estos últimos se les conoce como superrespondedores. Pretendemos identificar a los pacientes superrespondedores a la TRC y analizar las características que definen a esta población.

Material y métodos: Estudio observacional de 58 pacientes consecutivos con TRC implantados en nuestro centro (desde febrero/2005 hasta febrero/2012) según las indicaciones de las guías de práctica clínica del momento. Definimos superrespondedores como aquellos que experimentan un incremento de 20 puntos en la FE medido mediante ecocardiografía al menos 3 meses tras el implante del dispositivo.

Resultados: Se resumen en la tabla. El 29% de los pacientes tratados fueron superrespondedores. Éstos presentan menos factores de riesgo cardiovascular y tienen el electrodo de VI alojado en una vena lateral. No apreciamos relación con la anchura o morfología del QRS (muy ensanchado en ambos grupos y 75% BRI). Existe una tendencia a la significación hacia una mayor proporción de superrespondedores en mujeres.

Conclusiones: En nuestra serie los superrespondedores son pacientes con pocos factores de riesgo cardiovascular y colocación de electrodo en vena lateral. Ni la severidad del trastorno de conducción intraventricular ni la etiología de la cardiopatía predicen la superrespuesta a la TRC.

88/43. ESTEATOSIS HEPÁTICA NO ALCOHÓLICA COMO MARCADOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN NUESTRO MEDIO

R. Picón Heras, J. Ampuero, F. Molano Casimiro, I. Ranchal, R. Gallego, R. Aparcero, H. Pastor, M. Romero y L. Pastor Torres

Hospital Virgen de Valme. Sevilla.

Introducción y objetivos: La esteatosis no alcohólica es la manifestación hepática del síndrome metabólico, y marcador de riesgo para desarrollo de enfermedad cardiovascular. Objetivo: estratificación de riesgo de enfermedad cardiovascular en un grupo de pacientes diagnosticados de esteatohepatitis no alcohólica.

Material y métodos: A partir de un grupo de 100 pacientes diagnosticados de enfermedad por hígado graso no alcohólico confirmado mediante biopsia hepática se seleccionaron 21 para analizar el perfil cardiovascular. En todos se realizó estudio de perfiles metabólico, hepático y renal, ecocardiograma trastrorácico, ergometría (protocolo de Bruce) y estudio de pulso braquial.

Resultados: Edad media 48,42 \pm 12,35 años, 11 hombres y 10 mujeres. El 33,3% presentaban fibrosis avanzada, el 61,9% esteatohepatitis. Se detectaron diferencias significativas en duración y capacidad funcional, según ergometría, de los pacientes que

Tabla 88/41

	Total (n = 58)	Superrespondedores (n = 17)	No superrespondedores (n = 41)	Valor p*
Cardiopatía no isquémica	39 (67,2%)	11 (64,7%)	28 (68,29)	0,79**
Sexo femenino	9 (15,5%)	5 (29,4%)	4 (9,7%)	0,06**
HTA	35 (39,7%)	6 (35,3%)	29 (70,7%)	0,012**
DM	28 (48,3%)	5 (29,4%)	23 (56%)	0,064**
DL	36 (62,1%)	7 (41,2%)	29 (70,7%)	0,035**
BRI	44 (75,9%)	14 (82,3%)	30 (73,2%)	0,45**
Duración QRS basal ms	160 (140-160)	160 (140-160)	160 (140-160)	0,67†
Electrodo en vena lateral	27 (61,36% n = 44)	11 (84,61% n = 13)	16 (51,61% n = 31)	0,04**

*Significación estadística al comparar superrespondedores con no superrespondedores. **Chi cuadrado. †U de Mann Whitney.

presentaba fibrosis avanzada respecto a lo que presentaban fibrosis leve ($3,17 \pm 2,53$ min vs $8,58 \pm 2,11$ min; $p = 0,0001$) y ($5,54 \pm 1,38$ METS vs $12,23 \pm 3,19$ METS; $p = 0,0001$). Así aquellos con esteatohepatitis, alcanzando un mayor estadio ($5,35 \pm 3,38$ min vs $9,64 \pm 1,32$ min; $p = 0,028$) y ($8,41 \pm 4,23$ METS vs $12,92 \pm 1,83$ METS; $p = 0,06$). Respecto al SCORE 2003, los pacientes diagnosticados de fibrosis avanzada presentaron valores significativamente más elevados que la fibrosis leve ($85,3\%$ vs 30% , $p = 0,0001$), del mismo modo ocurría en esteatohepatitis ($69,2\%$ vs 0% , $p = 0,0001$).

Conclusiones: La esteatosis no alcohólica es un factor de riesgo para desarrollar enfermedad cardiovascular en nuestro medio. Debemos incluir todos los factores implicados a la hora de evaluar por completo a un paciente.

88/44. SÍNCOPE DE ORIGEN CARDIOGÉNICO: ASPECTOS A CONSIDERAR

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

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Introducción y objetivos: El síncope es causa habitual de asistencia a urgencias y se puede tratar de una patología fatal. El objetivo fue analizar la casuística de los pacientes valorados por una Unidad de Síncope (US) desde su inauguración.

Material y métodos: Análisis prospectivo de pacientes consecutivamente derivados a la US, en el período comprendido entre junio 2009 y febrero 2013. Se estudiaron variables clínicas y epidemiológicas, diagnóstico establecido y tratamiento indicado.

Resultados: Se incluyeron 447 pacientes, 52,6% mujeres. Edad media de $57,1 \pm 20,7$ años (13-91 años). Presentaron: hipertensión 45,1%, diabetes 16,2%, cardiopatía isquémica 10,3% y comorbilidad reducida (índice Charlson $0,84 \pm 1,67$). 71,9% ECG basal normal. Entre las alteraciones del ECG, predominó la existencia de BCRD (35,9%). Se realizó: Holter en el 54,8% (90,8% normal); ecocardiografía 100% (97,3% normal); ergometría 5% (100% normal); tilt test 18% (60% positivo); test de bipedestación activa en 7 pacientes (respuesta ortostática en 4); Holter insertable en 7 pacientes (5 diagnósticos). Se estableció el diagnóstico de síncope: 67,8% neuromediado, 8% ortostático, 7,4% neurológico-psicógeno, 7% cardiogénico y 9,3% no filiado. Se implantaron 17 marcapasos. El sexo masculino, ECG patológico y la ausencia de pródromos predecían mayor riesgo de origen cardiogénico (OR 1,74, IC95%, 1,13-5,87, OR 11,9, IC95%, 3,10-24,85 y OR 24,01, IC95%, 6,81-57,37, 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 del mismo se asocia al género masculino, edad mayor de 40 años, ausencia de pródromos previos y un ECG basal patológico.

88/46. VARIEDADES GENÉTICAS RESPONSABLES DE MCH EN NUESTRA ZONA

R. Picón Heras, I. Estrada Parra, M. Mera Romero, R. Guerola, C. Navarro Valverde, M. Romero Reyes, C. Arias, D. García Medina, R. Pavón Jiménez y L. Pastor Torres

Hospital Virgen de Valme. Sevilla.

Introducción y objetivos: La miocardiopatía hipertrófica es una enfermedad genética de herencia AD con una penetrancia variable, causada por mutaciones en uno a varios genes afectando la mayoría de ellos a proteínas sarcoméricas. Determinadas

mutaciones se asocian con pronósticos infaustos, mientras que otras se asocian a una evolución mucho más benigna. **Objetivo:** conocer las mutaciones responsables de la expresión fenotípica en los pacientes diagnosticados de MCH en nuestra zona.

Material y métodos: Se realizó estudio genético en 7 pacientes diagnosticados de MCH según criterios actuales, mediante técnica de reacción en cadena de la polimerasa para secuenciar los genes relacionados definiendo patológico cuando era detectada una mutación missense.

Resultados: Edad media $34,2 \pm 12$ años, 44,4% varones, síntoma más frecuente fue el síncope. El 100% presentaba antecedentes familiares de muerte súbita. Se detectó mutación en el gen MyBPC3 en el 33,3% de la muestra, del cual 33% variante Y373X/g10053C > G y 66% variante NP_000247.2:p.Tyr373, presentando en todos los casos un HVI moderada-grave y escasa expresividad clínica. En el 33,3% se detectó mutación en el gen PRKAG2, variante R84Q/G95864G > A en todos los casos, presentándose en estos casos con una HVI ligera pero sintomatología mucho más agresiva.

Conclusiones: En este grupo de pacientes la variante de la mutación localizada en el gen KCNQ1 se presenta con una baja expresividad clínica. En cambio, la detección de una mutación en el gen PRKAG2 se presenta de forma mucho más agresiva. La correlación genotipo-fenotipo permite aportar información esencial para establecer un pronóstico y manejo terapéutico del paciente y familiares.

88/47. INFLUENCIA DE LA PERIODONTITIS EN LA EXTENSIÓN DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

R. Marfil Álvarez¹, A. Arrebola Moreno², R. García Retamero¹, A. Catena¹, R. Melgares Moreno² y J. Ramírez Hernández²

¹Universidad de Granada. ²Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción y objetivos: Diversos estudios han determinado la periodontitis como un factor de riesgo cardiovascular. Un estado inflamatorio mantenido pudiera contribuir a la progresión e inestabilización de la placa de ateroma. El índice de Arbes (IAR) y el Índice Periodontal de Riesgo de Infecciosidad Modificado (PIRIM) son índices validados que miden dos aspectos diferentes de la enfermedad periodontal, extensión y severidad. El objetivo fue determinar la relación existente entre la periodontitis y la extensión del IAM.

Material y métodos: Se reclutaron pacientes consecutivos ingresados por IAM. A todos se les realizó una entrevista personal y el odontólogo realizó una exploración periodontal recogiendo todos los datos en el periodontograma. Se recogieron los niveles pico de troponina I y mioglobina tras el evento coronario y analítica al ingreso determinando los valores de leucocitos y polimorfonucleares (PMN).

Resultados: Se incluyeron 112 pacientes (edad media $60,42 \pm 9,27$; 84% varones). Se obtuvo una correlación positiva estadísticamente significativa entre la extensión del IAM medida por los niveles pico de troponina I y mioglobina, y la gravedad de la periodontitis medida por IAR ($r = 0,204$; $p < 0,05$ y $r = 0,242$; $p < 0,01$) y por PIRIM ($r = 0,200$; $p < 0,05$ y $r = 0,236$; $p < 0,05$). La extensión y gravedad de la periodontitis también se asoció a mayores niveles de leucocitos (IAR: $r = 0,207$; $p < 0,05$ y PIRIMr = $0,199$; $p < 0,05$) y PMN (IAR: $r = 0,249$; $p < 0,01$ y PIRIMr = $0,236$; $p < 0,05$) al ingreso.

Conclusiones: Los niveles más severos de periodontitis se relacionaron con una mayor extensión de infarto en pacientes que sufren un IAM. Mayores recuentos de leucocitos y PMN en los pacientes con mayor afectación periodontal corroboran que un mayor estado inflamatorio pudiera servir como causa fisiopatológica de dicha asociación.

88/48. EXPRESIÓN FENOTÍPICA DE UNA NUEVA MUTACIÓN RELACIONADA CON EL SÍNDROME QT LARGO TIPO 2

R. Picón Heras, I. Estrada Parra, M. Romero Reyes, C. Arias, R. Guerola Segura, M. Mera Romero, C. Navarro Valverde, M. González Correa, D. García Medina y L. Pastor Torres

Hospital Virgen de Valme. Sevilla.

Introducción y objetivos: El síndrome de QT largo es una canalopatía asociada a mutaciones en los genes que codifican los canales de sodio y potasio del miocardiocito. Cuando afectan al canal HERG recibe también el nombre de síndrome de QTL tipo 2. **Objetivos:** definir la correlación fenotípica-genotípica presente en una familia de nuestra área en la que se detecta una nueva mutación responsable de la prolongación del intervalo QT.

Material y métodos: Se estudió caso índice y 11 familiares de primer grado (edad media $16 \pm 11,5$ años, 36% varones), mediante técnica de reacción en cadena de la polimerasa para secuenciar los genes relacionados, (patológico cuando detectaban mutación missense). La paciente era portadora de mutación en KCNH2, variante G262fs/g19737delG, realizándose en los familiares secuenciación en ambas direcciones del fragmento detectado. Además se realizó estudio clínico completo y ECG en todos ellos.

Resultados: Se identificó la mutación en 4 familiares (36%), edad media 17 ± 13 años, 50% varones, en estos el 36% presentaron prolongación del intervalo QT, (QT corregido (QTc) > 450 ms varones y > 470 ms mujeres), QTc medio de $465,2 \pm 33,3$ ms. 2 pacientes portadores de la mutación presentaban un valor de QTc normal. Ningún familiar portador ha presentado síntomas.

Conclusiones: La mutación en KCNH2, variante G262fs/g19737delG, es una nueva descripción causante de S.QTL tipo 2. El estudio genético reveló una elevada penetrancia del mismo. El estudio genético demuestra su utilidad para definir presencia de enfermedad en individuos potencialmente afectos y conocer con mayor exactitud el fenotipo asociado a la misma.

88/49. EXPERIENCIA DE ENFERMERÍA A LARGO PLAZO EN UNA UNIDAD DE DOLOR TORÁCICO Y SÍNCOPE

I. Vegas Vegas, N. Fernández Borrego, M. Roldán Jiménez, M. Ramírez Marrero, M. Cano García, G. Ballesteros Derbenti, B. Luque Aguirre, D. Gaitán Román y M. de Mora Martín

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Introducción y objetivos: El dolor torácico y el síncope son dos entidades muy frecuentes que requieren asistencia en urgencias. Nuestro objetivo es el análisis de los resultados alcanzados por nuestra Unidad de Dolor Torácico y Síncope (UDTS) desde su inauguración.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo de los pacientes derivados a nuestra Unidad en el período comprendido entre Junio 2009 y Febrero 2013. Se recogieron diversas variables clínicas y epidemiológicas. Se clasificaron según motivo de derivación y pruebas realizadas.

Resultados: Se incluyeron 1.867 pacientes, 1.043 hombres (55,9%) y 824 mujeres (44,1%), con una edad media de $58,9 \pm 16,4$ años (14-93). Los síntomas motivo de la derivación fueron: dolor torácico 56,6%, síncope y presíncope 28,2%, palpitaciones 4% y otros 11,2% (IC, valoración preanestésica...). Las pruebas diagnósticas realizadas en la primera visita fueron: 679 (36,4%) ergometrías, 1520 (81,5%) ecocardiogramas, 419 (22,5%) Holter-ECG y 117 (6,3%) Test de mesa basculante. La derivación tras la primera visita fueron: el 1237 (66,3%) altas (acto único), 55 (2,9%) ingresos y 575 (30,8%) revisiones. Tras la revisión efectuada, se

procedió al 99,8 de altas a domicilio, tras establecimiento del diagnóstico del proceso.

Conclusiones: La UDTS mejora la calidad asistencial al ciudadano, permitiendo establecer una estratificación de riesgo pre-coz del paciente que acude a Urgencias por dolor torácico y/o síncope, disminuyéndose con ello las altas inapropiadas y las complicaciones cardíacas relacionadas, y con ello, el coste hospitalario. Para la consecución de estos objetivos, es necesario que los protocolos diagnósticos se utilicen de forma sistemática y lo realice personal entrenado.

88/55. UNIDAD DE DOLOR TORÁCICO. SEGUIMOS AMPLIANDO NUESTRA EXPERIENCIA

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

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Introducción y objetivos: El dolor torácico es una de las entidades clínicas más común en los servicios de urgencias de los hospitales, requiriendo una estratificación adecuada del riesgo, dado su pronóstico potencialmente fatal. 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 todos los pacientes remitidos de forma consecutiva por clínica de dolor torácico desde los servicios de urgencias, en un periodo comprendido entre junio 2009-julio 2012.

Resultados: 965 pacientes, con una media de edad de $59,61 \pm 13,28$ años (14-93 años), 565 (58,5%) hombres. El 27,4% eran fumadores, 58,1% tenían hipertensión, 22,7% eran diabéticos y 49,4% tenían dislipemia. El 23,1% tenían historia previa de cardiopatía isquémica, requiriendo revascularización coronaria el 14%. La comorbilidad media de los pacientes, expresado por el Índice de Comorbilidad de Charlson fue baja, $0,91 \pm 0,36$. La anemia estuvo presente en el 13%, 14,3% enfermedad pulmonar, 6,2% insuficiencia renal avanzada, antecedentes de accidente cerebrovascular 4% y 2,8% enfermedad arterial periférica. El 2,2% de los pacientes estaban previamente diagnosticados de fibromialgia reumática y el 16,5% tenían trastornos afectivos. Casi todos los pacientes tuvieron la función sistólica del ventrículo izquierdo conservada (97,1%) y 5,3% tuvieron fibrilación auricular. Antes de la primera visita, 45,8% recibían antiagregantes, 5,1% anticoagulantes, 24,9% betabloqueantes, 24,5% antagonistas del calcio, 22,9% IECAs, 29% ARA-II, 21,7% nitratos y 37,5% estatinas.

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

88/56. ¿QUÉ FACTORES DEFINEN LA APARICIÓN DE ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA EN PACIENTES EVALUADOS EN UNA UNIDAD DE DOLOR TORÁCICO?

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

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Introducción y objetivos: El dolor torácico es una de los motivos más comunes de consulta. Sus causas son heterogé-

neas, algunas de ellas pueden ser mortales, y esta es la razón por la cual las unidades de dolor torácico (UDT) fueron creadas. La evaluación temprana en estas unidades puede hacer que los pacientes tengan una atención más eficiente. Nuestro objetivo es analizar los factores relacionados con la existencia de enfermedad coronaria documentada con cateeterismo cardíaco.

Material y métodos: Estudio prospectivo de pacientes evaluados de forma consecutiva en nuestra UDT con indicación de cateeterismo cardíaco, desde julio 2009-julio de 2012.

Resultados: Se estudiaron un total de 128 pacientes, con edad media de $61,4 \pm 10,4$ años. De ellos, 97 eran varones (75,8%). El 66,4% tenían HTA, 34,4% diabetes, 56,3% dislipemia y 32% historia de enfermedad cardíaca. El 4% de los pacientes tenían insuficiencia renal avanzada (aclaramiento de creatinina < 60 ml/min/m²). 123 pacientes fueron sometidos a algún tipo de test de isquemia miocárdica, con resultado patológico en 89 de ellos (86,4%). En 33 pacientes (25,8%), no fueron documentadas lesiones angiográficamente significativas; estos pacientes tuvieron una menor comorbilidad (índice Charlson $0,6 \pm 0,4$ vs $1,4 \pm 1,1$, $p = 0,03$). Diagnosticamos 7 pacientes con enfermedad coronaria grave del tronco común izquierdo, y 56 con enfermedad severa de la descendente anterior. Encontramos 44 pacientes (34,4%) con enfermedad multivaso. Después de análisis multivariante, la presencia de resultados patológicos en los test de isquemia, el género masculino y una índice Charlson más elevado se asociaron con un alto riesgo de enfermedad coronaria angiográficamente significativa (OR 8,9, IC95% 2,3-17,6, OR 3,2, IC95% 1,1-7,3 y OR 1,6, IC95% 1,1-2,6 respectivamente).

Conclusiones: El género masculino, una comorbilidad más elevada y un resultado anormal en los test de isquemia miocárdica se asociaron a un alto riesgo de enfermedad angiográficamente significativa en pacientes evaluados en una UDT.

88/58. MIOPERICARDITIS EN NUESTRO MEDIO: CARACTERÍSTICAS

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

Hospital de Jerez. Cádiz.

Introducción y objetivos: La pericarditis es una entidad relativamente frecuente, que supone el 5% de las consultas de Urgencias, así como el 0,1% de los pacientes hospitalizados por dolor torácico no isquémico. Entre un 15 y un 35% de las pericarditis presentan elevación de biomarcadores cardíacos (miopericarditis). Nuestro objetivo fue analizar las características y la evolución de los pacientes ingresados por miopericarditis en nuestro centro.

Material y métodos: Se incluyeron los pacientes ingresados en nuestro hospital por miopericarditis aguda de origen vírico o idiopático entre enero de 2001 y septiembre de 2011. Se registraron características clínicas, electrocardiográficas, ecocardiográficas y su evolución.

Resultados: Un total de 66 pacientes (95% varones, edad media $29,8 \pm 9,7$ años) se incluyeron, con un 41% de fumadores. El síntoma guía fue dolor torácico en el 98% de los casos, detectándose fiebre en el 48%. Se objetivaron alteraciones electrocardiográficas en el 98%, derrame pericárdico ecocardiográfico en el 14%, con un solo caso de derrame severo. El 92,4% de los pacientes fueron tratados con AINES. Tras un seguimiento medio de 50 meses, la tasa de recurrencias fue del 10,3%, sin casos de miocardiopatía dilatada o pericarditis constrictiva. Un paciente su-

frío taponamiento cardíaco y tan solo se registró un caso de muerte cardíaca intrahospitalaria, sin otras muertes en el seguimiento.

Conclusiones: La miopericarditis es una entidad frecuente, que afecta predominantemente a varones jóvenes. Su pronóstico a largo plazo es excelente, siendo la pericarditis recurrente la complicación más frecuente.

88/59. ANÁLISIS ACTUAL DE LA CONTRIBUCIÓN DIAGNÓSTICA DE LA RESONANCIA CARDÍACA

I. Vegas Vegas, M. Ramírez Marrero, M. Padín Martín, I. Piñero Uribe, R. Ortiz González, M. Boza Herrador, B. Asenjo García y M. de Mora Martín

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Introducción y objetivos: La resonancia cardíaca (RC), es una técnica diagnóstica no invasiva con crecimiento exponencial en los últimos años e indicaciones cada vez más consolidadas en las guías de práctica clínica. Nuestro objetivo fue analizar nuestra casuística, y valorar la información diagnóstica aportada.

Material y métodos: Estudio retrospectivo del total de estudios de RC realizados en nuestro centro durante el año 2012. Se recogieron variables tales como el motivo de solicitud o la información adicional aportada al diagnóstico inicial.

Resultados: Se realizaron 107 estudios, 65,4% hombres con edad media de $43,2 \pm 19,4$ años. 11 (10,3%) pacientes fueron ingresos hospitalarios, el resto electivos. El tiempo medio de espera fue $3 \pm 1,8$ meses. El motivo de solicitud más frecuente fue el estudio de miocardiopatía (51,4%), luego cardiopatías congénitas (31,8%) y estudio de masa cardíaca (5,6%). Entre las miocardiopatías, predominó la hipertrófica (29,1%), seguido de la miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (27,3%). El 56,4% descartaron el diagnóstico inicial, 19 (34,5%) lo confirmaron, y 5 (9,1%) lo modificaron. Encontramos existencia de diversos patrones de distribución de realce tardío de gadolinio en 13 estudios. Respecto a estudios de cardiopatías congénitas predominó la tetralogía de Fallot (32,4%), seguido de las anomalías de la aorta (23,5%) y la trasposición de grandes arterias (14,7%).

Conclusiones: La RC es una técnica con un empleo creciente en la actualidad. La mayoría de los estudios realizados en nuestro centro se relacionan con la cardiopatía congénita del adulto y la miocardiopatía, aportando información adicional o descartando la sospecha diagnóstica inicial en más de dos tercios de los casos.

88/60. FACTORES PREDICTORES Y RELEVANCIA DE LA ECOCARDIOGRAFÍA EN LA DETECCIÓN PRECOZ DE CARDIOTOXICIDAD MEDIADA POR ANTRACICLINAS EN PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS

J. Moreno Samos, M. Espeso de Haro, M. Ramírez Marrero y M. de Mora Martín

Hospital Carlos Haya. Málaga.

Introducción y objetivos: Las antraciclina son parte del tratamiento del linfoma, su cardiotoxicidad está bien descrita y documentados los riesgos: dosis acumulativa (> 550 mg/m²), radiación torácica previa, > 70 años, enfermedad cardíaca preexistente y disfunción ventricular. Pretendemos cuantificar los casos, perfil del paciente y posibles factores predictores.

Material y métodos: Estudio descriptivo-retrospectivo de los casos de insuficiencia cardíaca debida a cardiotoxicidad por antraciclinas en nuestro hospital desde enero 2010 a diciembre 2012. Se analizaron factores epidemiológicos, tipo histológico de linfoma, tratamiento, dosis recibida y función ventricular pre y posquimioterapia.

Resultados: De 105 pacientes con linfoma, 3 pacientes desarrollaron cardiotoxicidad, todas mujeres y con edad $50,3 \pm 7$ años. El único factor de riesgo cardiovascular era hipertensión arterial. Histológicamente todas padecían linfoma no Hodgkin B folicular de bajo grado. Tratamiento según protocolo estándar con antraciclinas: dosis 50 mg/m^2 y 8 ciclos de R-CHOP (rituximab, ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina, prednisona) sin superar dosis acumulativa. Sobre una FEVI previa normal desarrollaron insuficiencia cardíaca tras finalizar el último ciclo, en relación con deterioro de la misma (70% a 31%, 66% a 27% y 63% a 38%). La insuficiencia cardíaca era grado III (2) y grado I-II (1) NYHA.

Conclusiones: La toxicidad cardíaca por antraciclinas es infrecuente, puede aparecer aún sin alcanzar dosis acumulativa máxima y en población de bajo riesgo cardiovascular. Sin tener claros predictores, la ecocardiografía jugaría un papel importante tanto en la evaluación pre y posquimioterapia como en la valoración de la quimioterapia inicial y dosis total a administrar, el cambio a nuevas antraciclinas mejoradas menos cardiopáticas o diferentes esquemas quimioterápicos al detectar precozmente disfunción ventricular

88/61. CARGA ASISTENCIAL DE LA ESTENOSIS AÓRTICA GRAVE DESESTIMADA PARA INTERVENCIÓN

A. Gutiérrez Barrios¹, L. Gheorghe², S. Gamaza Chulián¹, M. Alba Sánchez¹, A. Agarrado Luna¹, S. Camacho Freire¹, 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 (EAS) es la valvulopatía más frecuente en nuestro medio. El tratamiento de elección es la cirugía, sin embargo es cada vez más frecuente que pacientes con esta patología no sean intervenidos por su edad y/o comorbilidad.

Material y métodos: Presentamos un estudio retrospectivo con el objetivo de evaluar la demanda asistencial de pacientes con EAS desestimados para intervencionismo y que factores influyen en un mayor número de ingresos y estancia. Entre 2004-2009, 54 pacientes con EAS sintomática se desestimaron para cirugía en nuestro centro.

Resultados: La edad media de la serie era 80,1 años y en el seguimiento de 82 ± 26 meses fallecieron el 90%, la supervivencia media fue 21,7 meses. Presentaron 1,8 ingresos por paciente y una estancia media de 10 días/ingreso. Un 22% de pacientes presentaron más de 2 ingresos cardiovasculares y el tiempo medio hasta el primer reingreso fue de 12,6 meses. El 37,5% se encontraba en CF III/IV, 54% referían angina habitual y 15% síncope. A los 26 meses de seguimiento 3 pacientes fueron reevaluados e intervenidos sin eventos en seguimiento posterior. Los factores relacionados con la variable combinada más de 20 días de estancia o más de 3 ingresos cardiovasculares, en análisis multivariado resultaron: DM, insuficiencia renal y cardiopatía isquémica.

Conclusiones: Los pacientes con EAS sintomática rechazados para intervencionismo presentan mal pronóstico vital y mala calidad de vida con reingresos hospitalarios y estancias prolongadas suponiendo alta carga asistencial. En algunos casos pa-

cientes desestimados para intervencionismo valvular deben ser reevaluados lo que puede suponer una drástica mejora en pronóstico y calidad de vida.

88/63. INFLUENCIA DEL RECHAZO CELULAR AGUDO EN LA FUNCIÓN VENTRICULAR DERECHA TRAS EL TRASPLANTE CARDÍACO

M. Peña Peña, M. Ruiz Ortiz, D. Mesa Rubio, M. Delgado Ortega, E. Romo Peñas, M. Puentes Chiachio, M. Santisteban Sánchez de Puerta, A. López Granados, J. Arizón del Prado y J. Suárez de Lezo Cruz Conde

Hospital Reina Sofía. Córdoba.

Introducción y objetivos: Nuestro objetivo fue evaluar la influencia del rechazo celular agudo en la función ventricular derecha (VD) tras el trasplante cardíaco (TxC), mediante ecocardiografía convencional y speckle tracking (2DSTE).

Material y métodos: Entre el 1 de septiembre de 2009 y el 15 de diciembre de 2010, realizamos un ecocardiograma a pacientes en el primer año post-TxC, el mismo día de la biopsia endomiocárdica. Se midieron el desplazamiento sistólico del plano del anillo tricuspídeo (TAPSE), modo-M y 2DSTE, la velocidad sistólica del anillo tricuspídeo mediante doppler tisular (S), y la deformación (strain) y tasa de deformación (strain rate) VD mediante 2DSTE. Evaluamos la relación entre estos parámetros y los diferentes grados de rechazo.

Resultados: De los 78 estudios realizados a los 4 ± 3 meses post-TxC en 20 pacientes, 32 estudios mostraron ausencia de rechazo (grado 0R), 41 grado 1R y 5 grado 2R. Se objetivaron menores valores en los estudios coincidentes con mayor grado de rechazo (0R, 1R y 2R): TAPSE-modo M $15,7 \pm 2,7$ vs $12,3 \pm 4$ vs $9,7 \pm 3,7$, $p = 0,001$; TAPSE-2DSTE $11 \pm 3,1$ vs $8,4 \pm 4,1$ vs 7 ± 3 , $p = 0,012$; strain VD $-25,1 \pm 9,2$ vs $-14,9 \pm 5,9$ vs $-17,8 \pm 4,2$, $p = 0,035$; y strain rate VD $-2,9 \pm 1,7$ vs $-1,7 \pm 0,5$ vs $-2 \pm 1,1$, $p = 0,007$. En los mismos pacientes, los valores obtenidos fueron menores con algún grado de rechazo vs rechazo grado 0 (TAPSE-modo M $13,8 \pm 3,5$ vs $15,9 \pm 2,4$, $p = 0,003$; TAPSE-2DSTE $8,4 \pm 4,7$ vs $10,4 \pm 4,4$, $p = 0,038$; strain VD $-19,3 \pm 5,7$ vs $-26,7 \pm 10,2$, $p = 0,012$; strain rate VD $-1,7 \pm 0,7$ vs $-2,7 \pm 1,2$, $p = 0,005$).

Conclusiones: El rechazo agudo se asoció en este estudio a menores valores de TAPSE (modo-M y 2DSTE), deformación y tasa de deformación VD.

88/64. SÍNDROME DE BRUGADA EN PORTADORES DE DAI. ANÁLISIS DE NUESTRO MEDIO

M. Herruzo Rojas, M. Fernández García, R. del Pozo Contreras, P. Sánchez Millán, J. Castillo Ortiz, R. Fernández Rivero, L. Cano Calabria y R. Vázquez García

Hospital Puerta del Mar. Cádiz.

Introducción y objetivos: El síndrome de Brugada (SB) se ha identificado como causa de arritmias ventriculares y muerte súbita en pacientes sin cardiopatía estructural evidente. Seguimiento y análisis de una cohorte de pacientes portadores de DAI como prevención primaria o secundaria.

Material y métodos: Se realiza análisis descriptivo de una cohorte de 26 pacientes (49 ± 15 años, 77% varones) con SB y DAI con un seguimiento medio de 39 ± 22 meses. Se analiza motivo de implantación de DAI, tipo de SB, presencia de antecedentes familiares, realización de EEF, descargas apropiadas o inapropiadas, siendo apropiada la descarga por taquiarritmia ventricular. **Resultados:** Las indicaciones de implante fueron: síncope más patrón de Brugada (54%); muerte súbita resucitada (23%); prevención primaria por inducción de arritmia (23%), teniendo antecedentes familiares solamente el 38%. El 92% tuvo Brugada

tipo I. El 54% se realizó EEF. Sufrieron descarga del DAI el 46%, de los cuales el 66% tenía historia de síncope, el 17% de muerte súbita y otro 17% de arritmia en EEF; siendo apropiadas el 97% del total de las descargas. No se encontró relación entre la causa y la presencia de descarga ($p = 0,477$).

Conclusiones: En nuestro medio, la principal causa de implantación de DAI fue síncope con patrón de Brugada, siendo el tipo I el más frecuente. Hubo más descargas en los pacientes que sufrieron síncope sin significación estadística. La mayoría de las descargas fueron apropiadas.

88/65. EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN VENTRICULAR DERECHA EN EL PRIMER AÑO TRAS EL TRASPLANTE CARDÍACO EN AUSENCIA DE RECHAZO CELULAR AGUDO

M. Peña Peña, M. Ruiz Ortiz, D. Mesa Rubio, M. Delgado Ortega, E. Romo Peñas, M. Santisteban Sánchez de Puerta, M. Puentes Chiachio, A. López Granados, J. Arizón del Prado y J. Suárez de Lezo Cruz Conde

Hospital Reina Sofía. Córdoba.

Introducción y objetivos: Nuestro objetivo fue evaluar la función ventricular derecha (VD) en el primer año tras el trasplante cardíaco (TxC), mediante ecocardiografía convencional y speckle tracking (2DSTE), en ausencia de rechazo celular agudo.

Material y métodos: Entre el 1 de septiembre de 2009 y el 15 de diciembre de 2010, se realizó un ecocardiograma a pacientes en el primer año post-TxC, el mismo día de la biopsia endomiocárdica. Se seleccionaron estudios sin rechazo (grado OR) y se compararon con 14 controles sanos. Se midieron el desplazamiento sistólico del plano del anillo tricuspídeo (TAPSE), modo-M y 2DSTE, la velocidad sistólica del anillo tricuspídeo mediante doppler tisular (S'), y la deformación (strain) y tasa de deformación (strain rate) VD mediante 2DSTE.

Resultados: 32 estudios realizados a los 4 ± 3 en 14 pacientes mostraron ausencia de rechazo (grado OR). La edad media fue similar en donantes y controles (35 ± 14 vs 35 ± 11 , $p = 0,93$) y mayor en trasplantados vs controles (50 ± 15 vs 35 ± 11 , $p = 0,005$). El porcentaje de varones fue similar en donantes y trasplantados vs controles (85% vs 71%, $p = 0,41$ y 93% vs 71%, $p = 0,14$). Los parámetros de función VD en trasplantados vs controles fueron: TAPSE (modo-M) $15,7 \pm 2,7$ vs $23,5 \pm 1,7$ ($p < 0,0005$), S' $11,8 \pm 1,8$ vs $15,3 \pm 1,9$ ($p = 0,005$), TAPSE (2DSTE) $11,0 \pm 3,1$ vs $21,2 \pm 3,6$ ($p < 0,0005$), strain VD $-25,1 \pm 9,2$ vs $-29,5 \pm 6,9$ ($p = 0,29$) y strain rate VD $-2,2 \pm 1,0$ vs $-2,9 \pm 1,7$ ($p = 0,35$).

Conclusiones: En el primer año post-TxC en ausencia de rechazo agudo, los valores de TAPSE (modo-M y 2DSTE) y S' fueron significativamente menores en pacientes post-Tx que en controles. Las diferencias en strain y strain rate VD no resultaron estadísticamente significativas.

88/66. INCIDENCIA Y TIPO DE ANOMALÍAS CORONARIAS CONGÉNITAS EN 21.664 PACIENTES ENVIADOS A CATETERISMO EN LA PROVINCIA DE MÁLAGA

I. Fernández Pérez, F. Cabrera Bueno, M. Jiménez Navarro, J. Hernández García y E. de Teresa Galván

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción y objetivos: El objetivo de nuestro estudio es describir las anomalías coronarias halladas en nuestro centro y la población portadora.

Material y métodos: Se revisaron retrospectivamente los informes de 21664 coronariografías realizadas en nuestro centro entre el año 1997 y 2012 y las historias clínicas de los pacientes con anomalía coronaria. Éstas se clasificaron en origen alto, origen en seno de Valsalva contralateral, en arteria pulmonar, coronaria única y fístula.

Resultados: Se describieron 99 pacientes (0,4%) con anomalía coronaria. La edad media fue de 61 años ± 12 años, el 65% eran varones, el factor de riesgo más común fue la HTA (48%). La anomalía coronaria más frecuente fue la arteria circunfleja con nacimiento en seno coronario derecho (32%), seguida del origen alto (30%). La indicación del cateterismo predominante fue la cardiopatía isquémica (78%). En un 71% de los pacientes hubo enfermedad coronaria y en el 24% enfermedad valvular. En un 9,1% de los casos se describió cardiopatía congénita. La más frecuente fue la válvula aórtica bicúspide (5%), seguida de la tetralogía de Fallot (2%), un caso de CIA (1%) y uno de miocardiopatía hipertrófica (1%).

Conclusiones: La incidencia de anomalías en nuestro centro es baja. En la mayoría de los casos fue un hallazgo casual por indicación de cateterismo por otra causa, siendo la más frecuente la aterosclerosis coronaria concomitante. En un 9% de los casos se asoció con cardiopatía congénita. No se halló ninguna correlación significativa entre la cardiopatía congénita descrita y el tipo de anomalía encontrada.

88/67. ANÁLISIS CON HOLTER INSERTABLE DE LOS EPISODIOS ASINTOMÁTICOS DE FIBRILACIÓN AURICULAR PAROXÍSTICA ANTES Y DESPUÉS DEL AISLAMIENTO DE VENAS PULMONARES

F. Gómez Pulido, A. Pedrote, L. García Riesco, A. Arce León, E. Cantero Pérez, J. Martos Maine, J. Acosta Martínez y E. Arana Rueda

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivos: La prevalencia de episodios asintomáticos (EA) de fibrilación auricular (FA) es muy variable y depende del método de monitorización. En pacientes sometidos a aislamiento de las venas pulmonares también ocurren. Pretendemos conocer la prevalencia de EA antes y después de la ablación utilizando un Holter insertable subcutáneo específicamente diseñado para la detección de FA.

Material y métodos: En un estudio de diseño prospectivo y observacional se ha implantado un Reveal XT (Medtronic, Inc) a 35 pacientes que presentaban FA paroxística y fueron sometidos posteriormente a un aislamiento circunferencial de venas pulmonares. Los pacientes anotaron los episodios sintomáticos, considerándose surrogados de los mismos las palpitaciones, disnea, dolor torácico o mareo. Se analizó mensualmente el Holter desde el implante hasta 12 meses después de la ablación.

Resultados: El dispositivo fue implantado 94 ± 23 días antes de la ablación. Se aislaron todas las venas pulmonares sin complicaciones. Los EA antes y después de la ablación fueron 130 de 1.380 activaciones automáticas (9%) vs 58 de 253 (23%) $p < 0,002$. Por paciente, un 14% vs 46% tuvieron EA y sintomáticos antes y después del procedimiento. Ningún paciente tuvo solo EA. El 40% de las activaciones manuales no correspondían a FA.

Conclusiones: En esta cohorte de pacientes con FA paroxística hay pocos EA y estos se incrementan tras la ablación. Ningún paciente presenta solo EA. Casi la mitad de los episodios que los pacientes atribuyen a FA son falsos.

88/69. EXPERIENCIA INICIAL CON EL DISPOSITIVO DE RESINCRONIZACIÓN CARDÍACA SONR

F. Gómez Pulido, E. Arana Rueda, L. García Riesco, A. Arce León, J. Martos Maine, J. Acosta Martínez, E. Cantero Pérez y A. Pedrote

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivos: La optimización de la terapia de resincronización cardíaca (TRC) es tediosa y no se ajusta a las variaciones fisiológicas a lo largo del tiempo. El desajuste de los intervalos AV y VV se relaciona con la ausencia de respuesta. Recientemente disponemos de un dispositivo capaz de autoajustar los intervalos a través de la medida de las vibraciones cardíacas por medio de un microacelerómetro situado en el electrodo auricular (SonR). Objetivo: analizar el número de cambios y la amplitud de los mismos en una población inicial de pacientes. Evaluamos también el seguimiento clínico y ecocardiográfico.

Material y métodos: En el último año hemos implantado 5 dispositivos TRC SonR con indicación Ia. Analizamos los ajustes automáticos del intervalo AV y VV a los 3 y 6 meses, y ecocardiograma de control a los 6 meses.

Resultados: El 80% varones, edad 64,5 (p25-75 48,25-67,25). Miocardiopatía dilatada idiopática 4 pacientes, 4 pacientes en NYHA III. FE 28% (p25-75 25,5-30,5). VTDVI 193,5 ml (p25-75 157,2-289,7). Seguimiento: FE 48,5% (p25-75 31,5-58). VTDVI 168 ml (p25-75 109,7-224). Cambios/semana: VV 0,22 (p25-75 0,07-0,56), AV reposo detectado 0,39 (p25-75 0,07-0,74), AV reposo estimulado 0,35 (p25-75 0,1-0,71), AV ejercicio detectado 0,42 (p25-75 0,05-0,77) y AV ejercicio estimulado 0,54 ± (p25-75 0,12-0,79). Amplitud máxima de cambio VV 16 ms. Tres mejoraron clase funcional y FE más de 20 puntos.

Conclusiones: En el seguimiento observamos un elevado número de cambios en la configuración de los intervalos AV y VV, si esto implica una mayor respuesta a la resincronización cardíaca debe ser estudiado en una población mayor.

88/70. REMODELADO INVERSO EN LOS PACIENTES SUPERRESPONDADORES A LA TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN CARDÍACA

A. Arce León, A. Pedrote, L. García Riesco, F. Gómez Pulido, E. Cantero Pérez y E. Arana Rueda

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivos: El beneficio de la terapia de resincronización cardíaca (TRC) se supone derivado de la mejora

en la sincronía de la contracción ventricular y regresión del remodelado o remodelado inverso (RI). Existe una población de pacientes en la que esa mejora es muy llamativa, con un incremento de la FE ≥ 20 puntos, y se conocen como superrespondedores. El objetivo es cuantificar el RI que experimentan estos pacientes y comprobar si se traduce en una mayor mejora clínica.

Material y métodos: Hemos analizado mediante ecocardiografía una cohorte de 58 pacientes de nuestro centro sometidos a TRC (desde febrero/2005 hasta febrero/2012) según las indicaciones de las guías de práctica clínica del momento. El RI se cuantificó mediante la disminución del DTD del VI y el incremento de la FE ecocardiográficas al menos 3 meses después del implante, y se valoró la clase funcional de la NYHA.

Resultados: Se resumen en la tabla.

Conclusiones: Los pacientes superrespondedores presentan un RI muy intenso, con una normalización del DTDVI y la FE. Estos parámetros se asocian con una mejora clínica significativa.

88/72. EXPERIENCIA DE MÁS DE UNA DÉCADA EN CIERRE PERCUTÁNEO DE COMUNICACIÓN INTERAURICULAR (CPC)

E. Chueca González, M. Herruzo Rojas, J. López Benítez, P. Fernández García, L. Gheorghie, R. de Zayas Rueda, G. Calle Pérez, P. Cabeza Laínez, M. Sancho Jaldón y R. Vázquez García

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Introducción y objetivos: El cierre percutáneo de comunicación interauricular (CIA) tipo ostium secundum (OS) se ha convertido en el tratamiento de elección. Analizamos las características en nuestra población y factores predictores de éxito.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal de 85 pacientes sometidos a CPC OS con dispositivo Amplatzer entre enero-2000 y octubre-2012 en el HUPM. Realizamos análisis de frecuencias, absolutas y relativas, de variables cualitativas y el cálculo de media, mediana y desviación típica de las variables cuantitativas. Los contrastes se realizaron mediante el test de χ^2 y ANOVA.

Resultados: Analizamos 85 pacientes (seguimiento de $6 \pm 3,5$ años), mujeres (75%) con edad media de 33 ± 21 años, siendo el intervalo etario más frecuente 0-10 años (21%) seguido de 31-40 (18%) y 51-60 (18%). De las CIAs, 38% eran pequeñas, 45% moderadas y 17% amplias, 86% de ellas con remanentes suficientes. Hubo 83% de éxito ($n = 77$) (100% de las pequeñas, 94% de las moderadas y 44% de las amplias, 92% con remanentes suficientes), quedando el 85% de los pacientes ($n = 66$) sin shunt residual

Tabla 88/70

	Total (n = 58)	Superrespondedores (n = 17)	No superrespondedores (n = 41)	Valor p*
FE basal %	23,67 ($\pm 6,09$)	21,71 ($\pm 4,94$)	24,49 ($\pm 6,38$)	0,08**
FE post %	36,53 ($\pm 11,3$)	49,41 ($\pm 6,09$)	31,20 ($\pm 8,22$)	< 0,0001**
Mejoría FE (puntos)	12,86 ($\pm 11,79$)	27,71 ($\pm 6,28$)	6,71 ($\pm 7,06$)	< 0,0001**
Diámetro telediastólico basal mm	68,71 ($\pm 9,79$)	67,21 ($\pm 11,02$)	69,39 ($\pm 9,29$)	0,49**
Diámetro telediastólico seguimiento mm	60,22 ($\pm 10,5$)	52,57 ($\pm 6,99$)	63,11 ($\pm 10,2$)	0,001**
Mejoría diámetro mm	8,09 ($\pm 10,63$)	15,36 ($\pm 11,48$)	4,75 ($\pm 8,54$)	0,004**
Clase funcional basal	3 (2-3)	3 (2-3)	3 (2-3)	0,51†
Clase funcional seguimiento	1 (1-2)	1 (1-1)	2 (1-2)	0,024†

*Significación estadística al comparar superrespondedores con no superrespondedores. **t de Student para datos independientes. †U de Mann Whitney.

inmediato y con tan solo 3,2% de complicaciones agudas. De los no éxitos (n = 12), el 82% tenían CIAs amplias y el 18% moderadas presentando la mitad remanentes deficientes, principalmente retroaórtico (83%). Existe relación estadísticamente significativa (p < 0,001) entre éxito, tamaño de CIA y existencia de remanentes. Ningún fallecimiento intrahospitalario ni en seguimiento.

Conclusiones: El CPC con Amplatzer es un método seguro con bajo riesgo de complicaciones, sobre todo en CIAs OS no complejas, de tamaño moderado-pequeño y con remanentes suficientes.

88/73. CIERRE PERCUTÁNEO DE FORAMEN OVAL PERMEABLE ASOCIADO A ICTUS CRIPTOGÉNICO. SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE UNA SERIE PROSPECTIVA

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

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción y objetivos: Estudios recientes ponen en duda la efectividad del cierre percutáneo del FOP asociado a accidente vascular cerebral (ACV). Objetivo: exponer nuestra experiencia en el tratamiento percutáneo del ictus criptogénico asociado a FOP.

Material y métodos: Desde el 2000, 164 pacientes (edad 46 ± 12 años, 57% varones) diagnosticados de ictus criptogénico y FOP, se sometieron a cierre percutáneo por presentar asociados: trombotosis venosa profunda, hipercoagulabilidad, paso amplio de contraste en reposo, FOP + aneurisma de septo interauricular, recidiva de ictus tras tratamiento antiagregante-anticoagulante o intolerancia a anticoagulación.

Resultados: En 147 enfermos (90%) utilizamos el dispositivo Amplatzer y un 10%, otro dispositivo (Hexel: 11 enfermos, In-trasept: 2, Occluteth: 2 y StJude: 2). El 95% no tomaban anticoagulantes y el 57%, ningún otro tratamiento. El éxito primario fue del 100%. Solo hubo una complicación menor (hematoma inguinal). Tras un seguimiento de 56 ± 36 meses el 91% están libres de eventos mayores (recurrencia ictal, complicaciones cardíacas o muerte) y el 95% libres de eventos vasculares cerebrales (tasa de recurrencia de ACV tras cierre percutáneo de 1 evento/100 pacientes-año). La tasa de muerte fue del 3,7% (6 pacientes: 1 infarto de miocardio, 1 Ca vejiga, 1 Ca colon, 1 síndrome linfoproliferativo, 1 vasculitis, 1 muerte de causa desconocida).

Conclusiones: Pacientes de la vida real, sin tratamiento antiagregante o anticoagulante, el tratamiento percutáneo del FOP asociado a ictus criptogénico es una opción eficaz y segura a largo plazo. Esto, unido a las complicaciones del tratamiento antiagregante-anticoagulante en pacientes jóvenes, nos hace

considerar el cierre percutáneo una ventajosa opción terapéutica en casos seleccionados.

88/74. PACIENTES JÓVENES CON SCASTE: ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO

A. García Bellón¹, B. Pérez Villardón¹, J. Muñoz Bono², A. González González¹, J. Arboleda² y M. de Mora Martín²

¹Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga. ²Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga. Grupo ARIAM.

Introducción y objetivos: Diversos estudios en los últimos tiempos han explorado las características epidemiológicas del infarto agudo de miocardio en diversos grupos poblacionales. En adultos jóvenes pueden tener algunas características diferentes de las de la población más mayor. Se desconoce si la incidencia de IAM en una edad temprana incorpora un pronóstico grave a largo plazo y su manejo clínico debería garantizar un enfoque diferente al que se utiliza en pacientes de mayor edad.

Material y métodos: Estudio prospectivo y multicéntrico de factores de riesgo de pacientes con SCASTE incluidos en registro Ariam Andalucía desde 1 de enero de 2008 al 31 de diciembre de 2012. Se realiza un estudio comparativo de los mismos en pacientes mayores y menores de 45 años. Para la comparación de los porcentajes se ha utilizado la chi cuadrado (nivel de significación en 95%).

Resultados: Se incluyen 11.575 pacientes. 10,1% menores de 45 años. El análisis de los factores de riesgo se muestra en la tabla. En el análisis de los factores de riesgo en virtud del sexo: varones menores de 45 años que son mas fumadores (72% vs 39% p < 0,001), menos hipertensos (27% vs 54,3%, p > 0,0001) y menos diabéticos (7,8% vs 29,1%, p > 0,001). Mujeres < 45 años: más fumadoras (62,5% vs 12,6%, p > 0,0001) y menos dislipémicas (23,2% vs 46,5%, p < 0,0001).

Conclusiones: El tabaquismo parece ser el factor de riesgo que está más relacionado con la incidencia de síndrome coronario agudo con elevación del ST en pacientes jóvenes menores de 45 años.

88/76. INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN JÓVENES

M. Fernández García, P. Sánchez Millán, P. Fernández García y D. Bartolomé Mateos

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Introducción y objetivos: Se ha registrado en los últimos años un incremento de los factores de riesgo cardiovascular en poblaciones jóvenes sugiriéndose que el perfil de riesgo cardiovascular en esta población puede ser diferente al habitual. Nuestro objetivo consiste en describir las características clínicas y los factores de riesgo de los pacientes menores de 45 años con diagnóstico de infarto agudo de miocardio.

Tabla 88/74

	< 45 años	> 45 años	p
HTA	294 (25%)	5.454 (52,4%)	< 0,0001
DM	84 (7,1%)	2.838 (27,3%)	< 0,0001
Dislipemia	421 (35,8%)	4.294 (41,3%)	< 0,0001
Fumador	896 (76,2%)	4.073 (39,2%)	< 0,0001
Obesidad	250 (21,3%)	1.895 (18,2%)	0,012

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo de corte transversal retrospectivo. Ingresaron todos los pacientes con IAM < 45 años de los últimos 4 años. Los datos se presentaron de modo descriptivo por medio de distribuciones simples de frecuencias, utilizando chi cuadrado y ANOVA para determinar significación estadística.

Resultados: Se analizaron 58 pacientes con edades entre 24 y 44 años, promedio de 37 años; 47 hombres (81%) y 11 mujeres (19%). El 79,21% tuvo elevación del ST. La presentación clínica más común al ingreso fue Killip I (93,1%). La enfermedad coronaria de un vaso fue la más frecuente (77,6%), siendo la arteria descendente anterior el más afectado (50%). La fracción de eyección promedio fue del 53,43%. La intervención temprana del IAM mediante trombolisis fue del 37,9% y mediante angioplastia primaria del 34,5%. Los infartos no intervenidos en su etapa aguda conformaron el 27,6%. Los factores de riesgo hallados con mayor frecuencia fueron el tabaquismo (86,2%), la obesidad (43,1%) y la dislipemia (32,8%).

Conclusiones: Los factores de riesgo clásicos para enfermedad coronaria arteriosclerótica, con mayor frecuencia son los responsables de IAM en jóvenes, siendo el tabaquismo, la obesidad y la dislipemia los más importantes.

88/78. BENEFICIOS DE LA INTEGRACIÓN DE BASES DE DATOS CON DATOS HISTÓRICOS ECOCARDIOGRÁFICOS EN LA HISTORIA DIGITAL. RESULTADOS DE LA APLICACIÓN SIMBIOSIS® Y SU INTEGRACIÓN CON LA BASE DE DATOS ECO2000®

R. Peñafiel Burkhardt¹, J. Ramírez Hernández²
y A. Guillén Perales³

¹Hospital Genera Básico Santa Ana. Motril. ²Hospital Virgen de las Nieves. Granada. ³Facultad de Informática. Universidad de Granada.

Introducción y objetivos: En medicina son cada vez más indispensables las bases de datos. Con frecuencia existen varias aplicaciones con datos duplicados de un mismo paciente sin comunicación entre ellas. Objetivo: analizar la utilidad de una base de datos relacional con formato de historia clínica integrada con el uso de datos externos históricos de la aplicación Eco2000®.

Material y métodos: Se creó una base de datos relacional en formato Microsoft Access® llamada SIMBIOSIS®. Se vincularon tablas de la aplicación Eco2000® con datos personales y parámetros ecográficos entre ambas aplicaciones. Asimismo esta vinculación otorga la posibilidad de consultar los datos de Eco2000® desde SIMBIOSIS® sin necesidad de cambiar de aplicación. Dada la presencia de datos numéricos se efectuaron consultas, gráficos y fórmulas para mejora en el análisis de resultados y análisis de datos.

Resultados: La aplicación SIMBIOSIS® fue usada desde el año 2009 hasta 2011 recopilando 1700 pacientes revisados en consulta de Cardiología de forma consecutiva. Durante dicho tiempo se recopilaron variables clínicas, diagnósticas y terapéuticas vinculadas con los datos de Eco2000® que bien existían previamente o bien fueron creados en caso de primeras visitas. Durante el uso de la aplicación no existieron fallos en la vinculación de casos entre ambas bases de datos ni problemas en la ejecución de consultas.

Conclusiones: La aplicación SIMBIOSIS® proporciona una ayuda al cardiólogo en la toma de decisiones identificando cambios en las variables de forma gráfica y accesible. La aplicación sería útil en campos de la Cardiología con uso habitual de ecocardiografía como insuficiencia cardíaca, cardiopatías congénitas...

88/79. SÍNDROME DE TAKO TSUBO. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE NUESTRA EXPERIENCIA BASADA EN 17 CASOS

R. Colman Llamozas, U. Martínez Capoccioni,
A. García Vázquez y D. Bartolomé Mateos

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Introducción y objetivos: La discinesia apical transitoria (DAT) se caracteriza por una disfunción ventricular izquierda reversible, elevación enzimática y cambios electrocardiográficos que pueden confundirse con un síndrome coronario agudo, generalmente precedido de un evento estresante.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo analizando las historias de los pacientes con diagnóstico de DAT en el H.U. Puerta del Mar, Cádiz, desde 2006 hasta 2012. Para ello, se elaboró un protocolo de recogida de datos que incluyó: antecedentes personales, analíticas, complicaciones y ecocardiografía control realizadas entre 20-35 días posteriores al evento.

Resultados: En este período se encontró un total de 17 pacientes, 15 mujeres y 2 hombres con una media de edad de 71 años, con diagnóstico de DAT por ventriculografía. El 23,7% no presentaban ningún factor de riesgo cardiovascular y el 76,3% presentaban al menos uno; 92% de los pacientes acudieron con dolor torácico centro opresivo, 5% con dolor atípico, y 3% con clínica de síncope o presíncope. El 100% cursó con cambios eléctricos en el electrocardiograma y elevación de enzimas cardíacas, de los cuales el 70,5% presentó elevación del segmento ST. En solo un 11,76% se produjeron complicaciones, en su mayoría propias del cateterismo. En ecocardiografías realizadas posterior al evento, encontramos que el 91% tenían FEVI > 50% con recuperación de los trastornos de motilidad del ápex.

Conclusiones: La DAT es un diagnóstico diferencial a considerar con SCA, especialmente en mujeres posmenopáusicas con un evento estresante anterior. Es necesario el posterior seguimiento de estos pacientes con el fin de aclarar la etiología.

88/80. CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR, 2012-2013

J. López Benítez, E. Chueca González, M. Herruzo Rojas,
M. Fernández García, R. del Pozo Contreras,
P. Sánchez Millán, J. Castillo Ortiz, R. Fernández Rivero,
L. Cano Calabria y R. Vázquez García

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Introducción y objetivos: La cardioversión eléctrica para el tratamiento de la fibrilación auricular (FA) se introdujo en la década de los 60 y se mantiene actualmente como el tratamiento más efectivo y seguro para la conversión a ritmo sinusal. Se pretende presentar un estudio descriptivo de las cardioversiones eléctricas en nuestro hospital entre 2012 y 2013.

Material y métodos: Se engloban los 56 pacientes (76,8% hombres, 23,2% mujeres; edad media 62,6 años) sometidos a cardioversión eléctrica con objeto de revertir a ritmo sinusal, realizados en nuestro hospital. Se recogen y analizan variables demográficas, factores de riesgo cardiovascular, presencia de cardiopatía, variables hemodinámicas pre y postcardioversión, éxito del procedimiento, complicaciones aparecidas, entre otros.

Resultados: Se obtiene éxito, codificado como reversión a ritmo sinusal, tras CVE, en el 87,5% de los casos. En el 92,9% de los casos no existió ningún tipo de complicación. En el 55,4% de las ocasiones solo se requirió un choque para reversión, el 100% de

los choques de realizaron con onda bifásica siendo la potencia más utilizada de 150J.

Conclusiones: La cardioversión eléctrica es un método seguro, con una muy baja tasa de complicaciones y eficaz para reversión a ritmo sinusal, en nuestro medio.

88/82. CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA EN FIBRILACIÓN AURICULAR. REGISTRO CARDIOVERSE: ANÁLISIS DE NUESTRO MEDIO

M. Herruzo Rojas, J. López Benítez, E. Chueca González, R. del Pozo Contreras, M. Fernández García, J. Castillo Ortiz, P. Sánchez Millán, L. Cano Calabria, R. Fernández Rivero y R. Vázquez García

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Introducción y objetivos: La fibrilación auricular (FA) es la arritmia más frecuente en la práctica clínica. Analizamos el registro observacional CARDIOVERSE, de los pacientes estables sometidos a cardioversión eléctrica (CVE) programada en España, introducidos en Cádiz.

Material y métodos: Estudio descriptivo de 23 pacientes del registro CARDIOVERSE en Cádiz. Realizamos análisis de frecuencias, absolutas y relativas, de variables cualitativas y el cálculo de media, mediana y desviación típica de las variables cuantitativas. Los contrastes se realizaron mediante el test de χ^2 y ANOVA.

Resultados: Se analizan un total de 23 pacientes (19 varones, 4 mujeres, con edad media de 63 ± 10 años). Permanecieron en FA una media de 10 ± 3 meses. Se observó dilatación auricular ligera en el 80%. La CVE fue exitosa en el 83%, de los cuales el 58% recibió tratamiento farmacológico previo. De los tratados (flecainida 31%, amiodarona 23% y dronedarona 36%) se observa que en el 91% la CVE fue exitosa, y en el 58% con el primer choque, más frecuentemente con carga de 150J (60%). No observamos relación entre fracaso de CVE y sexo, edad, tiempo en FA ni tamaño auricular ($p > 0,05$).

Conclusiones: La mayoría de los pacientes estudiados eran varones, permaneciendo en FA menos de un año y generalmente con dilatación auricular. La CVE es efectiva, viéndose reforzada si el paciente recibe tratamiento farmacológico previo, mejorando su eficacia y disminuyendo el número de choques necesarios. En nuestra población, el éxito de la CVE no se ve influenciado por sexo, edad, tiempo de FA ni tamaño auricular.

88/83. ESTUDIO DE FACTIBILIDAD DEL IMPLANTE DIRECTO DEL STENT BIOABSORBIBLE

F. Baeza Garzón, M. Peña Peña, J. Suárez de Lezo Herreros de Tejada, F. Mazuelos Bellido, S. Ojeda Pineda, M. Morenate Navío, F. Castillo Bernal, M. Puentes Chiachio y M. Santisteban Sánchez de Puerta

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción y objetivos: La predilatación de lesiones coronarias se recomienda antes del stent bioabsorbible (SBA), no habiendo información sobre su implante directo. Objetivo: analizar la factibilidad y seguridad del implante directo con SBA.

Material y métodos: De 159 lesiones tratadas con SBA en 117 pacientes, analizamos los casos en los que se intentó implante directo de SBA (118,74%). La predilatación electiva se realizó cuando el eco intracoronario (IVUS) mostraba placa muy

calcificada, cuando el IVUS no podía pasar la lesión o cuando la lesión era oclusiva, siendo estos casos excluidos. Las lesiones fueron analizadas mediante angiografía e IVUS antes y después del tratamiento. En 35 lesiones (29%) el resultado también fue analizado por tomografía de coherencia óptica (OCT).

Resultados: Se realizó implante directo en 102 lesiones (86%). Hubo 16 lesiones (14%) imposibles de cruzar, recuperando el dispositivo e implantándolo tras predilatar. La necesidad de posdilatación (estenosis residual, inexpansión o no aposición) fue observada en 40 lesiones (34%). La carga de placa fue el factor asociado con el fallo del cruce directo de la lesión (84% vs 77%; $p = 0,037$). No se observó disección del borde proximal o distal por angiografía. Por OCT y/o IVUS, se objetivó disección de los bordes en 10 lesiones (8%), no precisando stents adicionales.

Conclusiones: El implante del SBA directo es seguro y factible en la mayoría de las placas blandas. La mayor carga de placa en el área luminal mínima está asociado con el fracaso del implante directo, pudiendo entonces retirar el dispositivo y reimplantarlo tras predilatar.

88/84. INFLUENCIA DEL GÉNERO EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA TRATADA CON PRÓTESIS COREVALVE

F. Baeza Garzón, F. Mazuelos Bellido, M. Morenate Navío, J. Suárez de Lezo Herreros de Tejada, F. Castillo Bernal, S. Ojeda Pineda, M. Puentes Chiachio, D. Pavlovic, J. Segura Saint-Gerons y J. López Aguilera

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción y objetivos: Comparar evolución y resultados tras el implante de CoreValve en varones y mujeres.

Material y métodos: Se implantaron válvulas en 80 hombres (42%) y en 111 mujeres (58%).

Resultados: La progresión de clase funcional NYHA (\geq III) fue mayor en mujeres (73% vs 48%; $p < 0,001$). Mayor superficie corporal y peso en varones, mayor índice de masa corporal en mujeres ($29,5 \pm 5$ vs $27,8 \pm 4$; $p < 0,05$). Éstas mostraron menor tamaño del anillo aórtico por ecocardiografía (21 ± 1 vs 23 ± 2 ; $p < 0,001$), por TAC (22 ± 2 vs 24 ± 2 ; $p < 0,001$) y por angiografía (21 ± 2 vs 23 ± 2 ; $p < 0,001$) y aorta ascendente por ecocardiografía (31 ± 4 vs 33 ± 5 ; $p < 0,05$), por TAC (35 ± 4 vs 36 ± 4) o angiografía (34 ± 4 vs 35 ± 4 ; $p < 0,005$), usando en ellas las prótesis más pequeñas. En el seguimiento, predominaba en varones la angina de esfuerzo (67% vs 50%; $p < 0,05$) y el bloqueo de rama derecha (21% vs 9%; $p < 0,05$). En las mujeres la hipertensión arterial fue más frecuente (79% vs 58%; $p < 0,05$), mostrando mayor presión pulmonar (46 ± 14 vs 44 ± 15 ; $p = ns$). No hubo diferencias en mortalidad hospitalaria (5% en hombres, 9% en mujeres), reducción del gradiente (68 ± 22 mmHg vs 71 ± 21 mmHg; $p = ns$), insuficiencia aórtica residual (30% vs 21%; $p = ns$) o complicaciones por punción (22% en hombres, 19% en mujeres; $p = ns$). Las mujeres precisaron más marcapasos (33% vs 13%; $p < 0,001$). Tras seguimiento de 21 ± 16 meses, no hubo diferencias en mortalidad (9% vs 12%; $p = ns$), progresión de clase funcional (2,6% vs 7,8%; $p = ns$) o rehospitalización (7,5% vs 9,9%; $p = ns$) y la probabilidad libre de eventos mayores a 3 años fue 71% en mujeres y 78% en hombres ($p = ns$).

Conclusiones: Aunque las mujeres presentaban peor clase funcional, ambos grupos obtuvieron resultados inmediatos y tardíos similares tras implante de CoreValve.

88/85. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y SEGUIMIENTO EN PACIENTES PORTADORES DE DESFIBRILADORES AUTOMÁTICOS IMPLANTABLES CON FUNCIÓN DE RESINCRONIZACIÓN

R. del Pozo Contreras, L. Gheorghie, J. Castillo Ortiz, J. López Benítez, E. Chueca González, M. Herruzo Rojas, R. Fernández Rivero, L. Cano Calabria y R. Vázquez García

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Introducción y objetivos: La colocación de un DAI resincronizador se realiza tanto para prevención primaria como secundaria de arritmias malignas principalmente en pacientes con fracción de eyección deprimida. Se realiza análisis descriptivo de las características clínicas, eventos arrítmicos y mortalidad sufridos desde el año 2006 hasta noviembre 2012 en nuestro centro.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de 47 pacientes portadores de DAI resincronizador (28 dilatadas y 19 isquémicas), incluyendo variables como edad, sexo, clase funcional, función ventricular, tipo de dispositivo, descargas apropiadas/inapropiadas, incidencia de eventos arrítmicos, tratamiento antiarrítmico y motivo del implante.

Resultados: La edad media fue de 65 ± 11 años (83% varones y 17% mujeres), todos en clase funcional II-III de la NYHA, y con disfunción ventricular (72% grave y 28% moderada). La indicación fue prevención primaria (PP) el 75% frente a secundaria (PS) con 25% (etiología más frecuente en PP la dilatada no isquémica y en PS la isquémica). Respecto a los episodios arrítmicos registrados un 40% fueron taquicardia ventricular sostenida (TVS) frente al 60% que correspondió a taquicardias ventriculares no sostenidas, taquicardias supraventriculares y un artefacto. Se objetivaron un 25% de descargas de las cuales el 66% fueron apropiadas, relacionadas con TVS. Se registraron un 6% de tormentas arrítmicas. Finalmente, respecto a muerte global, se registró un 12% de muertes.

Conclusiones: Hemos objetivado el beneficio en morbi-mortalidad tras implantación de DAI, principalmente en varones de edad avanzada, con disfunción ventricular severa. Además, los resultados nos hacen reflexionar sobre la necesidad de individualizar las terapias de cada dispositivo, debido a que el 34% eran descargas inapropiadas.

88/87. CIERRE DE FENESTRACIÓN TRAS CIRUGÍA DE FONTAN. APORTACIONES DEL INTERVENCIÓNISMO PERCUTÁNEO

M. Santisteban Sánchez de Puerta, M. Morenate Navío, F. Baeza Garzón, F. Castillo Bernal, M. Puentes Chiachio, M. Peña Peña, S. Ojeda Pineda, F. Mazuelos Bellido, J. Suárez de Lezo Herreros de Tejada y J. Segura Saint-Gerons

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción y objetivos: Analizar los resultados del cierre percutáneo de fenestración en conducto extracardíaco tras intervención de Fontan.

Material y métodos: Estudiamos los cambios en presión sistólica de arteria pulmonar (PAP) y en saturación de oxígeno en 14 pacientes a los que se cerró percutáneamente la fenestración tras cirugía de Fontan. Aplicamos test de Student para datos apareados para comparar presión pulmonar y saturación sistémica en el mismo paciente. Media de seguimiento: 42 ± 41 meses. Sin complicaciones mayores intraprocedimiento. 8 de los 14 pacientes tenían cateterismo terapéutico previo para cierre de colaterales sistémico-pulmonares. 12 presentaban ventrículo izquierdo sistémico y 2 pacientes ventrículo derecho sistémico. No hubo muertes en el seguimiento ni reingresos por causa cardíaca. En todos los casos se utilizaron oclusores de Amplatz, eli-

giendo el tipo de dispositivo en base a la anatomía postquirúrgica. En 10 casos se utilizó un dispositivo de cierre de foramen oval permeable (18 mm en 9 pacientes y de 25 mm en un paciente), en 2 pacientes dispositivo de cierre de CIV y en un paciente dispositivo de cierre de ductus.

Resultados: La saturación de oxígeno aumentó de forma significativa tras el cierre ($96 \pm 2,7$ frente a $89 \pm 3,0$, $p = 0,02$) sin incremento significativo de la PAP ($16,9 \pm 4$ vs $17,3 \pm 4,6$, p : ns).

Conclusiones: El abordaje multidisciplinar resulta fundamental en el diseño de la estrategia terapéutica. Los dispositivos de implantación percutánea permiten mayor flexibilidad de la cirugía para adaptarla a cada paciente. El cierre de la fenestración de Fontan mediante cateterismo, se muestra como una técnica segura y eficaz en estos pacientes.

88/88. INFLUENCIA DEL GÉNERO EN LA EFICACIA Y TOLERANCIA DE RANOLAZINA EN ENFERMEDAD CORONARIA ESTABLE

M. López Garrido, H. Orellana Figueroa, V. Becerra Muñoz, F. Cabrera Bueno, J. García Pinilla, A. Montiel Trujillo, E. Rueda Calle, L. Morcillo Hidalgo, J. Gómez Doblas y E. de Teresa Galván

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción y objetivos: Ranolazina es un nuevo antianginoso que ofrece efectos antiisquémicos sin alterar significativamente los parámetros hemodinámicos, usado recientemente para el tratamiento de la angina estable. Los datos acerca de diferencias de género con respecto a la respuesta a dicho tratamiento son limitados. Realizamos este estudio con objeto de conocer la potencial influencia del género en la eficacia clínica y la tolerancia al fármaco.

Material y métodos: Fueron estudiados pacientes en seguimiento en Consulta de Cardiología a los que se les prescribió ranolazina, registrando sus características clínicas, presencia de mejoría de los síntomas, y la existencia de intolerancia al fármaco.

Resultados: De los 210 pacientes incluidos (71 años, 32% mujeres) presentaba HTA el 66%, diabetes el 46% y dislipemia el 61%. El 58% tenía enfermedad multivascular, y el 25% revascularización completa. La fracción de eyección estaba preservada ($> 55\%$) en el 83% de los casos. De los 159 pacientes con seguimiento tras inicio de tratamiento, presentaron mejoría clínica el 62,9%, e intolerancia el 8% de los pacientes (44% digestiva). La enfermedad multivascular fue factor predictivo independiente para mejoría clínica (OR 2,3, para IC95%: 1,1-4,7; $p = 0,024$). Además, la eficacia de ranolazina se vio reducida en las mujeres (52,1 vs 67,6%, $p = 0,048$), si bien la intolerancia al fármaco fue significativamente superior en este subgrupo (16,2 vs 4,2%; $p = 0,004$).

Conclusiones: La menor eficacia del efecto antianginoso de ranolazina observada en mujeres se asocia a una significativa peor tolerancia.

88/89. UNIDADES DE DOLOR TORÁCICO. ANÁLISIS DE SU EFICIENCIA

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

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Introducción y objetivos: El dolor torácico requiere una estratificación de riesgo precoz debido al pronóstico 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 resultados obtenidos desde su inauguración.

Material y métodos: Análisis prospectivo de pacientes derivados a UDT entre junio 2009 y julio 2012, completándose un seguimiento con una mediana de 10 meses.

Resultados: Se incluyeron 965 pacientes, 58,5% hombres, con edad media de $59,6 \pm 13,3$ años. Se efectuaron 686 estudios ecocardiográficos (71,6%), 513 ergometrías (53,4%), siendo positivas 67; 27 de alto riesgo (índice de Duke ≤ -11). Se indicó 141 (14,6%) estudios isotópicos, evidenciándose isquemia inducible en 38, 18 eco de estrés farmacológico y 26 angioTAC de coronarias, 6 de ellos patológicos. El 68,2% de los pacientes fue dado de alta en la primera visita, mientras que 39 pacientes (4%) ingresaron para coronariografía precoz. Ambulatoriamente se indicaron otros 89 coronariografías. De los 128 cateterismos realizados, 95 (74,2%) mostraron enfermedad angiográfica significativa (7 lesiones de tronco coronario izquierdo, 56 en descendente anterior, 40 en circunfleja y 48 en coronaria derecha). Presentaban enfermedad coronaria multivaso el 34,4%. 69 (72,6%) pacientes fueron revascularizados (18 quirúrgicos y 51 percutáneos). Tras completar el seguimiento, 27 pacientes ingresaron en el hospital por SCA, 3 por insuficiencia cardíaca. No se documentaron fallecimientos.

Conclusiones: Las Unidades de Dolor Torácico permiten una estratificación pronóstica precoz en pacientes que acuden a urgencias, evitándose el desarrollo de complicaciones fatales. De modo que su eficiencia es incuestionable.

88/90. ¿QUÉ FACTORES NOS PUEDEN DEFINIR EL DESARROLLO DE UN EVENTO CORONARIO AGUDO EN PACIENTES VALORADOS POR UNA UNIDAD DE DOLOR TORÁCICO?

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

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Introducción y objetivos: El dolor torácico es un motivo frecuente de consulta en urgencias. Las unidades de dolor torácico son una herramienta de estratificación pronóstica. Nuestro objetivo es determinar predictores independientes de ingreso hospitalario por síndrome coronario agudo (SCA) en pacientes evaluados en UDT y considerados de alta.

Material y métodos: Análisis prospectivo de pacientes derivados a UDT entre junio 2009 y julio 2012. Se analizaron porcentajes de pacientes ingresados por SCA, tras ser dados de alta de UDT, completándose un seguimiento con una mediana 10 meses.

Resultados: Se incluyeron 965 pacientes, 41,5% mujeres, con edad media de $59,6 \pm 13,3$ años. Tras el seguimiento, 27 pacientes ingresaron por SCA, presentando un perfil de riesgo cardiovascular más elevado, edad media más avanzada ($66,4 \pm 11,7$ vs $59,5 \pm 13,2$, $p = 0,008$), mayor prevalencia de cardiopatía isquémica previa (55,6% vs 22,3%, $p = 0,0001$), HTA (81,5% vs 57,7%, $p = 0,009$), DM (44,4% vs 22,2%, $p = 0,01$) y comorbilidad asociada (índice de Charlson $1,53 \pm 1,30$ vs $0,90 \pm 1,01$, $p = 0,02$) que el resto. Se detectó más isquemia en test de inducción previamente realizados en pacientes ingresados por SCA (83,3% vs 17,3%, $p = 0,0001$). Tras el ajuste, la cardiopatía isquémica previa y la DM se asociaron a mayor riesgo de ingreso por SCA (OR 3,1, IC95%, 1,4-7,1 y OR 2,1, IC95%, 1,3-4,6, respectivamente).

Conclusiones: Los pacientes dados de alta tras valoración por UDT en los seis meses previos y que ingresan por SCA presentan un perfil de mayor riesgo cardiovascular. El antecedente de cardiopatía isquémica previa y la DM se mostraron como predictores independientes de ingreso por SCA.

88/92. DIFERENCIAS DE EVENTOS CARDIOVASCULARES EN PACIENTES SOMETIDOS O NO A UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDÍACA

P. Fernández García, P. Sánchez Millán, E. Otero Chulián, M. Fernández García, R. del Pozo Contreras, J. Delgado Pacheco, J. López Benítez y R. Vázquez García

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Introducción y objetivos: La rehabilitación cardíaca es un componente esencial para control de factores de riesgo cardiovasculares y promoción de hábitos de vida saludables en pacientes que han sufrido un evento isquémico cardíaco. El objetivo de nuestro estudio ha sido estimar el efecto de la rehabilitación cardíaca sobre los eventos cardiovasculares.

Material y métodos: Se trata de un estudio descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo. Se registraron un total de 583 sujetos entre pacientes remitidos (PR) y no remitidos (PNR) al programa de rehabilitación cardíaca. Analizamos las características basales de ambos grupos y comparamos entre ellos la tasa de eventos cardiovasculares: reingresos, síndrome coronario agudo (SCA), angina, insuficiencia cardíaca (IC), arritmias, necesidad de cirugía cardíaca y mortalidad global, insuficiencia cardíaca, arritmias, angina y necesidad de cirugía cardíaca.

Resultados: La edad media fue de 56,7 años en el grupo de PR y de 62,7 años en el grupo PNR. El sexo masculino representa en torno al 70% de los pacientes que integran la muestra total. Reingresaron 25,26% de la población no derivada, y tan solo un 2,7% de los que sí participaron (IC95% 0,716-0,824, $p < 0,005$). El porcentaje de SCA fue mayor en el grupo de PNR (11,6% versus 0,34%; IC95% 0,850-0,926, $p < 0,005$). Y hubo un 17,8% de recurrencia de angina en el primer grupo en comparación con el 3,04% en el segundo grupo (IC95% 0,798-0,897, $p < 0,005$). Refiriéndonos a la relación rehabilitación cardíaca con IC, arritmias, cirugía cardíaca y mortalidad global no se ha encontrado significación estadística.

Conclusiones: Tras análisis multivariante, concluimos que la rehabilitación cardíaca muestra su efecto beneficioso sobre reingresos, SCA y angina.

88/94. PERFIL CLÍNICO Y EPIDEMIOLÓGICO DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS CON DABIGATRÁN

B. Pérez Villardón¹, A. García Bellón², M. Cano García², A. González González², M. Ramírez Marrero², D. Gaitán Román² y M. de Mora Martín²

¹Hospital Comarcal de la Axarquía. Málaga. ²Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Introducción y objetivos: La FA es la arritmia sostenida más frecuente, siendo responsable de un elevado porcentaje de ictus isquémicos. El dabigatrán, un inhibidor directo de la trombina, ha demostrado una mayor reducción del riesgo de ictus isquémico y hemorrágico respecto al tratamiento tradicional con antagonistas de la vitamina K.

Material y métodos: Se incluyeron p con FA no valvular en los que se inició tratamiento con dabigatrán, desde noviembre-2011 hasta diciembre-2012. Se analizaron las características clínicas, la comorbilidad, tratamientos concomitantes. Se calculó el riesgo trombotico y hemorrágico.

Resultados: Se incluyeron 117 p, 55,6% mujeres, edad media 72,4 años. La FA era permanente en un 59%. Un 57,3% estaban en tratamiento previo con acenocumarol. La dosis de dabigatrán era 110 mg en 74,5%. El 86,3% eran hipertensos, 40,2% dislipémicos, 29,1% diabéticos, 26,5% padecían bronquitis crónica. La creatinina media de 1,0 mg/dl. Presentaban algún grado de

disfunción VI el 10,3%, antecedentes de cardiopatía isquémica un 19,7% y de ICC el 43,6%. Antecedentes de enfermedad cerebrovascular-vascular periférica el 39,3%. La puntuación media en el CHADS2 fue 2,29, CHA2DS2VASc 3,97, HASBLED 1,55. Destaca la utilización de AAS en 10,3%, IECAS/ARA II en 71,8%, betabloqueantes en 49,6%, antagonistas del calcio no dhp en 23,1%, digoxina en 26,5%, antiarrítmicos en 25,6%.

Conclusiones: Los p anticoagulados con dabigatrán en nuestro medio tienen un alto riesgo trombótico y una elevada comorbilidad; dicho tratamiento representa una herramienta útil ya que no interacciona con los alimentos ni con otros medicamentos, además mejora la calidad de vida de los p al no requerir monitorización.

88/95. CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN DE UNA SERIE DE CASOS DE ENDOCARDITIS SOBRE CABLE DE MARCAPASOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

L. Gheorghe, J. Castillo Ortiz, R. del Pozo Contreras, P. Cabeza Laínez, P. Fernández García, E. Chueca González, J. López Benítez, M. Herruzo Rojas, P. Sánchez Millán y D. Bartolomé Mateos

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Introducción y objetivos: La endocarditis sobre marcapasos (ESM) es una complicación con una incidencia variable, llegando hasta el 19% en algunas series y una gran morbimortalidad, de ahí la importancia del diagnóstico y tratamiento precoz.

Material y métodos: Se recogieron los casos diagnosticados de ESM (10 pacientes) en un periodo de 5 años, analizándose las características de esta enfermedad, así como el manejo y la evolución.

Resultados: 10 pacientes (edad media: 73 ± 9 años, 80% hombres). 3 casos eran portadores de DAI. 40% de los pacientes sufrieron ESM precoz, siendo la fiebre (100%), la clínica de presentación más frecuente. El 60% presentaba PCR elevada. Comorbilidades asociadas: miocardiopatía dilatada (50%), neoplasias (40%) y valvulopatías (30%). El diagnóstico fue realizado por ETT en 8 pacientes, precisando ETE para su confirmación en solo 2 casos. Los hemocultivos fueron positivos en el 60% de los casos (aislándose *Staphylococcus* en 3 pacientes). Además de antibioterapia se realizó extracción y reimplante de los electrodos en 6 pacientes (4 de forma quirúrgica, 2 de forma percutánea). La mortalidad fue del 75% en los pacientes desestimados para extracción (2 de ellos portadores de DAI). 3 de los 6 supervivientes presentaron recidivas.

Conclusiones: Las características de nuestra serie muestran que la ESM suele ser de presentación precoz, con clínica típica de fiebre. La ETT es imprescindible en su diagnóstico, siendo precisa una actuación precoz en su manejo, ya que la evolución es tórpida, especialmente cuando el manejo es conservador. Solo la mitad de los hemocultivos positivo, fueron por *Staphylococcus*.

88/96. EFICACIA Y SEGURIDAD DE LOS PACIENTES TRATADOS CON DABIGATRÁN PARA LA PREVENCIÓN DEL ICTUS EN LA FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR

B. Pérez Villardón¹, M. Roldán Jiménez², A. García Bellón², A. González González², J. Cano Nieto², J. Mora Robles², J. Pérez Ruiz² y M. de Mora Martín²

¹Hospital Comarcal de la Axarquía. Málaga. ²Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Introducción y objetivos: La FA es la arritmia sostenida más frecuente, es responsable de un elevado porcentaje de ictus isquémicos.

Nuestro objetivo es evaluar la eficacia y seguridad de p tratados con dabigatrán etexilato.

Material y métodos: Se incluyeron p con FA no valvular en los que se inició tratamiento con dabigatrán, desde noviembre 2011-diciembre 2012. Se realizó un análisis prospectivo de seguridad y eficacia, con una media de seguimiento de 10,9 meses.

Resultados: Se analizaron 117 p, 55,6% mujeres, edad media 72,4 años. La FA era permanente en 59%. La puntuación media en el CHADS2 fue 2,29, CHA2DS2VASc 3,97, HASBLED 1,55. La dosis de dabigatrán era 110 mg en 74,5%. Durante el seguimiento se produjeron 3 MACE (2,56%): 2 hemorragias de carácter leve, 1 accidente cerebrovascular (atribuido a tratamiento errático). 9 p (7,7%) suspendieron el tratamiento: 3 p por dispepsia, 1 p por elevación enzimas hepáticas, 1 p por hemorragia nasal repetición, 1 p por insuficiencia renal progresiva, 1 p por diarrea, 1 p por disnea que atribuía al medicamento, 1 p por interacción medicamentosa. Cuatro p refirieron dispepsia al inicio del tratamiento que fue transitoria y/o mejoró aumentando la dosis de protector gástrico. 21 p (17,9%) se sometieron a algún tipo de intervención quirúrgica sin incidencias.

Conclusiones: La utilización del dabigatrán para la prevención tromboembólica de los p con FA no valvular es una estrategia eficaz. Se emplea en p de alto riesgo trombótico siendo además un tratamiento seguro. Su principal limitación es la dispepsia derivada de su composición con ácido tartárico.

88/97. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES DERIVADOS PARA CORONARIOGRAFÍA CON DIAGNÓSTICO DE ANGINA ESTABLE

B. Pérez Villardón¹, A. García Bellón², M. Cano García², M. Ramírez Marrero², D. Gaitán Román², J. Cano Nieto², J. Delgado Prieto², J. Pérez Ruiz² y M. de Mora Martín²

¹Hospital Comarcal de la Axarquía. Málaga. ²Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Introducción y objetivos: La angina estable es un síndrome clínico atribuido a isquemia miocárdica cuyo sustrato etiopatológico conocido es la obstrucción de las arterias coronarias debido a aterosclerosis. El objetivo de este estudio es evaluar las características de p derivados para coronariografía con diagnóstico de angina estable.

Material y métodos: Se incluyeron 159 p remitidos para coronariografía desde enero 2011-agosto 2011 con diagnóstico de AE. Se recogieron los FRCV, la clase funcional según la CCS; se evaluaron los test de isquemia realizados así como el resultado de la coronariografía.

Resultados: Ligero predominio de varones (59,7%), edad media de 65,9 años. FRCV: 84,3% hipertensos, 69,2% dislipemia, 44% fumadores/exfumadores, 37,1% diabéticos. Grado funcional: II en 57,9%, III en 40,9%, IV en 1,3%. Angina frecuente (> 1 episodio/semana) en 39,6%, disnea como equivalente anginoso en 28,9%. FEVI < 50% en 5,2%. Se realizó test de isquemia previo en 62,9%. Estos tests fueron concluyentes en 83%, y concordantes con la coronariografía en 51%. Los resultados de la coronariografía fueron: coronarias normales 25,1%, aterosclerosis difusa no obstructiva 14,5%, flujo lento 3,1%, milking 0,6%, enfermedad de 1 vaso 34,5%, 2 vasos 10,1%, 3 vasos/tronco 10,7%. Se realizó ICP en 43,4%, y revascularización quirúrgica en 5,7%. La revascularización fue completa en 88,5%; en 50,4% se utilizaron stents farmacoactivos. Durante la estancia en el hospital, 6 p (3,8%) presentaron algún tipo de complicación.

Conclusiones: Los pacientes con sospecha de AE tienen una elevada comorbilidad. Encontramos alta prevalencia de aterosclerosis.

rosis no obstructiva. Las implicaciones pronósticas de la AE con enfermedad coronaria no obstructiva son desconocidas.

88/99. RELACIÓN ENTRE SÍNDROME METABÓLICO Y ENFERMEDAD CORONARIA MULTIVASO EN PACIENTES INGRESADOS POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO DE ALTO RIESGO

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

Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Introducción y objetivos: Es bien conocida la relación entre el síndrome metabólico (SM) y desarrollo de enfermedad cardiovascular y diabetes, sin embargo hay puntos menos conocidos como la relación con la severidad de la enfermedad coronaria en pacientes de alto riesgo. Objetivo: valorar si el SM es un predictor de enfermedad coronaria severa en pacientes ingresados por síndrome coronario agudo (SCA) de alto riesgo, así como valorar cuál de las 2 definiciones más utilizadas es mejor predictor (ATP III e IDF).

Material y métodos: Incluimos a 314 pacientes ingresados por síndrome coronario agudo de alto riesgo a los que se les realiza coronariografía, se registran variables demográficas, clínicas y analíticas y se verifican si cumplen criterios de SM según definición ATP III e IDF. Realizamos análisis mediante regresión logística para identificar predictores de enfermedad coronaria multivaso (enfermedad de 3 vasos y/o tronco común).

Resultados: El 25% presentaban enfermedad multivaso. De las variables incluidas en el análisis multivariante (edad, SM: ATP III e IDF, HTA, DM, dislipemia, arteriopatía periférica, fumador activo, enfermedad coronaria previa conocida, aclaramiento de creatinina, hematocrito, perímetro abdominal, LDL colesterol), solo la edad, SM-IDF, enfermedad coronaria previa y hematocrito fueron predictores independientes de enfermedad multivaso.

Conclusiones: El SM es un predictor de enfermedad multivaso en pacientes con SCA de alto riesgo, siendo la mejor definición la propuesta por la IDF.

88/101. PREDICTORES DE MORBIMORTALIDAD DURANTE EL SEGUIMIENTO CLÍNICO DE PACIENTES INGRESADOS POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO

A. López Suárez, J. López, A. Martínez Pérez, J. Morgado García de la Polavieja, J. Roa Garrido 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. Identificar predictores de mala evolución clínica en el seguimiento de estos pacientes es importante de cara a establecer estrategias preventivas eficaces.

Material y métodos: Incluimos a 322 pacientes ingresados por síndrome coronario agudo (SCA) de alto riesgo. Registramos variables clínicas, analíticas, ecocardiográficas y angiográficas. Al año de seguimiento analizamos la incidencia de mortalidad y morbimortalidad (muerte por cualquier causa + ingreso hospitalario por causa cardiovascular + necesidad de nueva revascularización). Nuestro objetivo es identificar variables en el momento del ingreso por SCA que puedan predecir eventos cardiovasculares mayores en el seguimiento clínico.

Resultados: Con un seguimiento medio de 12 meses se registra una incidencia de mortalidad del 8,1% y de morbimortalidad

del 27%. Incluimos en el análisis de regresión logística binaria aquellas variables con significación estadística en el análisis univariante: HTA, dislipemia, DM, fumador, síndrome metabólico, arteriopatía periférica, aclaramiento de creatinina (MDRD-4), edad, hematocrito y LDL colesterol. Ninguna variable fue predictora de mortalidad, mientras que la DM, dislipemia e insuficiencia renal (MDRD-4) fueron predictoras de morbimortalidad, siendo la DM el más potente predictor (hazard ratio 3,05).

Conclusiones: Los pacientes ingresados por SCA tienen posteriormente una alta morbimortalidad anual, siendo la DM, deterioro de función renal y dislipemia las variables asociadas a peor evolución clínica. El predictor más potente de morbimortalidad en nuestro estudio fue la DM.

88/103. DESCRIPCIÓN Y MAGNITUD DE LA DISFUNCIÓN SISTÓLICA VENTRICULAR IZQUIERDA SEVERA EN NUESTRA ÁREA HOSPITALARIA

A. López Suárez, A. Martínez Pérez, F. Florián Sanz, A. Manovel Sánchez, M. Hidalgo Ordóñez, A. Díaz, A. Tobaruela González y J. Díaz Fernández

Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Introducción y objetivos: La disfunción ventricular izquierda severa (DVIS) supone un problema de salud en cardiología de notable repercusión económico-social. Es importante conocer sus aspectos epidemiológicos con el fin de optimizar los recursos terapéuticos disponibles. Objetivo: describir las características etiológicas y evolutivas de la DVIS registrada en nuestro Servicio.

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 de mayor a 50% de datos. Se analizaron las variables: factores de riesgo cardiovascular, etiología, clase funcional, tratamiento médico, implante de dispositivos intracardíacos y evolución pronóstica (mortalidad y mejoría de FEVI).

Resultados: La incidencia acumulada de DVIS es de 7% en 11 años y la edad media al diagnóstico de $67 \pm 13,5$ años. De 691 pacientes, presentan: HTA 69,5%, DM 43,1%, DLP 53,3%, FUM 59,9% y FA 30,8%. El 61,5% son hombres y el 57,2% se encuentra en CF II de la NYHA. 75,8% están tratados con BB y el 81,8% con IECA/ARAI. El 40,2% presentan origen isquémico, de los cuáles el 69,8% se ha revascularizado percutáneamente. Son portadores de dispositivos intracardíacos (TRC y/o DAI) el 21,4%. Han presentado mejoría de la FEVI el 22,4% y el 17,5% han fallecido.

Conclusiones: La DVIS es una patología frecuente en nuestras consultas. La mayoría de los pacientes presentan factores de riesgo cardiovascular. Es reseñable la baja tasa de exitus encontrada en un periodo predominantemente de manejo conservador.

88/104. FACTORES RELACIONADOS NO CAUSALMENTE CON LA DISFUNCIÓN SISTÓLICA VENTRICULAR IZQUIERDA SEVERA EN NUESTRAS CONSULTAS

A. Martínez Pérez, A. Suárez, A. Díaz, M. Hidalgo Ordóñez, A. Manovel Sánchez, A. Tobaruela González y J. Díaz Fernández

Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Introducción y objetivos: La disfunción ventricular izquierda severa (DVIS) es una entidad clínica progresiva que se asocia a

mal pronóstico, por lo que son necesarias estrategias diagnósticas y terapéuticas para prevenirlo. Objetivo: puesta en relación de factores no causales de la DSVIS para valorar su influencia pronóstica.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo desde marzo/1999 hasta abril/2010 de una cohorte de pacientes extraída del registro intrahospitalario de la consulta de Cardiología. Se analizaron las variables: etiología, implante de dispositivos intracardíacos (TRC y/o DAI), mortalidad y mejoría de FEVI. Se ha realizado un contraste de proporciones mediante el estadístico χ^2 .

Resultados: De un total de 858 pacientes, se excluyeron 167 por pérdida mayor a 50% de datos. La etiología de la DSVIS es isquémica en el 40,2%. Son portadores de dispositivos el 21,4% (DAI: 38,1% en isquémicos vs 18,7% no isquémicos; $p < 0,001$). Fueron exitos el 17,7% y han presentado mejoría de FEVI el 22,4%. Se encuentra una relación significativa entre portador de dispositivo y exitus ($p < 0,001$) con un RR de 0,2 (IC95% = 0,09-0,62). No se objetiva significación estadística entre la etiología de la DSVIS y los datos pronósticos.

Conclusiones: En esta amplia muestra, y en contra de lo esperado, la etiología isquémica no se ha relacionado con un peor pronóstico en presencia de DSVIS. Estos hallazgos podrían explicarse por un cambio en el abordaje clínico de estos pacientes con mayor revascularización e implante de DAI; sin eludir el carácter descriptivo del estudio.

88/109. MISMATCH EN CIRUGÍA CARDÍACA

M. Tena Pajuelo, J. Corrales Mera, D. Macías Rubio y M. Alcántaro Montoya

Hospital Puerta del Mar. Cádiz.

Introducción y objetivos: El mismatch es un concepto introducido desde 1978 tanto en válvulas mitrales como aórticas, especialmente observado en estas últimas y su incidencia es mayor de la que se piensa. Ha variado su significado "desproporción prótesis-paciente" en los últimos años y en este caso se pretende dar a conocer una visión dinámica y no estática, así como las repercusiones que conlleva este fenómeno en la práctica.

Material y métodos: Explicamos cómo se calcula el área efectiva de una prótesis por ecodoppler, así como el área indexada utilizado actualmente como mejor índice para evaluar el mismatch aórtica. De igual manera hacemos hincapié en su importancia para minimizar los gradientes postoperatorios y optimizar la normalización de la función ventricular izquierda.

Resultados: Se pretende clarificar los efectos adversos del mismatch sobre la supervivencia, si es predictor independiente de mortalidad y si produce menor regresión de la masa ventricular izquierda. Así también se detallan algunos factores que lo favorecen como el sexo femenino, tamaño de la raíz, edad o disfunción ventricular grave.

Conclusiones: El mismatch grave es un factor independiente de la mortalidad a corto y medio plazo y produce efectos adversos sobre la calidad de vida ya que repercute sobre la regresión de la masa ventricular en la hipertrofia. Finalmente se aportan normogramas para poder evitar el mismatch y saber de una manera unificada qué nº y tipo de prótesis usar para cada paciente o la posibilidad de aumentar el umbral en caso de prótesis biológicas de pequeño tamaño.

88/110. ¿CONSTITUYE LA VITAMINA D UN NUEVO BIOMARCADOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR?

I. Estrada Parra, C. Navarro Valverde, C. Arias, M. Mera Romero, I. Lara de la Fuente, R. Picón Heras, F. Molano Casimiro y L. Pastor Torres

Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla.

Introducción y objetivos: El estudio de la vitamina D (VD) en la actualidad se centra en sus funciones sobre el sistema cardiovascular. Se considera que aquellas personas con niveles basales de VD (25OHD2) > 75 nmol/L presentan niveles óptimos; valores entre 75-50 nmol/L subóptimos, entre 50-25 nmol/L constituyen una deficiencia moderada y < 25 nmol/L una deficiencia grave. Nosotros pretendemos relacionar el riesgo de sufrir un evento cardiovascular mayor con el estatus basal de VD de los pacientes, planteando la posibilidad de emplear la cuantificación del mismo para el seguimiento de pacientes como nuevo biomarcador de eventos cardiovasculares mayores.

Material y métodos: Prospectivamente se reclutaron 10 pacientes de edad > 60 años y SCASEST como motivo de ingreso, sometidos a un ICP en el que se llevó a cabo revascularización completa, y a una determinación analítica del estatus VD. Transcurridos 3 meses fueron revisados para valorar la aparición de eventos en el seguimiento: muerte, infarto, necesidad de nueva revascularización o insuficiencia cardíaca.

Resultados: La totalidad de los pacientes presentaba niveles de VD inferiores a los definidos como óptimos tanto en el momento inicial (30,3 nmol/L \pm 16,93 nmol/L) como a los 3 meses. Tres pacientes (30%) presentaron eventos durante el seguimiento, tratándose de aquellos con un estatus de VD inicial más bajo (< 20 nmol/L), sin que se llegasen a observar diferencias estadísticamente significativas entre el porcentaje de eventos y el estatus de VD.

Conclusiones: Niveles de VD inferiores a los establecidos como normales de forma mantenida muestran tendencia a presentar mayor número de eventos cardiovasculares mayores, pudiendo actuar como nuevo biomarcador de riesgo cardiovascular.

88/111. RIESGO RESIDUAL TRAS UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO. ¿EL EJERCICIO FÍSICO ESTRUCTURADO PUEDE JUGAR ALGÚN PAPEL EN SU MODIFICACIÓN?

M. Fernández Olmo¹, S. Isaza Arana¹, J. Torres LLergo², J. Vallejo Carmona¹, D. Rangel Sousa¹, A. López Lozano¹, J. Expósito Tirado¹ y A. Martínez Martínez¹

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

Introducción y objetivos: Es conocido que los niveles bajos de lipoproteínas de alta densidad (HDL) se asocian con un aumento del número de eventos cardiovasculares, estos pacientes mantienen un riesgo residual debido, entre otros factores, al colesterol no-HDL (no-HDLc), a pesar de conseguir niveles óptimos de lipoproteínas de baja densidad. Objetivo: evaluar el perfil lipídico y el pronóstico de los pacientes que han sufrido un síndrome coronario agudo y que participan en un programa de rehabilitación cardíaca (PRC).

Material y métodos: Incluimos de forma consecutiva a 160 pacientes que participaron en el PRC durante un año, evaluando el perfil lipídico tanto al inicio como a la finalización del programa. El pronóstico lo evaluamos con el seguimiento clínico.

Resultados: 89,3% eran hombres, 43,4% hipertensos, 53,5% dislipémicos, 19,5% diabéticos, 35% obesos, 52,8% continuaron fumando, la edad media fue $53,74 \pm 9$ años. El 58,5% cursaron con elevación del ST, el 81% presentaron la fracción de eyección conservada y 7,5% fueron revascularizados quirúrgicamente. El número de sesiones media fue de $15,32 \pm 5,7$. 96,2% tomaron estatinas y 61,4% con dosis tope. Objetivamos una mejora significativa en los niveles de HDL ($40,5 \pm 0,8$ mg/dl vs $43,1 \pm 1$ mg/dl; $p < 0,001$) y una disminución no significativa del no-HDLc (109 ± 3 mg/dl vs 106 ± 3 mg/dl; $p 0,1$) al final del PRC. Los pacientes con HDL < 40 al final del PRC eran con más frecuencia hombres ($48,6\%$ vs $11,8\%$; $p 0,006$), presentaron IMC mayores ($30,3 \pm 0,5$ vs $28,7 \pm 0,4$; $p 0,01$) tomaron con mayor frecuencia dosis altas de estatinas ($48,5\%$ vs 35% ; $p 0,09$). Tiempo de seguimiento fue de $28,7 \pm 4$ meses, produciéndose 19,6% reingresos por causa cardiovascular y 6,3% necesitaron nuevas revascularizaciones, éstos presentaron niveles de no-HDLc mayores (128 ± 14 vs 108 ± 3 ; $p 0,09$) sin encontrar diferencias significativas en los valores de HDL.

Conclusiones: El ejercicio físico podría modificar el riesgo residual de los enfermos que han sufrido un SCA, con una tendencia no significativa a la menor progresión de la enfermedad coronaria

88/114. PERMEABILIDAD INMEDIATA Y SEGUIMIENTO A CORTO PLAZO DE RAMAS CORONARIAS CUBIERTAS POR STENT BIOABSORBIBLE LIBERADOR DE EVEROLIMUS

M. Morenate Navío, F. Castillo Bernal, F. Baeza Garzón, M. Puentes Chiachio, M. Santisteban Sánchez de Puerta, M. Peña Peña, J. López Aguilera, S. Ojeda Pineda, J. Suárez de Lezo Herreros de Tejada y F. Mazuelos Bellido

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción y objetivos: El *stent* bioabsorbible (SBA) ha demostrado efectividad en el tratamiento de lesiones coronarias no bifurcadas. Objetivo: analizar la permeabilidad de las ramas laterales a la lesión, cuando son cubiertas por un SBA.

Material y métodos: 99 pacientes con 131 lesiones que incluían ramas fueron tratados con SBA. Se consideraron ramas pequeñas aquellas con diámetro < 1 mm, intermedias entre 1-2 mm, y grandes > 2 mm. Basalmente, existía lesión ostial en 18 ramas grandes y 17 intermedias. Se comprobó la permeabilidad de la rama mediante angiografía inmediata postimplante. Se obtuvieron determinaciones de troponina y creatinínica y se registraron eventos mayores al seguimiento. Se programó un angioTAC coronario a todos los pacientes a los 3-6 meses de seguimiento.

Resultados: Diámetro del vaso principal fue $3,03 \pm 0,52$ mm y la longitud de la lesión 18 ± 7 mm. El porcentaje de estenosis fue $68 \pm 15\%$. Se cubrieron 263 ramas: 130 (49%) pequeñas, 84 (32%) intermedias y 49 (19%) grandes. Se documentó la oclusión de 21 ramas (8%); 16 (76%) pequeñas y 5 (24%) intermedias. Las restantes (92%) estaban permeables tras el implante del *stent*. Veintiuna ramas (8%) necesitaron intervención adicional: en 5 (24%) dilatación aislada con balón y en 16 (76%) *kissing balloon*. Todas las intervenciones fueron satisfactorias. No hubo eventos clínicos ni elevación enzimática tras oclusión de ramas pequeñas o intermedias. Se realizó angioTAC de seguimiento en 21 pacientes, mostrando permeabilidad de las ramas y ausencia de estenosis significativa de la rama principal.

Conclusiones: Cubrir ramas con SBA es un procedimiento seguro, con baja tasa de oclusión de ramas intermedias y grandes tras el implante. Estos resultados se mantienen a los 3-6

meses del tratamiento, siendo necesario un seguimiento más largo.

88/115. ESTATUS DE VITAMINA D EN PACIENTES CON SCASEST. RELACIÓN CON OTROS FRCV Y CON LA ENFERMEDAD MULTIVASO

I. Estrada Parra, C. Navarro Valverde, R. Guerola Segura, M. Romero Reyes, M. González Correa, F. Sánchez Burguillos, F. Molano Casimiro y L. Pastor Torres

Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla.

Introducción y objetivos: El estudio de la vitamina D (VD) en la actualidad se centra en sus funciones sobre el sistema cardiovascular. Se considera que aquellas personas con niveles basales de VD (25OHD₂) > 75 nmol/L presentan niveles óptimos; valores entre 75-50 nmol/L subóptimos, entre 50-25 nmol/L constituyen una deficiencia moderada y < 25 nmol/L una deficiencia severa. Analizamos las características basales de nuestra muestra y pretendemos relacionar el estatus de VD con la enfermedad coronaria multivaso y su forma de debut.

Material y métodos: Prospectivamente se reclutaron 10 pacientes de edad > 60 años y SCASEST como motivo de ingreso, sometidos a un ICP en el que se llevó a cabo revascularización completa y a una determinación analítica del estatus de VD.

Resultados: Solo 2 pacientes (13,3%) presentaban niveles óptimos de VD, encontrándose el 66,7% de la muestra en rango de deficiencia moderada o grave. El 80% eran varones, la edad media 69,6 años y el FRCV más frecuente la HTA (93%); el 60% de los pacientes eran dislipémicos, 48% diabéticos, 40% obesos y el 20% tenía c. isquémica previa. El evento más frecuente fue el AI (60% frente al 40% de IAM sin onda Q) y en el 80% se objetivó una enfermedad multivaso, sin alcanzar significación estadística entre los niveles de VD y dichos parámetros.

Conclusiones: Nuestra población de alto riesgo cardiovascular muestra una elevada prevalencia de déficit de VD. El grado de deficiencia no se relaciona de forma significativa en nuestra muestra con la extensión de la enfermedad coronaria ni con la forma de presentación.

88/118. PERFIL CLÍNICO Y CARACTERÍSTICAS DE ENFERMEDAD CORONARIA EN PACIENTES SOMETIDOS A CORONARIOGRAFÍA NO INVASIVA POR TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA 64 CORTES

B. Pérez Villardón¹, A. García Bellón², M. Cano García², J. Cano Nieto², J. Delgado Prieto², M. Ramírez Marrero², J. Álvarez Rubiera² y M. de Mora Martín²

¹Hospital Comarcal de la Axarquía. Málaga. ²Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Introducción y objetivos: La coronariografía por tomografía axial computarizada de 64 cortes (TC 64) tiene un alto valor predictivo negativo y excelente correlación con la coronariografía invasiva. El objetivo es evaluar la presencia de enfermedad coronaria obstructiva en p sin cardiopatía isquémica conocida sometidos a TC 64.

Material y métodos: Se analizaron p sometidos a TC 64 desde septiembre 2008-septiembre 2011. Se excluyeron aquellos

con enfermedad coronaria conocida, clínica típica, insuficiencia renal severa y aquellos con alergia al contraste yodado. Se utilizó un tomógrafo Philips Brilliance 64, sincronizado con electrocardiograma. Si FC elevada, se administró esmolol iv; en todos los procedimientos se utilizó nitroglicerina sublingual.

Resultados: Se incluyeron 80 p, varones 58,8%, edad media 57,9 años. El 66,3% son hipertensos, 58,8% dislipémicos, 50% diabéticos, 67,6% sobrepeso/obesidad, 60,1% fumadores activos/exfumadores, 15% insuficiencia renal no grave, 35% antecedentes familiares cardiopatía. Solicitado por: dolor atípico 41,3%, disnea inexplicada 16,3%, ECG patológico 22,5%, inicio de ejercicio físico vigoroso 2,5%, pre-cirugía no cardíaca 17,5%. En 41,2% se había realizado previamente otro test de isquemia no concluyente. Score Agatston < 10 en 27,5%, 11-100 en 38,8%, 101-400 en 22,5%, 401-1.000 en 8,8%, > 1.000 en 2,5%. Se hallaron lesiones coronarias en 73,8%; un 25% fueron lesiones significativas.

Conclusiones: La utilización del TC 64 para evaluación de p con sospecha de coronariopatía y estudios de inducción de isquemia negativos o no concluyentes permite la caracterización real de la enfermedad coronaria. De esta manera, en p con enfermedad obstructiva haremos tratamiento intensivo, y prevención primaria en aquellos con enfermedad coronaria no obstructiva.

88/121. INTERVENCIÓN DE YACOB EN PACIENTE CON ANEURISMA GIGANTE DE AORTA ASCENDENTE E INSUFICIENCIA AÓRTICA SECUNDARIA

A. Adsuar Gómez¹, E. Ruiz Solano¹, A. González Calle¹, A. Hosseinpour¹, C. Porras Martín² y J. Borrego Domínguez¹

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ²Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción y objetivos: Las cirugías de sustitución aórtica con preservación de válvula aórtica (técnicas de remodelado -Yacoub- o reimplantación -David-) reúnen importantes ventajas sobre las cirugías convencionales, destacando la ausencia de anticoagulación (frente a las prótesis mecánicas) y la potencial demora, o incluso eliminación, de la necesidad de reoperación (frente a las biológicas).

Material y métodos: Presentamos el caso de una chica joven que fue diagnosticada de forma casual de aneurisma gigante de aorta ascendente (diámetro máximo 99 mm) e insuficiencia aórtica severa secundaria. Se intervino de forma reglada, realizando una intervención de Yacoub, asociando una anuloplastia externa y reparación valvular aórtica (plicatura central de los 3 velos hasta alcanzar una altura efectiva ≥ 10 mm). La evolución se llevó a cabo sin incidencias dignas de mención, con una estancia en UCI de 48 horas y hospitalaria de 6 días.

Resultados: Desde agosto de 2012, en nuestro centro se han realizado 5 intervenciones encuadradas dentro de las "valve sparing operations", todas ellas Yacoub. En 4 pacientes se requirió la asociación de una reparación valvular aórtica. La evolución fue favorable en todos los casos, con una mediana de estancia hospitalaria de 7 días (rango 6-7). La ecocardiografía postoperatoria mostró ausencia de regurgitación en 2 casos e insuficiencia trivial en los restantes 3.

Conclusiones: La técnica del remodelado, a diferencia de la de la reimplantación, constituye un procedimiento más reproducible, tras superar la correspondiente curva de aprendizaje. Presenta unos buenos resultados a medio-largo plazo que justifican su uso en el momento actual.

88/122. PACIENTES DERIVADOS A TC CORONARIO 64 CORTES: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, INCIDENCIAS E INCIDENTALOMAS

B. Pérez Villardón¹, A. García Bellón², B. Reina Monsó², M. Ramírez Marrero², D. Gaitán Román², J. Cano Nieto², J. Álvarez Rubiera² y M. de Mora Martín²

¹Hospital Comarcal de la Axarquía. Málaga. ²Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Introducción y objetivos: La coronariografía por tomografía axial computarizada 64 cortes (TC 64) constituye una herramienta diagnóstica habitual en nuestro medio. Nuestro objetivo es evaluar el perfil clínico de p derivados a TC 64, así como las incidencias derivadas de dicha prueba e incidentalomas hallados.

Material y métodos: Se analizaron p sometidos a TC 64 desde septiembre 2008 a septiembre 2011. Se excluyeron aquellos con enfermedad coronaria conocida, clínica típica, insuficiencia renal severa o alergia al contraste yodado. Se utilizó un tomógrafo Philips Brilliance 64, sincronizado con electrocardiograma.

Resultados: Se incluyeron 80 p, varones 58,8%, edad media 57,9 años. El 66,3% son hipertensos, 58,8% dislipémicos, 50% diabéticos, 67,6% sobrepeso/obesidad, 60,1% fumadores activos/exfumadores, 15% insuficiencia renal no severa, 35% antecedentes familiares cardiopatía. En el momento de la realización, la FC media basal era 66 lpm, PAS media 135,2 mmHg y PAD media 76,4 mmHg. En 90% se empleó esmolol iv; en el 100% de la muestra se empleó nitroglicerina sublingual. El 33,7% procedimientos presentaron algún tipo de artefacto debido a: movimiento 22,5%, obesidad 6,3%, estructuras vecinas 5%. En 38,8% se encontraron otros hallazgos: 8,8% patología aórtica (aneurisma/disección), 11,3% patología pulmonar (nódulo/tractos fibrosos), 10% patología digestiva, 3,8% degeneración ósea significativa. En 21,3% se produjo alguna incidencia durante el procedimiento: 1,3% angor, 6,3% cefalea, 5% hipotensión, 3,8% síncope, 3,8% arritmia, 1,3% reacción alérgica.

Conclusiones: El TC 64 constituye una herramienta diagnóstica segura, en p con alta prevalencia de factores de riesgo, en los cuales se desea descartar enfermedad coronaria. Además es frecuente el hallazgo de incidentalomas en estructuras vecinas.

88/123. ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL: IMPLANTE DE PRÓTESIS ENDOVASCULAR COMO EXPERIENCIA MULTIDISCIPLINAR

J. Roa Garrido, A. Montes Muñoz, J. Díaz Fernández, M. Bettoni, R. Cardenal Piris, C. Sánchez González y A. Gómez Menchero

Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Introducción y objetivos: El tratamiento del aneurisma de aorta abdominal (AAA) mediante implante de prótesis endovascular es preferible frente a cirugía abierta en pacientes con anatomía favorable y alto riesgo quirúrgico. Sus resultados son cada vez más positivos con una tasa de complicaciones en torno al 30%. Objetivo: analizar la experiencia en nuestro centro en el aislamiento endovascular de AAA por equipo de trabajo multidisciplinar de Cardiología y Cirugía Vasculor.

Material y métodos: Estudio observacional (n = 24) descriptivo de implante endovascular por AAA.

Resultados: 100% eran hombres y de alto riesgo quirúrgico (euroscore > 6%), edad media 72,58 \pm 2,9 años, 20,8% diabéticos y 29,2% con cardiopatía isquémica. 12,5% debutaron como rotura contenida de AAA pero estables. El diámetro medio máxi-

mo del aneurisma fue $6,35 \pm 2,8$ cm. 43,8% se implantó prótesis con extensión a iliaca común y 50% a ambas ilíacas (media $2,5 \pm 1$ prótesis/paciente). Tiempo medio de escopia fue $26'76''$ frente $38'01''$ previa a realización de técnica en LH ($p = 0,051$). La moda de estancia media fue 7 días y media de $9,21 \pm 3,9$ días. 8,3% presentaron fuga tipo II pero no registramos complicaciones del acceso vascular, isquémicas, migración o colapso de endoprótesis. Se registró una trombosis de arteria renal. Seguimiento medio: $13,79 \pm 8,1$ meses, 0% de mortalidad y 8,3% de reingreso.

Conclusiones: El equipo multidisciplinar simplifica la realización de la técnica en pacientes de alto riesgo, con menor tiempo de implante siendo procedimientos complejos (número de prótesis, bifurcaciones), probablemente relacionado con el mejor conocimiento del material; además, presentan una baja tasa de complicaciones, corta estancia y buenos resultados a corto plazo.

88/124. INCIDENCIA DE EVENTOS EN PACIENTES SOMETIDOS A CIERRE PERCUTÁNEO DE FOP

J. Castillo Ortiz, R. del Pozo Contreras, L. Gheorghe, P. Sánchez Millán, M. Herruzo Rojas, G. Calle Pérez y M. Sancho Jaldón

Hospital Puerta del Mar. Cádiz.

Introducción y objetivos: El FOP se ha implicado en la etiología de patologías como el ictus criptogénico, la migraña y el síndrome de platipnea-ortodesoxia. El objetivo del estudio fue analizar la recurrencia de eventos en pacientes con FOP y antecedentes de embolismo periférico (AIT, ictus o embolia arterial).

Material y métodos: Se recogieron todos los pacientes remitidos a cierre percutáneo de FOP entre 2004 y 2012. El endpoint 1º fue AIT/ictus durante el seguimiento o mortalidad por cualquier causa en los primeros 30 días tras el procedimiento.

Resultados: Un total de 72 pacientes (edad media de $45 \pm 11,5$ años, 51% varones) de los cuales el 53% no presentaba ningún FRCV. El 51% tenían además un aneurisma del septo interauricular. La indicación para cierre de FOP fue el antecedente de ictus/AIT criptogénico en la inmensa mayoría de los pacientes (96%) y se realizó con dispositivo Amplatzer en el 88% de los casos, con una tasa de éxito del 99% y una incidencia de complicaciones del 8% (todas ellas menores). Se realizó un seguimiento medio de 46 ± 32 meses, durante el cual solo se produjo una pérdida, y se detectaron 7 eventos (1 ictus y 6 AIT), ninguno en pacientes que presentaban otra causa potencial de ictus cuando se indicó el cierre.

Conclusiones: El cierre percutáneo de FOP es un procedimiento seguro con una alta tasa de éxito. La incidencia del endpoint 1º combinado fue mayor que el Closure a expensas de AIT, pero con menor tasa de ictus.

88/125. ECOCARDIOGRAFÍA TRANSTORÁCICA (ETT) FRENTE A ECOCARDIOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA (ETE)/ECO INTRACARDÍACO (EIC) EN EL CIERRE PERCUTÁNEO DEL FOP

J. Castillo Ortiz, L. Gheorghe, P. Sánchez Millán, E. Chueca González, P. Fernández García, G. Calle Pérez y M. Sancho Jaldón

Hospital Puerta del Mar. Cádiz.

Introducción y objetivos: Tradicionalmente el control ecocardiográfico empleado para guiar el procedimiento de cierre percutáneo de FOP ha sido el EIC o el ETE. Actualmente, existe con-

troveria acerca de si la ETT es una herramienta útil y segura para monitorizar esta técnica.

Material y métodos: Estudio de cohortes retrospectivo comparando el cierre de FOP con monitorización transtorácica o con monitorización transesofágica/EIC. Se utilizó como endpoint combinado el no éxito del procedimiento, la presencia de complicaciones menores (arritmia, fractura o embolización del dispositivo, embolia aérea, hematoma femoral o fístula) o mayores (taponamiento, muerte, hemorragia mayor, embolia pulmonar o necesidad de cirugía).

Resultados: Se seleccionaron todos los procedimientos entre 2004 y 2012 en los que se había especificado el tipo de monitorización ecocardiográfica (70 de 72), 55 de ellos con ETT y 15 con ETE o EIC; sin encontrar diferencias estadísticamente significativas en la proporción de pacientes portadores de ASA entre ambos grupos (56% en ETT y 33% en ETE/IVUS $p = 0,09$). Se registraron un total de 6 complicaciones, todas ellas menores (3 taquicardias, 1 embolismo aéreo, 1 derrame pericárdico y 1 pseudoaneurisma con fístula), y en solo un caso no se consiguió el cierre del defecto. El endpoint combinado fue del 11% en el grupo del ETT y del 7% en el del ETE/EIC, no resultando estadísticamente significativa esta diferencia ($p = 0,53$).

Conclusiones: La ETT es una técnica de imagen al menos tan útil y segura como la ETE o el EIC para la monitorización del cierre de FOP.

88/128. IMPACTO DEL TRATAMIENTO CON VITAMINA D EN EL PRONÓSTICO DE PACIENTES CON SCA

C. Navarro Valverde, I. Estrada Parra, M. González Correa, J. Masero Carretero, R. Picón Heras, F. Sánchez Burguillos, F. Molano Casimiro, C. Arias, M. Romero Reyes y L. Pastor Torres

Hospital Virgen de Valme. Sevilla.

Introducción y objetivos: La 25OHD2 es una prohormona con un importante papel en el sistema cardiovascular, ejerciendo su acción entre otras formas, a través de los receptores VDR presentes en las células miocárdicas y vasculares. Uno de los colectivos con mayor déficit de 25OHD son los mayores de 60 años. El objetivo de este estudio fue evaluar el impacto del tratamiento con 25OHD3 sobre el sistema cardiovascular en pacientes con SCA.

Material y métodos: Se reclutaron 15 pacientes mayores de 60 años con SCASEST revascularizados percutáneamente de forma completa. La muestra se dividió en dos grupos: grupo A que no recibió ningún tratamiento, y grupo B que fue tratado con 25OHD3. Se realizó un seguimiento de 3 meses evaluando eventos cardiovasculares y función miocárdica por ecocardiografía.

Resultados: El 86,7% de la muestra presentaba valores deficitarios de vitamina D basalmente. Un 20% presentaron eventos MACE en el seguimiento, suponiendo el 30% de los pacientes no tratados y el 0% del grupo de tratamiento ($p 0,5$). Considerando los niveles de vitamina D al final del estudio, el 60% de los pacientes con niveles inferiores a 0,50 nml/L presentaron eventos cardiovasculares ($p 0,035$).

Conclusiones: En el endpoint combinado eventos MACE y función ventricular no se detectaron diferencias significativas según la rama de tratamiento. Considerando los niveles séricos de 25OHD tras la intervención, se observó que los pacientes con niveles más bajos ($< 0,50$ nml/L) eran los que estaban expuestos a un riesgo de eventos significativamente mayor. Así, conseguir niveles normales de 25OHD2 mediante suplementación podría estar indicado de forma individualizada.

88/129. VITAMINA D Y SU RELACIÓN CON OTROS BIOMARCADORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

C. Navarro Valverde, I. Estrada Parra, R. Picón Heras, I. Lara de la Fuente, M. Mera Romero, M. Romero Reyes, F. Molano Casimiro, R. Guerola Segura, P. Pérez Santigosa y L. Pastor Torres

Hospital Virgen de Valme. Sevilla.

Introducción y objetivos: El déficit de vitamina D se ha puesto en relación a un incremento del riesgo cardiovascular. Este estudio pretende evaluar si existe correlación entre la 25OHD y otros biomarcadores de riesgo cardiovascular ya validados, así como la posible relación en los cambios de 25OHD y dichos marcadores en el seguimiento.

Material y métodos: Se estudiaron 15 pacientes mayores de 60 años ingresados por SCASEST y revascularizados de forma completa, realizando mediciones de 25OHD (electroquimioluminiscencia) PCR, HbA1c, ProBNP, LDLc y HDLc. Se suplementó con 25OHD3 a 5 pacientes y a 10 no se les administró tratamiento. Tras un seguimiento de 3 meses se realizaron nuevas mediciones de todos los parámetros citados comparando ambos grupos.

Resultados: Se observó correlación entre los niveles basales de PCRhs y 25OHD ($p < 0,01$). Además, el incremento de la 25OHD se correlacionó con la reducción de la PCRhs en el seguimiento (Pearson $-0,79$, $p < 0,04$). No se encontraron diferencias significativas en los demás marcadores. La reducción media de la PCR en el grupo de pacientes no tratados y tratados fue de 9,4 y 19,2 mg/L respectivamente ($p < 0,9$).

Conclusiones: A pesar de no encontrar diferencias en los marcadores según la rama de tratamiento, sí se observó una relación significativa entre la 25OHD y la PCRhs (marcador de creciente valor en la estratificación de riesgo cardiovascular), tanto en los niveles basales como en los cambios en el seguimiento. Esto soporta la idea de que la 25OHD pueda constituirse como un predictor de RCV.

88/131. PERFIL GENÉTICO Y EXPRESIÓN CLÍNICA EN FAMILIAS CON MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA

C. Jurado Canca, J. García Pinilla, H. Orellana, J. Robledo Carmona, L. Morcillo Hidalgo, E. Rueda Calle, F. Cabrera Bueno, P. Cardila Cruz, J. Gómez Doblás y E. de Teresa Galván

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción y objetivos: La miocardiopatía hipertrófica (MCH) es la cardiopatía genética más frecuente, presentando una expresión fenotípica variable debido a penetrancia incompleta. Se debe a mutaciones en genes sarcoméricos, cuya relación con la evolución de la enfermedad está en debate. Nuestro objetivo fue estudiar el perfil clínico de una serie de familias con al menos un caso de MCH en base al perfil genético de las mismas.

Material y métodos: Estudio observacional de cohortes retrospectivo. Entre 2008 y 2013 se estudiaron 37 familias con diagnóstico de MCH (109 individuos, 49 mujeres). Se realizó valoración clínica completa, electrocardiograma, ecocardiograma, cardioRMN y estudio genético.

Resultados: En 57 individuos se detectó al menos una mutación (MYBPC3 57,9%, MYH7 33,3%, TNNT2 3,5%, otras 5,3%). El 12% presentaba mutación poligénica. El 43,8% eran portadores sanos. El 16,1% presentaba insuficiencia cardíaca y el 18% antecedentes familiares de muerte súbita (AFMS). El 39,4% presentó un ECG anómalo: BRI (10,8%), PR largo (18,8%). Un 32,1% presentaba hipertrofia grave en ecocardiografía. El 67,7% de los casos índices presentaban realce tardío en el cardioRMN. Los pacientes con mutaciones en MYH7 presentaron mayor porcentaje de AFMS

(0,38-0,67, $p = 0,02$); así como una tendencia a mayores porcentajes de MS (0,65-1,17, $p = 0,063$) y síncope (0,78-1,23, $p = 0,08$).

Conclusiones: 1. Los genes más comúnmente mutados fueron MYH7 y MYBPC3. 2. La presencia de una mutación en MYH7 se asoció a un peor perfil clínico: mayor tasa de muerte súbita familiar, mayor porcentaje de síncope y de MS.

88/133. UTILIDAD DEL ESTUDIO GENÉTICO EN MIOCARDIOPATÍAS FAMILIARES

C. Jurado Canca, J. García Pinilla, I. Ruiz-Zamora, A. Ruiz Salas, L. Morcillo Hidalgo, J. Robledo Carmona, E. Rueda Calle, F. Cabrera Bueno, J. Gómez Doblás y E. de Teresa Galván

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción y objetivos: Las cardiopatías familiares presentan una base genética y una agrupación familiar, siendo clínicamente muy heterogéneas y con pronóstico variable. Existe controversia acerca del papel pronóstico que puedan tener algunas mutaciones. El objetivo de nuestro estudio fue relacionar las características clínicas con el perfil genético en portadores de mutaciones asociadas a miocardiopatía familiar.

Material y métodos: Se incluye una cohorte retrospectiva de 112 individuos (40 familias) con estudio genético positivo para mutaciones asociadas a miocardiopatía familiar. Se realizó valoración clínica completa, electrocardiograma, ecocardiograma y cardioRMN a casos índices.

Resultados: El 50,9% pertenecía al grupo de miocardiopatía hipertrófica, 33% dilatada, 8,9% arritmogénica y 7,1% no compactada. El 24,5% presentaban clínica de insuficiencia cardíaca, el 27,7% antecedentes familiares de muerte súbita (AFMS). Se observaron ECG patológicos en el 53% y el 24% presentó arritmias ventriculares en Holter. En el 47,3% la función ventricular estaba deprimida y en el 41% se objetivó realce tardío en cardioRMN. El 51,8% presentó mutación del gen MYBPC3, 28,6% del gen MYH7, 3,6% TNNT2, 3,6% LMNA, 6,3% PKP2. En el 23,7% se observó mutación poligénica. Al relacionar clínica y genética observamos que mutaciones en MYBPC3 se asocian más frecuentemente a ECG patológico ($p = 0,03$) y BRI ($p = 0,034$), y un mayor porcentaje de AFMS ($p = 0,007$).

Conclusiones: 1. En nuestra muestra la mayoría de las mutaciones corresponden al gen MYBPC3. 2. Las mutaciones del gen MYBPC3 se asociaron a más alteraciones ECG y mayor porcentaje de AFMS.

88/135. REHABILITACIÓN CARDÍACA: OBJETIVO A CONSEGUIR

M. Fernández García, R. del Pozo Contreras, E. Otero Chulián, P. Fernández García, P. Sánchez Millán, M. Herruzo Rojas, E. Chueca González y R. Vázquez García

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Introducción y objetivos: La rehabilitación cardíaca basada en el ejercicio físico continúa siendo una herramienta poco usada como prevención secundaria en pacientes postinfarto de miocardio. El objetivo de nuestro estudio ha sido revisar las causas de la no remisión al programa.

Material y métodos: Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo. Se incluyeron un total de 1429 pacientes diagnosticados de cardiopatía isquémica durante un periodo de dos años, valorándose la tasa de mortalidad y la proporción de pacientes remitidos o no al programa así como las causas de no derivación.

Resultados: La tasa de mortalidad fue del 3,91%. Del total de pacientes incluidos, el 77,46% no fueron remitidos a rehabilita-

ción cardíaca siendo la principal causa el criterio facultativo (32%) seguido de la edad (31%). Tan solo un 17,63% fueron remitidos al programa, de los cuales, un 17,46% se excluyeron siendo la principal causa la comorbilidad osteoarticular asociada (27%) seguido de abandono y/o negación (18%).

Conclusiones: Los resultados reflejan que a pesar del efecto beneficioso de la rehabilitación cardíaca basada en el ejercicio físico, una escasa proporción de pacientes son remitidos a dicho programa.

88/136. INFLUENCIA DE LA FIBRILACIÓN VENTRICULAR TEMPRANA EN EL PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST

K. Medina Rodríguez, P. Bastos Amador, M. Butrón Calderón, M. Pérez Rodríguez, M. Valle Caballero, A. Recio Mayoral y J. Cruz Fernández

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción y objetivos: La influencia de la fibrilación ventricular (FV) precoz en el pronóstico del síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST) aún no está clara. Se estudia dicha influencia y sus características en la ocurrencia de esta arritmia en el periodo previo al ingreso en una unidad de cuidados intensivos (preUCI).

Material y métodos: Se analizaron los datos del registro ARIAM, que se realiza en 40 hospitales de Andalucía desde el 2001 hasta enero de 2012. Es un estudio de cohortes prospectivo observacional que incluye a pacientes ingresados con el diagnóstico de SCA.

Resultados: De una población total de 25.633 pacientes con SCACEST, se obtuvieron 595 casos de FV (2,3%). Hubo un total de 12,3% de muertes en UCI y 13,3% durante la estancia hospitalaria vs 5,6 y 6,4% respectivamente (p 0,000). Entre los antecedentes, en el grupo de FV se encontró menos diabetes mellitus (19,8 vs 28,9%), angina (9,7 vs 18,3%), IAM (8,6 vs 13,3%), arritmias (1,7 vs 4,2%), y en cuanto a otros eventos se encontró mayor incidencia de TV (19,2 vs 7,2%) y BAV o asistolia (20,5 vs 7,8%). Además se evidenció un grado de Killip de 2 o más en 43,4 vs 20,6% y un Killip máximo de 4 en 22,9 vs 6,3%. Se realizó fibrinólisis en un 61,8 vs 57,6% de ellos y ACTP primaria o de rescate en un 51,9 vs 16,7%. En el análisis multivariado la FV mantuvo un valor predictivo de mortalidad (OR 2,9 [IC 2,3-3,6]).

Conclusiones: En nuestra serie, la ocurrencia de FV temprana durante el periodo preUCI, está asociada a una mayor mortalidad.

88/139. PREDICTORES DE MEJORÍA DE LA INSUFICIENCIA AÓRTICA EN SEGUIMIENTO A TÉRMINO MEDIO TRAS LA IMPLANTACIÓN DE VÁLVULA AÓRTICA PERCUTÁNEA

T. Seoane García, F. Carrasco Ávalos, M. Martín Hidalgo, M. Ruiz Ortiz, M. Delgado Ortega, D. Mesa Rubio, F. Mazuelos Bellido, J. Suárez de Lezo Herreros de Tejada, M. Romero y M. Pan Álvarez-Ossorio

Hospital Reina Sofía. Córdoba.

Introducción y objetivos: La finalidad de este estudio fue determinar los predictores de mejoría de la Insuficiencia Aórtica residual (IA) tras un año de seguimiento post-implante percutáneo de válvula aórtica (IPVA) evaluados mediante ecocardiografía.

Material y métodos: De 154 pacientes con estenosis aórtica severa tratada mediante IPVA (Medtronic), hemos seleccionado 85 pacientes que han completado el seguimiento anual. El grado de IAo (I a IV) fue valorado por ecocardiografía transtorácica al alta y un año después.

Resultados: La edad media fue 77 ± 6 años. Al alta la IAo estaba ausente en 23 pacientes (27%) grado I/IV en 37 (43%), II/IV en 20 (24%) y III/IV en 5 (6%). Tras un año de seguimiento, la IAo estaba ausente en 29 pacientes (34%), I/IV en 35 (41%), II/IV en 18 (21%) II/IV en 3 (4%) y había mejorado al menos un grado en 20 pacientes (24%). Los pacientes con mejoría de la IAo presentaban basalmente un septo interventricular más fino (13 ± 2 mm vs 15 ± 3 mm, $p = 0,004$). No se ha encontrado otra característica clínica o anatómica asociada a esta evolución. La curva ROC muestra una buena discriminación en la mejoría de la IA según el grosor del septo interauricular (área bajo la curva 0,74, $p = 0,002$). Un punto de corte de 14 mm muestra una sensibilidad del 68% y una especificidad del 74% para este objetivo.

Conclusiones: El 24% de los pacientes experimentaron mejoría en la IAo de al menos un grado en el control anual tras IPVA, estando en relación con el grosor del septo interventricular.

88/143. MANEJO DE LA ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA ASINTOMÁTICA

F. Florián Sanz, A. Manovel Sánchez, A. Martínez Pérez, J. Antón Lillo, J. Motero Carrasco y J. Díaz Fernández

Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Introducción y objetivos: El manejo de los pacientes con estenosis aórtica severa asintomática (EASA) ofrece dudas y hay que valorar cuidadosamente hasta cuándo se puede mantener una actitud expectante. Evaluamos el manejo ambulatorio de pacientes con EASA en nuestro medio aplicando las últimas recomendaciones de práctica clínica de la ESC.

Material y métodos: Se valoraron 13 pacientes de forma consecutiva que en el momento del diagnóstico ecocardiográfico de estenosis aórtica severa se hallaban asintomáticos. El seguimiento se realizó a intervalos de 6 meses finalizando el mismo ante la aparición de eventos significativos (muerte de origen cardiovascular o indicación de cirugía de recambio valvular aórtico) o a la conclusión del estudio en febrero de 2013. Se evaluaron entre otros la aparición de síntomas, realizándose ergometría en casos de clínica dudosa, parámetros ecocardiográficos y niveles de NT-proBNP.

Resultados: La edad media fue 69 años (rango 52-78), 69% mujeres, seguimiento promedio 16 ± 10 meses. Dos pacientes presentaban válvula aórtica bicúspide y uno enfermedad coronaria conocida. A cinco pacientes (38%) se les realizó ergometría. No se produjo ninguna muerte de causa cardiovascular. Tres pacientes (23%) fueron remitidos para recambio valvular, dos por aparición de clínica y/o hallazgos ecocardiográficos y uno tras ergometría patológica.

Conclusiones: En nuestra experiencia, la EASA puede manejarse de forma adecuada mediante un seguimiento estrecho de los pacientes. Los parámetros ecocardiográficos y la ergometría pueden identificar a los pacientes de mayor riesgo a la hora de determinar el momento de la cirugía.

88/146. IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA GRUPAL EN EL CONTROL LIPÍDICO DE CARDIÓPATAS TRAS EL ALTA HOSPITALARIA: ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO

G. Navarro Luque¹, S. Linares Ortiz¹, R. Martínez Zafra¹, I. Torrecillas Limonchi¹, J. Alcántara Reyes², F. Molina Ruiz¹, N. Herrera Gutiérrez¹, L. Trapiello González¹ y J. Ariza Cañete¹

¹Hospital Infanta Margarita. Cabra. ²Distrito Sanitario Córdoba Sur.

Introducción y objetivos: Diversos grupos señalan el interés de implementar medidas educativas dirigidas a enfatizar la importancia

del control de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y de una adecuada adherencia al tratamiento en cardiopatas. Evaluar el impacto de una intervención educativa grupal impartida por enfermería en el control lipídico de pacientes hospitalizados por cardiopatía.

Material y métodos: Pacientes consecutivos dados de alta en cardiología que dieron consentimiento informado, fueron aleatorizados a recibir o no una intervención educativa (incluyendo recomendaciones de la ESC sobre ejercicio físico y control de FRCV subrayando la importancia de una adecuada adherencia al tratamiento) a grupos de 5-10 pacientes un mes tras el alta. Los niveles de LDL-colesterol (LDL-c), HDL-colesterol (HDL-c) y triglicéridos (TG) fueron determinados al alta y a los 6-9 meses de seguimiento.

Resultados: Grupo intervención (GI): 68 pacientes; grupo control (GC): 73 pacientes. Obteniendo determinaciones de lípidos en 50 y 53 pacientes respectivamente. Los niveles iniciales de LDL-c, HDL-c y TG fueron $109,19 \pm 31,57$ mg/dl, $47,87 \pm 15,61$ mg/dl y $143,85 \pm 107,16$ mg/dl en el GI y $98,41 \pm 32,23$ mg/dl, $45,07 \pm 14,69$ mg/dl y $143,79 \pm 75,02$ mg/dl en el GC respectivamente. No se observaron diferencias significativas en el control de los niveles de lípidos entre los grupos en el seguimiento: LDL-c $103,72 \pm 32,43$ mg/dl en GI vs $100,58 \pm 35,65$ en GC ($p = 0,99$); HDL-c $52,71 \pm 11,47$ en GI vs $51,32 \pm 13,79$ mg/dl en GC ($p = 0,98$); TG $129,70 \pm 68,78$ mg/dl en GI vs $128,93 \pm 68,51$ en GC ($p = 0,95$).

Conclusiones: Nuestro estudio no permite concluir que exista una mejora significativa en el control lipídico en el grupo que recibe la intervención educativa.

88/148. IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA GRUPAL EN EL CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN CARDIOPATAS TRAS EL ALTA HOSPITALARIA: ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO

J. Alcántara Reyes¹, F. Mora Hidalgo², M. García Gámez², G. Navarro Luque², M. Leiva Grande², F. Molina Ruiz², J. Ariza Cañete², N. Herrera Gutiérrez², L. Trapiello González² y M. Casanova Martín²

¹Distrito Sanitario Córdoba Sur. ²Hospital Infanta Margarita. Cabra.

Introducción y objetivos: Diversos grupos señalan la relevancia de implementar medidas educativas destinadas a resaltar la importancia del control de factores de riesgo cardiovascular y adherencia al tratamiento en el manejo de pacientes cardiopatas. Evaluar impacto de intervención educativa grupal impartida por enfermería en control de presión arterial (PA) de pacientes hospitalizados por cardiopatía.

Material y métodos: Pacientes consecutivos dados de alta en cardiología, dieron consentimiento informado, fueron aleatorizados para recibir o no intervención educativa (incluyendo recomendaciones de ESC sobre ejercicio físico y control de factores de riesgo cardiovascular) a grupos de 5-10 pacientes un mes tras alta. Determinamos cifras de PA al alta y 6-9 meses.

Resultados: Grupo intervención (GI): 68 pacientes (hipertensión: 60%). Grupo control (GC): 73 pacientes (hipertensión: 56%), $p = 0,36$. La PA se midió en 48 y 60 pacientes respectivamente. La PA sistólica y diastólica iniciales en GI fueron $118,54 \pm 14,35$ mmHg y $73,56 \pm 9,25$ mmHg, con un aumento significativo al seguimiento (PAS $134,77 \pm 25,88$ mmHg; PAD: $81,64 \pm 13,67$ mmHg; $p < 0,0001$ y $p < 0,01$ respectivamente). En GC la PA sistólica y diastólica iniciales fueron $115,99 \pm 19,99$ y $69,71 \pm 10,85$ mmHg, también con un aumento significativo al seguimiento (PAS: $136,28 \pm 20,03$ mmHg; PAD: $83,0 \pm 12,10$ mmHg, $p < 0,0001$). No observamos diferencias significativas en el control de PA entre grupos al seguimiento (PAS: $p = 0,52$; PAD: $p = 0,34$). Al seguimiento, una PAS > 140 y/o PAD > 90 mmHg se observó en 45,8% de pacientes en el GI y 41,7% de pacientes del GC, $p = 0,405$.

Conclusiones: Nuestro estudio no permite concluir que exista una mejora significativa en el control de las cifras de PA en el grupo que recibió la intervención educativa.

88/149. CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES QUE PRESENTAN NIVELES DE HDL BAJOS A PESAR DE CONSEGUIR LDL OBJETIVO TRAS UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO

S. Isaza Arana¹, M. Fernández Olmo¹, J. Torres LLergo², J. Vallejo Carmona¹, A. López Lozano¹, J. Expósito Tirado¹ y A. Martínez Martínez¹

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

Introducción y objetivos: Conseguir niveles de lipoproteínas de baja densidad (LDL) menores a 70 mg/dl tras un síndrome coronario agudo (SCA) es objetivo claro en nuestra práctica clínica, pero las lipoproteínas de alta densidad (HDL) ¿conseguimos objetivos en todos los casos? ¿alcanzar niveles de HDL > 40 mg/dl es tarea pendiente por los fármacos hipolipemiantes actuales? Objetivo: evaluar los niveles de lipoproteínas de los pacientes que han sufrido un SCA.

Material y métodos: Incluimos 160 pacientes consecutivos que sufrieron un SCA en 2010 y que fueron incluidos en el programa de rehabilitación cardíaca (PRC) de nuestro centro. Tiempo de seguimiento: 28 ± 4 meses.

Resultados: El 38% al inicio del PRC presentaron LDL < 70 mg/dl, en el 61,7% de ellos el HDL fue menor 40 mg/dl y solo 38,8% cuando LDL > 70 mg/dl ($p = 0,005$). El tiempo desde el SCA hasta el inicio del PRC fue 9 ± 5 semanas. Los pacientes con LDL < 70 mg/dl el 50% eran hipertensos, 45% dislipémicos, 23,3% diabéticos, la edad media fue de $53,8 \pm 2$ años y 51,7% cursaron como IAMCEST. 95% tomaron estatinas y 64,4% dosis altas, 1,7% tomaron ácido nicotínico. Al analizar los grupos en función del HDL, no encontramos diferencias significativas en cuanto a los factores de riesgo cardiovascular, en el sexo o en la dosis ni tipo de estatina, la edad media fue menor ($50,7 \pm 1,3$ vs $56,6 \pm 1,4$ años; $p = 0,007$) y los niveles de triglicéridos mayores (146 ± 15 mg/dl vs 95 ± 8 mg/dl; $p = 0,04$) en el grupo de HDL < 40 mg/dl. Los ingresos por causa cardiovascular fueron de 10,8% vs 0% ($p = 0,1$) y las nuevas revascularizaciones 8,1% vs 0% ($p = 0,1$) en los pacientes con HDL < 40 mg/dl vs HDL > 40 mg/dl y LDL < 70 mg/dl.

Conclusiones: Los pacientes jóvenes y con niveles elevados de triglicéridos que sufren un SCA tienden a un peor control del HDL a pesar de conseguir niveles óptimos de LDL, aunque no encontramos diferencias significativas en cuanto al mayor número de eventos en el seguimiento.

88/153. MEJORA DE LA FUNCIÓN SISTÓLICA VENTRICULAR EVALUADA POR ECOCARDIOGRAFÍA BIDIMENSIONAL SPECKLE TRACKING DESPUÉS DE LA IMPLANTACIÓN DE VÁLVULA AÓRTICA TRANSCATÉTER: ANÁLISIS DE PREDICTORES

M. Martín Hidalgo, F. Carrasco Ávalos, T. Seoane García, D. Mesa Rubio, M. Delgado Ortega, M. Ruiz Ortiz, F. Mazuelos Bellido, J. Suárez de Lezo Herreros de Tejada, M. Pan Álvarez-Ossorio y J. Suárez de Lezo Cruz Conde

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción y objetivos: Estudiar mejoría de función ventricular izquierda (LVF) mediante speckle tracking bidimensional (2DSTE) así como factores predictores de la misma tras implante de válvula aórtica percutánea (TAVI).

Material y métodos: Se realizó estudio ecocardiográfico completo (Philips-Ie33) preprocedimiento y al alta desde junio 2009-diciembre 2010 a todos los pacientes tratados consecutivamente con TAVI con prótesis Corevalve y LVF conservada. La LVF mediante ecocardiografía transtorácica (ETT) se valoró por el método Simpson y por 2DSTE de forma global y segmentaria con: strain radial (DEFR), circunferencial (DEFC) y strain longitudinal (DEFL).

Resultados: 24 pacientes (edad 78 ± 4 años, 50% varones). La fracción de eyección no cambió después de TAVI ($67 \pm 9\%$ vs $64 \pm 16\%$, $p = 0,2$). Todas las deformaciones mejoraron significativamente: el DEFR ($21,4 \pm 9\%$ frente a $11,5 \pm 7,6\%$, $p = 0,000$), el DEFC ($-20,7 \pm 8\%$ frente a $-15,2 \pm 7\%$, $p = 0,02$) y DEFL ($-14,8 \pm 6,2\%$ vs $-12 \pm 6\%$, $p = 0,02$). La mejora en la DEFC se asoció con: DEFC basal peor ($r = -0,51$, $p = 0,04$) y mayor tamaño de aurícula izquierda ($r = -0,66$, $p = 0,006$). La mejora en DEFL se asoció con peor DEFL basal ($r = -0,42$, $p = 0,046$), mayor aurícula izquierda ($r = -0,44$, $p = 0,035$) mayor diámetro sistólico izquierdo ($r = -0,47$; $p = 0,027$) y peor fracción de eyección basal ($r = 0,49$, $p = 0,018$). Los cambios en DEFR no se asociaron con ninguna de las variables clínicas o ecocardiográficas analizadas.

Conclusiones: La mejora de la FVI evaluada por 2DSTE después de TAVI se asoció, en general, con una función ventricular izquierda basal peor, mayor diámetro sistólico, tamaños más grandes de aurícula izquierda y peores valores basales de deformaciones.

88/154. PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST EN NUESTRA ÁREA HOSPITALARIA

R. Guerola Segura, M. Mera Romero, M. González Correa, F. Molano Casimiro, I. Estrada Parra, M. Romero Reyes, S. Rufián Andújar y L. Pastor Torres

Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla.

Introducción y objetivos: Conocer la prevalencia de los factores riesgo cardiovascular (FRCV) nos ayuda a estratificar el riesgo global de nuestra población y a dirigir esfuerzos para promover el tratamiento y la prevención de aquellos factores modificables. Nuestro objetivo es analizar la prevalencia de los FRCV en los pacientes que ingresan en nuestro hospital por SCACEST.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo incluyendo a todos los pacientes ingresados en nuestro hospital por SCACEST sometidos a terapia de reperfusión precoz (fibrinólisis o angioplastia primaria) durante 2011 y 2012 ($n = 208$). Registramos sexo, edad y antecedentes de hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), dislipemia, insuficiencia renal crónica (IRC), cardiopatía isquémica (CI) y tabaquismo (fumador activo y exfumador reciente).

Resultados: El 76,9% eran hombres con una media de edad de $63,4 \pm 13,7$ años. El 54,3% padecía HTA, el 57,2% dislipemia, el 39,4% DM, el 4,8% IRC y el 14,9% CI previa. El tabaquismo, con un 60,1%, fue el FRCV más prevalente, destacando que en el 14,4% del total de la muestra ser fumador fue el único factor de riesgo identificado. Globalmente observamos que el 40,4% mostraba 3 o más FRCV, y el 17,8% padecía 4 o más FRCV.

Conclusiones: Los pacientes con SCACEST presentan una elevada carga de FRCV, por lo que es necesario incidir en su control para mejorar el pronóstico. El tabaquismo se muestra como el factor más prevalente, con un alto porcentaje de pacientes en los que éste es el único factor de riesgo identificado.

88/155. IMPACTO DE UN NUEVO PROGRAMA DE REPERFUSIÓN PRECOZ PARA PACIENTES CON SCACEST SOBRE LA TASA DE ANGIOPLASTIA PRIMARIA EN NUESTRA REGIÓN

M. Mera Romero, R. Guerola Segura, M. González Correa, F. Molano Casimiro, M. Romero Reyes, C. Navarro Valverde, N. Cobo Gómez y L. Pastor Torres

Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla.

Introducción y objetivos: La angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP) primaria ha demostrado ser la mejor terapia en el síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST). Aunque la media andaluza se sitúa en 280 primarias por millón de habitantes, actualmente el acceso a esta terapia es muy variable en función del área geográfica. Desde 2010 disponemos en nuestro centro hospitalario de un nuevo programa de reperfusión precoz con ACTP primaria disponible 24 horas al día. El objetivo de este estudio es conocer cómo ha influido el programa sobre la tasa de ACTP primaria en nuestro centro.

Material y métodos: Para este estudio observacional descriptivo incluimos a todos los pacientes con diagnóstico de SCACEST sometidos a terapia de reperfusión precoz ($< 12h$), fibrinólisis o ACTP primaria, durante los años 2009 ($n = 98$) y 2011 ($n = 110$).

Resultados: Tras el implante del nuevo programa, la tasa de ACTP primaria aumentó desde un 56,1% en 2009 (43 fibrinólisis frente a 55 ACTP) hasta un 91,8% en 2011 (9 fibrinólisis frente a 101 ACTP). Siendo nuestro censo poblacional de 362.237 habitantes al inicio de 2011, ello supone un promedio de 278,8 angioplastias por millón de habitante. No observamos diferencias significativas en factores como sexo, edad, localización del infarto o arteria responsable.

Conclusiones: Con el implante del nuevo programa de reperfusión precoz la tasa de ACTP primaria como terapia de elección en los pacientes con SCACEST aumentó significativamente de un 56,1% a un 91,8%, igualando el número de procedimientos por millón de habitantes de nuestro centro a la media andaluza.

88/156. NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES EN FIBRILACIÓN AURICULAR VALVULAR

H. Orellana Figueroa, M. López Garrido, V. Becerra Muñoz, F. Cabrera Bueno, J. Gómez Doblas, A. Montiel Trujillo, J. Robledo Carmona, J. García Pinilla, E. Rueda Calle y E. de Teresa Galván

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción y objetivos: El uso de los nuevos anticoagulantes orales (NACO) en fibrilación auricular (FA) están avalados por las guías de sociedades científicas, aunque quedan excluidos pacientes con enfermedad valvular o protésica. Sin embargo, existe un grupo de pacientes con lesiones valvulares o portadores de material protésico biológico, que podrían beneficiarse de los NACO.

Material y métodos: Analizamos las características clínicas y eventos en el seguimiento de los pacientes con FA y enfermedad valvular significativas o portadores prótesis biológica, en los que se instauró tratamiento con NACO por mal control del INR o rechazo a la anticoagulación con acenocumarol/warfarina.

Resultados: Se registró inicio de tratamiento con NACO en 144 pacientes (78 años, 61% mujeres) con fibrilación auricular y enfermedad valvular mitral y/o aórtica significativa (92%) o portadores de prótesis biológica (7%). Los pacientes presentaban CHADS ≥ 1 en el 95%, CHADS_{Vasc} ≥ 2 en el 94% y un HASBLED ≥ 1 el 92% (79% entre 2 y 3), no recibiendo tratamiento anticoagulante previo el 53,4% de los pacientes. El 77% se trató con diferentes dosis de dabigatrán y el 23% restante con 15/20 mg de rivaroxabán. Tras un seguimiento medio de 9 meses, superior al

año en el 27%, se registraron dos eventos: un ictus isquémico (paciente sin anticoagular previamente) y un episodio de sangrado digestivo (paciente con mal control de INR).

Conclusiones: El uso de los nuevos anticoagulantes orales en pacientes con FA y enfermedad valvular significativa o portadores de prótesis biológica, parece una alternativa tan segura/eficaz como la anticoagulación oral convencional.

88/157. INFLUENCIA DE LA OBESIDAD EN LA MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO

A. Espínola Pardo¹, B. Muñoz Calero¹, F. Francisco Aparicio¹, M. Iglesias Blanco¹, B. Jáuregui Garrido², R. Hidalgo Urbano¹ y J. Cruz Fernández¹

¹Hospital Virgen Macarena. Sevilla. ²Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivos: La obesidad es ampliamente reconocida como un factor de riesgo de enfermedad coronaria, pero en varios estudios se ha sugerido mejor pronóstico de estos pacientes en el síndrome coronario agudo (SCA).

Material y métodos: Se evaluaron los datos incluidos en el registro ARIAM-Andalucía (40 hospitales), entre 2001 y enero de 2012. En total, se analizó la influencia de la obesidad como variable dicotómica en 42.827 pacientes ingresados por SCA. En 12.158 de ellos se pudo analizar además el índice de masa corporal (IMC).

Resultados: De los pacientes analizados, 4.734 (11,1%) presentaban obesidad. Estos pacientes tuvieron menor mortalidad, tanto en UCI (3,9 vs 4,9%, $p = 0,003$) como intrahospitalaria (4,9 vs 5,9%, $p = 0,021$). Entre los obesos, se encontró mayor proporción de SCA sin elevación de ST, sexo femenino, diabetes, dislipemia, HTA, historia familiar de enfermedad coronaria, IAM previo, lesiones coronarias previas, insuficiencia cardíaca, EPOC e insuficiencia renal. Se apreciaron diferencias de edad significativas en obesos/no obesos, 62,34 y 64,73 años, respectivamente (diferencia 2,39 años, intervalo de confianza al 95% 2,02-2,78, $p = 0,005$). No hubo diferencias en la estancia media hospitalaria. El IMC fue ligeramente menor en los pacientes que fallecieron (27,59 vs 27,95). En el análisis por intervalos, la mortalidad fue mayor con IMC bajos. En el análisis multivariado la obesidad fue una variable protectora independiente de mortalidad hospitalaria (odds ratio 0,819, 0,710-0,944, $p = 0,006$).

Conclusiones: El análisis de los datos del registro ARIAM confirma la existencia de un efecto protector paradójico de la obesidad en el pronóstico hospitalario del SCA.

88/158. ¿ES ÚTIL DABIGATRÁN PARA REDUCIR LA DEMORA DE LAS CARDIOVERSIONES ELÉCTRICAS PROGRAMADAS?

R. Bravo Marqués¹, A. Pérez Cabeza², L. Moreno Elías³, A. Esteban Luque², V. Márquez Sánchez⁴, P. Chinchurreta Capote¹, L. Fernández López¹ y F. Ruiz Mateas¹

¹Hospital Costa del Sol. Málaga. ²Hospital Alta Resolución Benalmádena. Málaga. ³Centro de Salud Arroyo de la Miel. Benalmádena. ⁴Centro de Salud Nerja. Málaga.

Introducción y objetivos: Dabigatrán (D) ha demostrado no ser inferior a los antagonistas de la vitamina K (AVK) en la prevención de ictus y embolias sistémicas en pacientes sometidos a cardioversión eléctrica (CVE). Es presumible que al no precisar controles de anticoagulación reduzca el tiempo previo a su realización.

Material y métodos: Hemos analizado el tiempo de espera y la demora (plazo mayor de 6 semanas) de todas las CVE programa-

das practicadas en nuestro centro, así como su relación con el tratamiento anticoagulante pautado.

Resultados: Desde febrero de 2009 a febrero de 2013 se han llevado a cabo 91 CVE, de las cuales 9, a partir de 2012, se realizaron con dabigatrán. El 64,9% son varones y la edad media es de 67 ± 11 años. El tiempo de espera medio con AVK fue de 5,2 semanas frente a 5,1 con D ($p = 0,921$). La demora fue superior con AVK que D (28,6% frente a 11,1%, $p = 0,261$). Las cifras apenas se modificaron al incluir solo a los pacientes con AVK naïve (26,2% frente a 11,1%, $p = 0,33$). La demora se redujo significativamente en 2012 frente a años previos (6,9% frente al 35%, $p = 0,005$), incluso tras ajustar por el tratamiento anticoagulante (OR 0,18, IC95% 0,04-0,83; $p = 0,028$).

Conclusiones: El empleo de D previo a la CVE tiende a reducir el tiempo de espera. En nuestro estudio no se alcanza la significación estadística, probablemente debido al limitado número de pacientes con D.

88/159. ACCIDENTE CEREBROVASCULAR (ACV) CONCOMITANTE EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN ST (SCACEST)

R. Bravo Marqués, P. Chinchurreta Capote, L. Fernández López, T. Gil Jiménez, C. Corona Barrios, J. Siles Rubio, F. Torres Calvo y F. Ruiz Mateas

Hospital Costa del Sol. Málaga.

Introducción y objetivos: El ictus es una complicación infrecuente en nuestro medio pero muy importante en pacientes que sufren SCACEST (0,95% en 2010, 0,85% en 2011 y 2,07% en 2012), asociándose a una elevada morbimortalidad.

Material y métodos: Análisis descriptivo de pacientes con SCACEST que presentan durante su ingreso un ACV.

Resultados: Se incluyeron a 9 pacientes. El 66,7% eran varones con edad media de 68 años. El 67% presentaba ≥ 3 FRCV, un 11% cardiopatía isquémica e ictus previo. En un 80% se consideró el SCACEST como diagnóstico principal, realizándose fibrinólisis en un 44%. El 44% de los SCACEST fueron anteriores o inferoposteriores siendo la FEVI del $50 \pm 11\%$. El tratamiento con doble antiagregación se inició en el 66% de los casos. La conversión hemorrágica solo tuvo lugar en un paciente, no siendo atribuible a la doble antiagregación ni a la realización de coronariografía; la tasa de exitus durante el ingreso fue de un 44%. Los pacientes que sobrevivieron fueron tratados con doble antiagregación en el 60%, solo con AAS en el 20% y con clopidogrel en el resto. La triple terapia no se utilizó en ningún caso. A los 12 meses de seguimiento el 75% de los supervivientes se encontraban estables cardiovascularmente, sin angina y mínimas secuelas neurológicas.

Conclusiones: A pesar de su baja incidencia, alta tasa de mortalidad y complicaciones, hace que sea necesario realizar una estrategia individualizada y multidisciplinar en estos casos, orientando el tratamiento hacia la patología con mayor riesgo vital.

88/163. ASOCIACIÓN DE NIVELES DE TROPONINA T ULTRASENSIBLE Y LESIONES CORONARIAS EPICÁRDICAS SIGNIFICATIVAS EN PACIENTES CON IAMSEST

J. Macancela Quiñónez, J. Bonaque González, M. Martínez Alonso, G. Merchán Ortega, A. Sánchez Espino, N. Bolívar Herrera, R. Lázaro García y M. Gómez Recio

Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería.

Introducción y objetivos: La determinación de troponina T ultrasensible (TnTUs) ha mejorado la sensibilidad para el diagnóstico IAMSEST. Sin embargo, se ha observado un incremento

en el número de pacientes con elevación de troponinas y ausencia de lesiones significativas en las arterias coronarias epicárdicas. Se evaluó las características basales de estos pacientes y las cifras de TnTUs en función de la presencia de lesiones significativas.

Material y métodos: Se recogió durante 3 meses consecutivamente a 43 pacientes ingresados con diagnóstico de IAMSEST a los que se realizó coronariografía. Se establecieron dos subgrupos de pacientes en función de la presencia de lesiones coronarias significativas, comparando las características basales y las cifras de TnTUs.

Resultados: Un 65% de los pacientes estudiados presentó lesiones coronarias significativas. No se observaron diferencias significativas entre ambos subgrupos en función de HTA ($p = 0,073$); sexo ($p = 0,964$); DM ($p = 0,338$); edad ($p = 0,941$) o función renal [fórmula MDRD] ($p = 0,871$). Sin embargo, los pacientes con lesiones significativas mostraron cifras superiores de TnTUs tanto a nivel basal (107 [28-440] pg/mL vs 42 [22-61] pg/mL, $p = 0,032$), pico máximo (421 [150-1512] pg/mL vs 110 [36-204] pg/mL, $p = 0,002$), como con el cambio absoluto (306 [89-730] pg/mL vs 64 [12-145] pg/mL, $p = 0,001$). No se observaron diferencias significativas en el cambio relativo de TnTUs entre ambas subpoblaciones ($p = 0,192$).

Conclusiones: La presencia de lesiones coronarias epicárdicas significativas en pacientes con IAMSEST parece asociarse a unas mayores cifras de TnTUs tanto basales como de pico máximo, no así el cambio relativo de TnTUs ni características basales, como edad sexo función renal.

88/164. COMPLICACIONES TRAS CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA EN PACIENTES TRATADOS CON ACENOCUMAROL FRENTE A DABIGATRÁN

P. Losada Mora, A. Ruiz Salas, C. Medina, J. Fernández Pastor, J. Peña Hernández, A. Barrera Cordero, J. Alzueta Rodríguez, M. Jiménez Navarro y E. de Teresa Galván

Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción y objetivos: El estudio de nuevos anticoagulantes en la fibrilación auricular (FA) es un tema en auge actualmente. Dabigatrán está aceptado para la prevención cardioembólica en FA no valvular. Su uso en cardioversión eléctrica (CE) se analizó en un subestudio del ensayo RELY, siendo tan seguro como la warfanina, por lo que está aceptado para éste procedimiento. Al no necesitar controles seriados y permitir un nivel de anticoagulación estable, hace que la CE sea, en ocasiones, más precoz que en pacientes tratados con anticoagulantes clásicos. Comparamos la tasa de complicaciones cardioembólicas, tales como ictus y/o embolia periférica, a los 30 días tras CE programada, en pacientes tratados con dabigatrán frente acenocumarol.

Material y métodos: Se analizaron dos grupos sometidos a CE programada, en función de la toma de acenocumarol vs dabigatrán según las indicaciones actuales. Tras un mes de anticoagulación previa y/o INR mantenidos en rango terapéutico (2-3), se registraron los episodios de ictus y/o embolia periférica a los 30 días en cada grupo de pacientes.

Resultados: Se incluyeron a un total de 198p. La edad media fue de $64,82 \pm 10,72$ años, predominantemente varones, 73,7% (146p) vs 6,3% (52p). Del total de la población, un 22,2% (44p) se trató con dabigatrán al mes previo y 77,8% (154p) con acenocumarol. Tanto en el grupo tratado con dabigatrán como en el tratado con acenocumarol no se encontraron eventos cardioembólicos al mes del procedimiento.

Conclusiones: El uso de dabigatrán previo a la CE es igual de seguro en la prevención de ictus y/o embolia periférica precoz (30 días) que los anticoagulantes clásicos.

88/165. CORRELACIÓN DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y SIGNOS ATROSCLERÓTICOS POR ANGIO-TAC CORONARIO

M. Romero Reyes, J. Masero Carretero, M. Mera Romero, I. Lara de la Fuente, F. Molano Casimiro, J. Quintana Figueroa, F. Romero Ruiz y L. Pastor Torres

Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla.

Introducción y objetivos: Analizar la prevalencia de los principales factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en pacientes sin enfermedad coronaria obstructiva demostrada por angio-TC coronario y evaluar las diferencias en pacientes con coronarias sanas y aquellos con aterosclerosis no significativa (calcificación importante o estenosis menor del 50%).

Material y métodos: Análisis de 138 pacientes sometidos a angio-TC coronario mediante método step and shoot. Presentaban coronarias normales 87 pacientes y estenosis no significativas 51. En cada grupo se analizó sexo, edad, prevalencia de tabaquismo, HTA, dislipemia y diabetes.

Resultados: En el grupo con coronarias normales la edad media fue de 52 ± 14 años (55,2% mujeres). La edad media de los pacientes con lesiones no significativas fue de 61 ± 9 años (41,2% mujeres). La prevalencia de HTA fue de 48,3% y 68,6% en el primer y segundo grupo respectivamente ($p = 0,022$). La prevalencia de dislipemia fue 35,6% en pacientes con coronarias normales y 58,8% en pacientes con aterosclerosis no significativa ($p = 0,013$). No hubo diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de tabaquismo y diabetes, probablemente por la baja prevalencia de estos FRCV en ambos grupos, al ser pacientes muy seleccionados.

Conclusiones: En la población estudiada se observó que la prevalencia de HTA y dislipemia fue significativamente mayor en el subgrupo con aterosclerosis no significativa frente al de coronarias sanas. Observamos que la presencia de dichos FRCV aumenta la probabilidad de enfermedad coronaria que aunque no significativa, no exime de un correcto tratamiento preventivo.

88/166. ANGIO-TAC CORONARIO SIN LESIONES SIGNIFICATIVAS: RESULTADOS A LARGO PLAZO

M. Romero Reyes, C. Navarro Valverde, J. Masero Carretero, C. Arias, F. Molano Casimiro, J. Quintana Figueroa, F. Romero Ruiz y L. Pastor Torres

Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla.

Introducción y objetivos: El alto VPN del TC coronario permite descartar con gran fiabilidad la existencia de enfermedad coronaria. El objetivo de este estudio es determinar las diferencias existentes entre pacientes con coronarias completamente normales y aquellos con lesiones no significativas y evaluar los resultados a largo plazo en nuestro medio.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de 138 sujetos sometidos a angio-TC en 2010; con lesiones no significativas en dicha prueba (estenosis $< 50\%$); asignándolos a uno de los siguientes grupos: a) coronarias normales (CN), b) coronarias con lesiones no significativas (LNS). Se utilizó el método step and shoot.

Resultados: Presentaban CN 87 pacientes y LNS 51 pacientes. Tiempo medio de seguimiento 31 ± 6 meses. No hubo muertes ni IAM durante el seguimiento. Se realizó coronariografía en el 5,7% del grupo CN, precisando revascularización el 1,1%. Del grupo de LNS se realizó coronariografía en el 25,5%, requiriendo revascularización el 4%. La probabilidad de ser sometido a coronariografía tras angio-TC fue un 5,6% mayor en el grupo LNS respecto al de CN ($p = 0,001$), sin embargo no hubo diferencias significativas en cuanto a la necesidad de revascularización entre ambos grupos.

Conclusiones: Los pacientes sin lesiones coronarias significativas en el angio-TC coronario no presentan eventos cardiovasculares mayores a largo plazo. La probabilidad de que en el seguimiento se realice coronariografía invasiva tras un angio-TC es mayor en paciente con lesiones coronarias no significativas que en aquellos con arterias coronarias completamente normales, sin que esto se traduzca en una mayor necesidad de revascularización.

88/167. NECESIDAD DE TRATAMIENTO MÉDICO EN PACIENTES CON LESIONES NO SIGNIFICATIVAS EN ANGIO-TC CORONARIO

M. Romero Reyes, J. Masero Carretero, I. Estrada Parra, R. Guerola Segura, F. Molano Casimiro, J. Quintana Figueroa, F. Romero Ruiz y L. Pastor Torres

Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla.

Introducción y objetivos: Es conocido el elevado VPN del angio-TC coronario, sin embargo no está establecida la actitud a seguir en aquellos pacientes en los que el TC muestra lesiones coronarias no significativas. El objetivo de este estudio es analizar si el tratamiento con antiagregantes y/o estatinas aporta beneficios en estos pacientes.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de los sujetos sometidos a angio-TC coronario de 64 detectores entre octubre de 2009 y diciembre de 2010. Fueron incluidos 138 pacientes que presentaban estenosis coronaria inferior al 50%, asignándolos posteriormente a uno de los siguientes grupos: a) pacientes tratados con antiagregantes y/o estatinas, b) pacientes no tratados con ninguno de estos fármacos. Se analizó si existían diferencias en morbi-mortalidad y en la necesidad de coronariografía posterior a la realización del TC.

Resultados: Se incluyeron a 51 pacientes, de los cuales 41 recibieron tratamiento con antiagregantes y/o estatinas y 10 no recibieron tratamiento. Tiempo medio de seguimiento 31 ± 6 meses. No hubo ningún exitus durante el seguimiento. Se realizó coronariografía a 2 pacientes del grupo de los no tratados, no precisando revascularización en ningún caso; y en 11 pacientes de los que habían recibido tratamiento, precisando revascularización 2 de ellos (4,9%), sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones: No podemos concluir que en nuestro medio, el tratamiento con antiagregantes y/o estatinas en pacientes con estenosis coronaria menor del 50% demostrada por angio-TC, disminuya la necesidad posterior de revascularización, aunque con una muestra mayor podrían obtenerse resultados favorables.

88/168. TASA DE RECURRENCIA EN PACIENTES SOMETIDOS A CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA PROGRAMADA EN FUNCIÓN DEL TIEMPO PREVIO EN FIBRILACIÓN AURICULAR

A. Ruiz Salas, P. Losada Mora, C. Media, J. Fernández Pastor, J. Peña Hernández, A. Barrera Cordero, J. Alzueta Rodríguez, M. Jiménez Navarro y E. de Teresa Galván

Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción y objetivos: La experiencia clínica y el resultado de multitud de estudios demuestran que la cardioversión eléctrica (CE) es más eficaz que la química. Es una técnica segura y raramente precisa vigilancia hospitalaria prolongada. Nuestro estudio determina la tasa de recurrencias en pacientes (p) con fibrilación auricular (FA) sometidos a CE exitosa en función del tiempo de evolución de la arritmia cardíaca.

Material y métodos: Se incluyeron un total de 198p sometidos a CE programa exitosa. Se agruparon en función del tiempo de evolución de la FA en: < 3 meses, entre 3-6 meses, 6-12 meses y > 12 meses. El seguimiento se realizó en consulta al primer mes y posteriormente cada 6 meses tras el procedimiento, registrándose el número de recidivas FA.

Resultados: Seguimiento medio de 18 ± 7 meses. La edad media fue de $64,82 \pm 10,7$ años, siendo 146p (73,7%) varones y 52p (6,3%) mujeres. Del total, el 43,4% (86p) tenían un tiempo de evolución de la arritmia < 3 meses; un 26,3% (52p) entre 3-6 meses; un 21,2% (42p) entre 6-12 meses y un 9,1% (18p) superior a un año. El 51,5% (102p) del total mantuvieron un ritmo sinusal. El porcentaje de recaída en el grupo de < 3 meses fue del 39,5% (34p), del 57,7% (30p) en el grupo de 3-6 meses, del 59,5% (25p) en el grupo de 6-12 meses y del 72,2% (13p) en el grupo que llevaban más de un año antes de la cardioversión, siendo éstos resultados estadísticamente significativos ($p < 0,05$).

Conclusiones: El éxito a largo plazo de la cardioversión eléctrica depende del tiempo de evolución de la FA, considerándose poco efectiva en aquellos pacientes con tiempo de evolución superior a un año.

88/170. LA PARADOJA DEL FUMADOR: EFECTO DEL TABAQUISMO EN LA EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL ST (SCASEST). RESULTADOS DEL REGISTRO ARIAM

M. Butrón Calderón¹, P. Bastor Amador¹, K. Medina Rodríguez¹, R. Hidalgo Urbano¹, M. Almendro Delia¹, J. Cruz Fernández¹, A. Reina Toral² y J. García Rubira¹

¹Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

²Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción y objetivos: Algunos estudios muestran que los fumadores tienen una menor mortalidad luego de un síndrome coronario agudo (SCA). Se estudia las características de pacientes con SCA sin elevación del ST (SCASEST) en Unidades de Cuidados Intensivos en relación a su hábito tabáquico y la influencia del mismo en su pronóstico.

Material y métodos: Se analizaron los datos del registro ARIAM, un estudio observacional, de tipo cohortes, prospectivo, que incluye pacientes con diagnóstico de SCA, realizado en 40 hospitales de Andalucía desde el 2001 hasta enero de 2012.

Resultados: De una población total de 16.851 pacientes con SCASEST, 4.268 (25,32%) eran fumadores, 4.136 (24,54%) exfumadores y 8.447 (50,12%) no fumadores. Los fumadores en comparación con exfumadores y no fumadores eran más jóvenes, menos mujeres, menos diabéticos, dislipémicos e hipertensos, tenían menos antecedentes de angina, IAM, insuficiencia cardíaca, ictus previo, arritmias, enfermedad arterial periférica e insuficiencia renal; presentaron menor frecuencia de KILLIP mayor de 2 y shock cardiogénico, menor incidencia de TV, BAV o asistolia; menor mortalidad en Cuidados Intensivos (2,0% vs 3,1% vs 4,0%, $p = 0,000$) e intrahospitalaria (2,6% vs 4,1% vs 5,1%, $p = 0,000$). Sin embargo, al realizarse el análisis multivariado se perdió totalmente el efecto "protector" tanto del tabaquismo actual como del pasado con respecto a la incidencia de muerte intrahospitalaria (Odds ratio 1,08 [0,8-1,3] y 0,89 [0,72-1,11]), respectivamente.

Conclusiones: En este estudio la menor prevalencia de comorbilidades que sí se asocian a una mayor mortalidad intrahospitalaria explica casi por completo la "paradoja del fumador" en los pacientes con SCASEST.

88/174. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES QUE FINALIZAN EL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDÍACA Y SEGUIMIENTO A MEDIO PLAZO

L. Gheorghe, E. Chueca González, E. Otero Chulián, M. Herruzo Rojas, J. Castillo Ortiz, J. López Benítez, P. Fernández García, D. Bartolomé Mateos, J. Delgado Pacheco y R. García Vázquez

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Introducción y objetivos: Aunque su utilidad esta discutida, la rehabilitación cardíaca tiene indicación de clase I en los pacientes que han sufrido IAM. Nos proponemos definir las características de los pacientes que han participado y finalizado el programa la rehabilitación cardíaca (PRC) y su evolución a medio plazo.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 178 pacientes que finalizaron el PRC en un hospital de tercer nivel, con un seguimiento medio de 18 ± 6 meses.

Resultados: El 80% de los pacientes fueron hombres con edad media de 57 ± 9 años. El 95% se incluyeron tras sufrir eventos isquémicos (SCACEST, SCASEST) siendo la fracción de eyección media de $55 \pm 13\%$. El 70% pertenecían al grupo de alto y moderado riesgo. El factor de riesgo más prevalente fue la dislipemia (50%), seguido del tabaquismo (47%), la hipertensión arterial (44%) y la diabetes (35%). Tras finalizar el PRC (5 ± 2 meses) el 55% de los pacientes, que inicialmente presentaban baja capacidad funcional mediante ergometría (< 7 METS), presentaron mejoría significativa de la misma con un incremento ≥ 3 METS. En el seguimiento se observó una tasa de reingreso del 10%, con necesidad de revascularización en el 23% ($n = 4$), sin ningún exitus.

Conclusiones: En nuestro medio, el programa de rehabilitación cardíaca se perfila como una herramienta útil para los pacientes que sufren eventos isquémicos, con buena evolución a medio plazo y mejoría de la clase funcional, presentando una baja tasa de reingreso y necesidad de revascularización.

88/175. PERFIL CARDIOVASCULAR DE PACIENTES DIABÉTICOS TIPO II SEGÚN SEXO Y OTRAS VARIABLES

M. Moraleda Salas, J. Morgado García de Polavieja, J. López, A. Martínez Pérez y J. Díaz Pérez

Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Introducción y objetivos: La diabetes mellitus es una de las enfermedades con mayor impacto socio sanitario por su elevada prevalencia y morbimortalidad. Ser varón aumenta el riesgo cardiovascular. Nuestro objetivo es describir la muestra, tratando de relacionar perfil cardiovascular y algunas variables, entre ellas el sexo.

Material y métodos: Se seleccionaron pacientes diabéticos tipo II ingresados en nuestro hospital durante el año 2012. Las principales variables seleccionadas fueron: sexo, hemoglobina glicada, HTA, dislipemia, enfermedades microvascular y macrovascular. Analizamos los resultados para valorar si existían diferencias en función del sexo.

Resultados: Se incluyeron 206 pacientes con una edad media de 72 años, 53,1% fueron varones y 88,3% no fumadores, 91,3% sufren HTA. La hemoglobina glicada media fue 7,6; 23,3% padecían enfermedad microvascular y 56,8% enfermedad macrovascular. La media de LDLc fue de 87,2, HDLc medio 37,7, 65,2% tenía FEVI $\geq 50\%$. El riesgo cardiovascular fue mayor en varones, encontrando mayores niveles de hemoglobina glicosilada ($7,36$ vs $7,88$; $p < 0,05$), menores de HDLc ($33,78$ vs $42,55$; $p < 0,05$) y mayor prevalencia de enfermedad macrovascular (63% vs $49,4\%$; $p < 0,05$). También hemos objetivado que en pacientes hiperten-

ses hay mayor prevalencia de enfermedad macrovascular ($60,1\%$ vs $22,2\%$, $p < 0,05$).

Conclusiones: Los pacientes varones diabéticos presentan un perfil cardiovascular de mayor riesgo que las mujeres (menos HDLc, más HbA1c y mayores tasas de enfermedad macrovascular). Existe relación estadísticamente significativa entre HTA y enfermedad macrovascular en pacientes DM II.

88/176. IMPLEMENTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS SOBRE DIABETES EN PACIENTES INGRESADOS EN CARDIOLOGÍA Y MEDICINA INTERNA

J. Morgado García de Polavieja, M. Moraleda Salas, J. López, A. López Suárez y J. Díaz Fernández

Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Introducción y objetivos: La diabetes (DM) es uno de los factores de riesgo (FR) con mayor impacto en morbimortalidad y con más dificultades en su control respecto a otros FR. Cada vez es mayor la proporción de pacientes pluripatológicos vistos por Cardiología, donde el adecuado control de la DM debe ser objetivo primordial.

Material y métodos: Seleccionamos a un cohorte de pacientes DM ingresados en Cardiología y Medicina Interna. Valoramos el grado de implementación de las guías sobre tratamiento de DM, donde se incluye la determinación al ingreso de hemoglobina glicosilada (Hb.glic), cambio terapéutico si Hb.glic > 7 , insuliniización si Hb.glic. > 9 . Nuestro objetivo es valorar el grado de cumplimiento de las guías, así como identificar diferencias en el manejo en función del lugar de ingreso.

Resultados: Se incluye un total de 206 pacientes con una edad media de 72 años y 53,1% de varones. El valor medio de Hb.glic. fue 7,6, aunque en el 23,3% no se les determinó. Solo en el 48% de los pacientes se cumplieron las recomendaciones, sin encontrar diferencias según el lugar de ingreso. En cuanto a otros tratamientos cardiovasculares, en Cardiología se prescribió con más frecuencia estatinas ($90,8\%$ vs $63,7\%$, $p < 0,001$) y betabloqueantes ($92,1\%$ vs $63,7\%$, $p < 0,001$).

Conclusiones: El grado de cumplimiento de las recomendaciones sobre el manejo de la DM en nuestra población es muy bajo, independientemente del lugar de ingreso, aunque con mayor prescripción de otros fármacos cardiovasculares en Cardiología.

88/179. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LA PITAVASTATINA EN UNA POBLACIÓN MULTIRACIAL DE CEUTA

C. Jiménez Rubio, G. Isasti Aizpurúa y J. Miralles Ibarra

Hospital Universitario de Ceuta.

Introducción y objetivos: La eficacia y seguridad de la pitavastatina han sido validadas en ensayos clínicos pero su papel en la práctica clínica está aún por definir. Objetivo: análisis de la efectividad y seguridad del tratamiento con pitavastatina en nuestro medio, la ciudad fronteriza de Ceuta, que presenta aproximadamente un tercio de población musulmana y con ello una importante variabilidad racial.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo de 41 pacientes tratados con pitavastatina (4 mg) como prevención secundaria cardiovascular. Se definió evento cardiovascular según criterios MACE. Se evaluaron parámetros analíticos, tolerabilidad y perfil de seguridad.

Resultados: Media de edad 61 ± 5 años, 52% varones y 28% origen musulmán. 38% fueron diabéticos y 16% tenían algún grado de insuficiencia renal (filtrado glomerular medio 46 ± 18 mL/

min). Seguimiento medio de 5,3 meses. Reducción de LDL-colesterol del 41%, con reducción del colesterol total del 25% y de triglicéridos del 15%. Incremento de HDL-colesterol del 8%. Los beneficios se iniciaron de media a los 1,5 meses (niveles objetivo de LDL-colesterol < 70 mg/dL) y se mantuvieron durante el seguimiento. No hubo aumento significativo de enzimas hepáticas, CK, ni empeoramiento del filtrado glomerular. 2 pacientes abandonaron el tratamiento por molestias digestivas y mialgia, y 8 precisaron asociación con ezetimibe. En los musulmanes hubo un porcentaje mayor de diabéticos (51%) con mayor aumento de HDL y mejoría de Hb A1c sin significación estadística ($p = 0,06$).

Conclusiones: La pitavastatina resulta efectiva y segura en nuestro medio, con descenso importante de LDL-c precoz y estable y con un especial beneficio en la población diabética, con insuficiencia renal y musulmana.

88/180. ANÁLISIS COMPARATIVO DE PITAVASTATINA Y ROSUVASTATINA EN LA PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR SECUNDARIA

C. Jiménez Rubio, G. Isasti Aizpurúa y J. Miralles Ibarra

Hospital Universitario de Ceuta.

Introducción y objetivos: La pitavastatina, constituye una nueva alternativa en el tratamiento de la dislipemia y la prevención cardiovascular. Objetivo: análisis comparativo de la efectividad y seguridad del tratamiento con pitavastatina frente a rosuvastatina en nuestro medio.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de 60 pacientes tratados con estatinas como prevención secundaria cardiovascular en 2 grupos. Grupo P: 30 pacientes tratados con pitavastatina (4 mg) y Grupo R: 30 pacientes con rosuvastatina (20 mg). Se definió evento cardiovascular según criterios MACE. Seguimiento durante 6 meses y evaluación de parámetros analíticos, tolerabilidad y perfil de seguridad. Se consideró objetivo terapéutico LDL-colesterol ≤ 70 mg/dL.

Resultados: Características basales similares en ambos grupos P y R ($p = 0,04$), 36% y 35% de diabetes y 13% y 11% de insuficiencia renal. Reducción del LDL-colesterol del 41% en el grupo P frente al 42% en el grupo R sin diferencias, $p = 0,6$. Tampoco se encontraron diferencias estadísticas en descenso de colesterol total, triglicéridos o aumento de HDL-colesterol (escasa mejoría, grupo P 4,2%, grupo R 5,1%). Se alcanzaron objetivos terapéuticos más precozmente en grupo P media de 1,2 meses frente a grupo R media 1,8 meses, $p = 0,4$. Ambos grupos presentaron modificación de perfil hepático en 2 pacientes. Elevación de CK y Hb A1c significativamente mayor en el grupo R, $p = 0,05$. El filtrado glomerular no presentó empeoramiento. La adherencia y tolerabilidad del tratamiento fue igualmente superponible.

Conclusiones: No existen diferencias significativas en nuestro medio para objetivos terapéuticos ni perfil de seguridad en el tratamiento con pitavastatina y rosuvastatina, la pitavastatina podría ofrecer un beneficio adicional en pacientes diabéticos.

88/181. SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO TRAS LA REVASCULARIZACIÓN PERCUTÁNEA DE TRONCO COMÚN IZQUIERDO NO PROTEGIDO

M. Mera Romero, C. Arias, S. Ballesteros Pradas, M. González Correa, J. Masero Carretero, R. Guerola Segura, F. Molano Casimiro y L. Pastor Torres

Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla.

Introducción y objetivos: La cirugía de revascularización coronaria es el tratamiento de elección en pacientes con estenosis

de tronco coronario izquierdo no protegido (TCINP). Sin embargo, en muchos pacientes se desestima por alto riesgo quirúrgico o anatomía coronaria desfavorable, recomendándose como alternativa el intervencionismo coronario percutáneo (ICP). Nuestro objetivo es evaluar los resultados a largo plazo de la revascularización percutánea de TCI en nuestro centro.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo de todos los pacientes sometidos a revascularización percutánea de TCI desde noviembre del 2004 hasta noviembre del 2011, con un seguimiento medio de $4,29 \pm 1,7$ años. Durante el primer año en el 81,3% de pacientes asintomáticos se hizo revisión angiográfica.

Resultados: Incluimos 196 pacientes con una media de edad de 72 ± 10 años; 66,8% hombres, 57,1% diabéticos, 64% dislipémicos, 72,4% hipertensos y 48,5% fumadores. La prevalencia de enfermedad multivaso fue 89,3%, siendo la bifurcación la localización más frecuente de la lesión (36,7%). En el 90,1% se implantó un único stent, que fue farmacoinactivo en el 99% de los casos. A lo largo del seguimiento, la reestenosis de TCI ocurrió en un 14,7%, la incidencia de SCA fue 15,2%, de los cuales solo el 2,5% estaban relacionados con el TCI, y la muerte cardíaca fue del 7,1%. No observamos relación entre MACE y FRCV, enfermedad multivaso o localización de la lesión.

Conclusiones: El intervencionismo percutáneo sobre TCINP mediante DES es una alternativa terapéutica válida, con una baja tasa de mortalidad aguda y a largo plazo.

88/182. INFLUENCIA DE LA FUNCIÓN DIASTÓLICA EN EL DESARROLLO DE DILATACIÓN AURICULAR IZQUIERDA

R. Guerola Segura, M. Mera Romero, R. Picón Heras, M. Romero Reyes, C. Arias, I. Estrada Parra, C. Navarro Valverde y L. Pastor Torres

Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla.

Introducción y objetivos: En ritmo sinusal la función de la aurícula izquierda depende de su precarga y poscarga. Ambas están íntimamente relacionadas con la relajación y distensibilidad ventricular. Nuestro objetivo es analizar los factores ecocardiográficos de disfunción diastólica y relacionarlos con el desarrollo de dilatación auricular.

Material y métodos: Estudio transversal incluyendo 76 pacientes no consecutivos estudiados en consulta mediante ecocardiograma transtorácico, en ritmo sinusal y con FEVI preservada. Registramos los parámetros habituales de función diastólica con especial atención al patrón de llenado transmitral (normal frente a alteración de la relajación o pseudonormal) y al estudio con doppler tisular, considerando aumento de presiones de llenado una relación E/E' promedio ≥ 15 . La existencia de dilatación auricular se estableció con medidas de volumen biplano ≥ 59 ml para hombres y ≥ 53 ml para mujeres.

Resultados: El 57,5% eran mujeres y la edad media fue $58,8 \pm 16,2$ años. Un 52,6% tenía AI dilatada, y el volumen biplano medio fue $53,5 \pm 18,2$ ml. El 59,2% presentaba un patrón transmitral alterado, observando en ellos un aumento no significativo del tamaño auricular con un incremento del riesgo de 2,6 ($p = 0,074$, IC95% 1,02-6,68). En el 15,8% de los pacientes observamos un E/E' ≥ 15 , lo cual se relacionó significativamente con mayores volúmenes auriculares y un incremento del riesgo de 5,7 ($p = 0,045$, IC95% 1,15-27,95).

Conclusiones: La dilatación de AI está relacionada de forma directa con el desarrollo de disfunción diastólica, aumentando el riesgo conforme se altera el patrón de llenado transmitral y, especialmente y de forma significativa, con el aumento progresivo de las presiones de llenado ventricular.

88/183. FUNCIÓN SISTÓLICA Y DIASTÓLICA DE VENTRÍCULO DERECHO EN PACIENTES INFECTADOS POR VIH ASINTOMÁTICOS

G. Isasti Aizpurúa, C. Jiménez Rubio y J. Miralles Ibarra

Hospital Universitario de Ceuta.

Introducción y objetivos: Existen pocos datos sobre la función del ventrículo derecho (VD) en pacientes con infección por VIH. Nuestro objetivo fue describir la prevalencia de disfunción sistólica y diastólica del VD en este grupo de pacientes.

Material y métodos: Realizamos un ecocardiograma transtorácico a pacientes asintomáticos con infección por VIH sin hipertensión pulmonar ni patología pulmonar conocida para valorar la función sistólica (TAPSE y parámetros de doppler tisular –IVA, S', MPI-) y diastólica de VD según las recomendaciones de las guías de práctica clínica.

Resultados: Se incluyeron 65 pacientes, la mayoría varones (83%) con una edad media de 47 años y una duración media de la infección de 126 meses encontrándose bajo tratamiento anti-retroviral un 92,3% con carga viral indetectable el 89,2%. La prevalencia de disfunción sistólica de VD varía según el método elegido siendo del 3,1% para el TAPSE, 6,2% para el IVA y S' y del 9,2% para el MPI. Solo se relacionó con la disfunción sistólica de VD la coinfección por VHB (1 (16,6%) vs 0 (0%), $p = 0,002$). La prevalencia de disfunción diastólica de VD fue del 40% y los factores relacionados fueron la hipertensión arterial (10 (38,5%) vs 3 (7,7%), $p = 0,004$), la coinfección por VHC (6 (23,1%) vs 14 (35,9%), $p = 0,033$) y la edad (53,22±8,00 vs 44,07±8,26, $p = 0,000$).

Conclusiones: En nuestra población, la prevalencia de disfunción sistólica de VD es del 9,2% y podría relacionarse con la coinfección por VHB. La prevalencia de disfunción diastólica de VD es elevada y se relaciona con la hipertensión arterial y la edad.

88/187. EXPERIENCIA INICIAL EN IMPLANTACIÓN DE VÁLVULA AÓRTICA PERCUTÁNEA (IPVA)

E. Chueca González, F. Patricia, L. Gheorghe, M. Herruzo Rojas, R. del Pozo Contreras, M. Fernández García, P. Cabeza Laínez, G. Calle Pérez, M. Sancho Jaldón y R. Vázquez García

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Introducción y objetivos: La IPVA ha supuesto una alternativa al reemplazo valvular aórtico en pacientes con alto riesgo quirúrgico con baja morbilidad y mortalidad. Analizaremos las características basales de nuestros primeros 14 pacientes sometidos a IPVA con Corevalve y resultados iniciales.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de 14 pacientes sometidos a IPVA entre junio 2011-enero 2013 y seguimiento al mes.

Resultados: Con edad de 79 ± 9 años, 6 varones y 8 mujeres (64% hipertensos, 50% dislipémicos, 50% diabéticos, 3 portadores de marcapasos (MP) y 70% isquémicos), se sometieron a IPVA. Había 71% en clase funcional (CF) III y 29% CF IV. El 71% con fracción de eyección (FEVI) conservada, 14% disfunción ligera y 15% disfunción severa. Se realizaron 13 implantes vía femoral y 1 subclavia (64% con Corevalve nº 26 y 36% 29) dándose 64% bloqueo auriculoventricular intraprocedimiento. El 78% no precisó reexpansión con balón y 64% quedó con algún grado de insuficiencia periprotésica (1 moderada, resto leve). Todas las femorales se cerraron con sistema Prostar, sin complicaciones del acceso, con 100% éxitos y ningún exitus. Tras 30 días, hubo 86% de mejora de CF aunque sin clara mejoría de la FEVI y 29% requirieron MP. 3 pacientes presentaron sangrados que requirieron trasfusión y 2 empeoraron su función renal transitoriamente. Solo 1 reingreso a los 30 días, no hubo infartos, ictus ni exitus en ese periodo.

Conclusiones: La IPVA en nuestro centro se realiza a pacientes con alta comorbilidad asociada y CF mala. Tenemos 100% de éxitos, con mejoría de la CF y aunque con incidencia algo mayor de MP.

88/188. SEGUIMIENTO A MEDIO PLAZO DE PACIENTES SOMETIDOS A IMPLANTACIÓN DE VÁLVULA AÓRTICA PERCUTÁNEA (IPVA)

E. Chueca González, J. Castillo Ortiz, P. Sánchez Millán, J. López Benítez, J. Pedregal Sánchez, D. Bartolomé Mateos, P. Cabeza Laínez, G. Calle Pérez, M. Sancho Jaldón y R. Vázquez García

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Introducción y objetivos: La IPVA ha demostrado baja incidencia de complicaciones a medio plazo, disminuyendo la mortalidad en pacientes por todas las causas. Pretendemos analizar la evolución a 6 meses de los primeros 10 pacientes sometidos a IPVA.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de seis meses de seguimiento de los primeros 10 pacientes sometidos a IPVA con Corevalve entre junio 2011 y junio 2012 en nuestro centro.

Resultados: Con edad media de 81 ± 6 años, 5 varones y 5 mujeres (60% hipertensos, 60% dislipémicos, 50% diabéticos, 90% anemia, 30% portadores de marcapasos (MP) y 70% isquémicos) se sometieron a IPVA. El 70% con clase funcional (CF) III y 30% IV. El 80% tenía fracción de eyección (FEVI) conservada, 10% disfunción ligera y 10% disfunción severa. Se implantaron un 70% de Corevalves del nº 26 y 30% del 29 quedando algún grado de insuficiencia periprotésica en el 80% (1 moderada, resto leve). En el seguimiento a 6 meses, hubo 90% de mejora de algún estadio de su CF aunque sin clara mejoría de la FEVI. Los gradientes transvalvulares medio (10 ± 6 mmHg) y pico (19 ± 6 mmHg) se mantuvieron en rangos de normalidad persistiendo insuficiencia periprotésica en 70% (1 moderada, resto leve). Hubo un porcentaje acumulado de implante de marcapasos del 50% y 30% de reingresos por motivos cardiológicos. Sin ictus, infartos, hemólisis periprotésica ni exitus en el seguimiento.

Conclusiones: En nuestro centro, tras seis meses de IPVA, todos los pacientes siguen vivos, con mejoría de su CF. Las prótesis siguen normofuncionantes aunque con insuficiencia periprotésica (ligera). La mitad necesita implante de MP.

88/189. ESTUDIO RETRATO (REGISTRO ANDALUZ SOBRE EL TRATAMIENTO DEL TRONCO COMÚN DE LA CORONARIA IZQUIERDA). EXPERIENCIA INICIAL

J. Roa Garrido¹, A. Muñoz García², N. Herrera Guzmán³, J. Caballero Borrego⁴, C. Urbano Carrillo⁵, F. Valencia Serrano⁶, C. Sánchez González¹ y J. Díaz Fernández¹

¹Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva. ²Hospital Virgen de la Victoria. Málaga. ³Hospital Virgen de las Nieves. Granada. ⁴Hospital San Cecilio. Granada. ⁵Hospital Carlos Haya. Málaga. ⁶Hospital de Torrecárdenas. Almería.

Introducción y objetivos: En Andalucía disponemos de escasa información sobre el tratamiento del tronco común de la coronaria izquierda (TCI), dadas sus particularidades epidemiológicas. Se plantea el primer registro andaluz sobre el manejo de estos casos, con la finalidad: 1) Describir su tratamiento y resultados en Andalucía, 2) Comparar los resultados obtenidos entre revascularización percutánea (ICP) y quirúrgica (CABG).

Material y métodos: Registro observacional, prospectivo y multicéntrico de inclusión consecutiva de todos los pacientes con enfermedad del TCI no protegido. Actualmente hemos procesado los datos de 4 centros (San Cecilio, Virgen de la Victoria, Virgen de las Nieves, Juan Ramón Jiménez). Mostramos resultados iniciales.

Resultados: Desde octubre del 2012 hasta la actualidad, han sido recogidos 73 pacientes de los cuales 51 (69,8%) recibieron ICP, 20 (27,39%) CABG y 2 (2,73%) tratamiento médico. El principal motivo para ICP fue anatomía coronaria favorable para ICP (36,2%) seguida de anatomía coronaria desfavorable para CABG (23,4%). La principal indicación para CABG fue anatomía coronaria favorable para CABG (52,6%) seguida de riesgo quirúrgico no elevado (26,3%). Hubo diferencias en Euroscore logístico entre ICP y CABG ($5,59 \pm 5,7$ en ICP y $2,31 \pm 1,9$ en CABG, $p = 0,016$) pero no para puntuación Syntax ($27,65 \pm 10,3$ en ICP y $26,37 \pm 8,04$ en CABG, $p = 0,597$). La mortalidad intrahospitalaria fue 7,8% (ICP) y 10,5% (CABG) sin significación estadística ($p = 0,32$) con la muestra actual.

Conclusiones: Con los datos actuales el tratamiento de la enfermedad del TCI no protegido en Andalucía es mayoritariamente percutáneo de elección según variables angiográficas. Tras completar seguimiento y aumento del tamaño muestral se definirán nuevas conclusiones.

88/190. IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA GRUPAL EN LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE TABACO EN CARDÍOPATAS TRAS EL ALTA HOSPITALARIA: ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO

F. Molina Ruiz, C. Villén Estévez, P. Barrios León, J. Alcántara Reyes, G. Navarro Luque, N. Herrera Gutiérrez, L. Trapiello González, F. Esteban Martínez, R. Tirado Miranda y M. Leiva Grande

Hospital Infanta Margarita. Cabra.

Introducción y objetivos: El tabaquismo se asocia al incremento del riesgo de enfermedades cardiovasculares. Los beneficios de dejar de fumar están ampliamente demostrados. Evaluar impacto de intervención educativa grupal impartida por enfermería en la prevención del consumo de tabaco en pacientes hospitalizados por cardiopatía.

Material y métodos: Pacientes consecutivos dados de alta tras ingreso en Cardiología, dieron consentimiento informado, fueron aleatorizados a recibir o no una intervención educativa (recomendaciones de la ESC sobre ejercicio físico y factores de riesgo cardiovascular, incluyendo consejo explícito para cese completo del hábito tabáquico) impartida a grupos de 5-10 pacientes un mes tras alta hospitalaria. El consumo de tabaco se evaluó al alta y a 6-9 meses de seguimiento mediante entrevista personal.

Resultados: Grupo intervención (GI): 68 pacientes (nunca fumadores: 35; exfumadores: 23; fumadores activos: 10), grupo control (GC): 73 pacientes (nunca fumadores: 40; exfumadores: 24; fumadores activos: 9) ($p = 0,96$). Al seguimiento, GI: 1 exfumador reinició consumo de tabaco, 2 fumadores activos suspendieron consumo de tabaco completamente, 3 nunca fumadores murieron y 1 nunca fumador fue pérdida seguimiento; grupo control (GC): 3 exfumadores reiniciaron consumo de tabaco, 4 fumadores suspendieron consumo de tabaco completamente, 1 fumador y 1 nunca fumador murieron y 2 nunca fumadores fueron pérdidas seguimiento. Finalizado estudio, no había diferencias significativas en porcentaje de fumadores entre grupos; GI: 7/70 (10%); GC: 9/63 (14,3%), $p = 0,45$).

Conclusiones: Nuestro estudio no permite concluir que exista mejora significativa en la prevención del consumo de tabaco en el grupo que recibe la intervención educativa.

88/191. ANGIOPLASTIA RADIAL COMO ALTERNATIVA A CONVERSIÓN A LA VÍA FEMORAL EN ACCESOS RADIALES COMPLEJOS

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

Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Introducción y objetivos: En los últimos años ha crecido el porcentaje de coronariografías por acceso radial. Este crecimiento se debe a una menor tasa de complicaciones, con el mismo nivel de éxito del procedimiento. La enfermedad arteriosclerótica (EA), los procedimientos reiterados, la disección yatrógena (DY) o la necesidad de catéteres mayor calibre son las causas más frecuentes de conversión femoral. La angioplastia radial (AR) es una alternativa disminuyendo la tasa de abandono y recuperando el sistema radial.

Material y métodos: Serie de casos prospectiva de AR, valorando la tasa de éxito del procedimiento y existencia de pulso radial al mes.

Resultados: Se realizaron 14 AR en 1612 procedimientos por vía radial en 2012. La EA fue la causa más frecuente de la AR (11p) y la DY en 3p. 4p tenían procedimientos previos por el mismo acceso. La AR se realizó con balones periféricos; 1 Amphirion, 6 Passeo (ambos guía de 0.014) y 7 Admirall (balón coaxial, guía 0,035). El diámetro del balón fue de $4,4 \pm 1,2$ mm, longitud $40 \pm 13,3$ mm y presión de inflado de $5,9 \pm 0,8$ atm. En 9p se realizó intervencionismo coronario. En 1p paciente se implantó un stent al finalizar el procedimiento por disección severa a nivel de arteria humeral, previa a la AR. En 1p a pesar de la AR no se consiguió realizar el estudio, realizándose por radial contralateral. Todos los pacientes presentaban pulso radial palpable al mes del procedimiento.

Conclusiones: La AR es una herramienta segura y una alternativa en accesos radiales complejos que reducen la necesidad de conversión a otros accesos.

88/192. LA INSUFICIENCIA RENAL AGUDA COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD TRAS EL IMPLANTE VALVULAR PERCUTÁNEO

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

Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción y objetivos: La insuficiencia renal aguda (IRA) tras la cirugía cardíaca se asocia con una mayor mortalidad. El objetivo de este estudio fue determinar la incidencia, predictores y pronóstico de la IRA tras el implante percutáneo de la prótesis aórtica CoreValve.

Material y métodos: Entre abril de 2008 y enero de 2011 se trataron a 230 pacientes con estenosis aórtica grave con implante de prótesis CoreValve. La IRA se definió como el incremento de la creatinina sérica $\geq 0,3$ mg/dl o un aumento de más del 50% a las 72 horas. Se excluyeron del análisis a 7 pacientes, 5 por fracaso del procedimiento y 2 por estar en diálisis.

Resultados: De los 223 pacientes tratados, 53 (23,8%) tenían insuficiencia renal crónica. La IRA se identificó en 37 pacientes

(16,6%). Después del implante, hubo una ligera mejoría en la función renal; la creatinina disminuyó de $1,29 \pm 0,5$ mg/dl a $1,22$ mg/dl, $p = 0,023$. En los pacientes con IRA, la mortalidad a los 30 días fue del 13,5% frente al 1,6%, $p = 0,001$ y la mortalidad tardía después de una media de $16,7 \pm 11$ meses fue del 18,8% frente al 8,2%, $P = 0,068$. En el análisis multivariado, la IRA fue un predictor independiente de mortalidad total acumulada (HR = 3,516, IC95%: 1,098 a 11,255, $p = 0,034$). Los factores asociados con la IRA fueron el sexo masculino y la presencia de ictus previo.

Conclusiones: El deterioro de la función renal en pacientes sometidos a TAVI es una complicación grave y frecuente. La IRA se asoció con un aumento de mortalidad temprana y fue predictor de mal pronóstico a largo plazo.

88/194. PLURIPATOLOGÍA EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA

M. López Garrido, V. Becerra Muñoz, H. Orellana Figueroa, J. García Pinilla, C. Jurado Canca, F. Cabrera Bueno, A. Montiel Trujillo, J. Robledo Carmona, J. Gómez Doblás y E. de Teresa Galván

Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción y objetivos: La definición de paciente pluripatológico permite identificar a una población de mayor edad, mayor limitación funcional, mayor mortalidad y mayor consumo de recursos. Realizamos este estudio con objeto de conocer la prevalencia y características de estos pacientes en una unidad de hospitalización de Cardiología.

Material y métodos: Fueron estudiados pacientes ingresados en el Servicio de Cardiología, durante 4 meses no consecutivos de 2012, registrando sus comorbilidades, estancia hospitalaria, mortalidad y pronóstico según índices de Charlson y PROFUND.

Resultados: De los 275 pacientes (68 años, 37% mujeres), el 70% presentaban HTA, el 38% diabetes y el 47% dislipemia. Un 26,2% fueron calificados como "pluripatológicos" (presencia de 2 o más enfermedades crónicas), los cuales contaban con una media de edad significativamente mayor ($74,3$ vs $65,3$ años, $p = 0,000$), presentaron mayor prevalencia de diabetes ($56,9\%$ vs 32% , $p = 0,000$) y FEVI deprimida (50% vs 33% , $p = 0,008$), siendo su estancia hospitalaria más prolongada ($8,7$ vs $5,9$ días, $p = 0,000$). Su pronóstico medido mediante índice de Charlson fue peor ($6,77$ vs $3,26$, $p = 0,000$), presentando el grupo Pluripatológico un índice PROFUND medio de 3,18. El total de muertes durante el ingreso fue 4.

Conclusiones: Un alto porcentaje de los pacientes que ingresan en una Unidad de Cardiología son pluripatológicos, lo que se asocia un aumento de la estancia hospitalaria y un peor pronóstico.

88/195. FACTORES IMPLICADOS EN EL PRONÓSTICO A CORTO PLAZO DE LOS PACIENTES CON MUERTE SÚBITA RECUPERADA

G. Merchán Ortega, J. Macancela Quiñones, F. Cazorla Barranquero, N. Bolívar Herrera, A. Sánchez Espino, S. Muñoz Troyano, R. Ferrez López, F. Valencia Serrano, J. Aceituno Cubero y M. Gómez Recio

Centro Hospitalario Torrecárdenas. Almería.

Introducción y objetivos: El objetivo de este estudio fue analizar las características de los pacientes que sufren un episodio de

muerte súbita recuperada, así como los factores que influyen en su pronóstico a corto plazo.

Material y métodos: Se estudiaron de forma retrospectiva 42 pacientes que sufrieron un episodio de muerte súbita recuperada en el ámbito de un hospital terciario durante un periodo de dos años.

Resultados: La edad media de la población estudiada fue 61 ± 15 años, 76% varones. Un 7% presentaban antecedentes de muerte súbita y un 41% cardiopatía isquémica crónica (CIC). Se realizó protocolo de hipotermia al 19% de los pacientes. La causa más frecuente de muerte súbita fue la cardiopatía isquémica (55%). La mortalidad intrahospitalaria de estos pacientes fue del 53%. De todas las variables estudiadas, solo se asoció significativamente a mayor mortalidad intrahospitalaria el tabaquismo ($p = 0,001$), la presencia de bloqueo completo de rama izquierda (BCRI) basal ($p = 0,044$) y la presencia de lesiones angiográficamente significativas en la coronariografía ($p = 0,024$). Se asociaron de forma significativa a menor mortalidad intrahospitalaria la realización de protocolo de hipotermia (RR 0,85; $p = 0,048$) y la administración de choque eléctrico en los primeros 30 minutos (RR 0,38; $p = 0,013$).

Conclusiones: De los pacientes con muerte súbita recuperada estudiados, se asoció a mayor mortalidad intrahospitalaria el tabaquismo, el BCRI y la presencia de lesiones significativas en la coronariografía. Así mismo, la realización de protocolo de hipotermia y la administración de choque eléctrico en los primeros 30 minutos se asociaron a menor mortalidad intrahospitalaria.

88/196. EVENTOS CARDIOVASCULARES PERI/POSTRASPLANTE HEPÁTICO. ¿ES ÚTIL EL SCREENING CARDIOVASCULAR PREOPERATORIO?

D. Gaitán Román, D. Gaitán Román, M. Cano García, B. Reina Monsó, M. Roldán Jiménez y M. de Mora Martín

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Introducción y objetivos: La cirugía de trasplante hepático es considerada de riesgo intermedio. Sistemáticamente son derivados a estudio cardiológico pretrasplante. Nuestro objetivo es estudiar la rentabilidad de una consulta monográfica de valoración cardiológica pretrasplante de órganos sólidos.

Material y métodos: Analizamos 51 pacientes (p) derivados a consulta de cardiología para estudio pretrasplante hepático, entre 2 de junio de 2009 y 20 de abril de 2012 y que fueron trasplantados posteriormente. En cuanto a la distribución de los factores de riesgo cardiovascular en ese subgrupo: 9 p eran hipertensos, 9 p eran diabéticos, 21 p eran fumadores. En la evaluación cardiológica se realizó ecocardiograma en todos los casos y en 37 p se realizó test de isquemia (en 4 p ergometría, en 13 p ecocardiograma de estrés y en 20 p SPECT), todos negativos.

Resultados: En ese periodo fueron trasplantados 51 p, 43 de ellos hombres. La media de edad era de 57 años. La etiología de la cirrosis hepática fue en el 39% virus hepáticos B/C, 29% enólica, 16% alcohol + virus hepático, 10% idiopáticas, 2% neoplasia, 2% metabólica y 2ª colestasis. Tras una media de 15 meses de seguimiento 8 p habían fallecido, 1 p por sepsis y 7 p en relación a fallo del injerto. Ningún p presentó eventos cardiovasculares peri ni posttrasplante.

Conclusiones: En nuestra experiencia este grupo de pacientes tiene un bajo perfil de riesgo cardiovascular. La negatividad en los test de isquemia, en nuestra muestra, predijo un buen pronóstico en cuanto a la aparición de complicaciones cardiovasculares peri y postoperatorias.

88/197. LA EDUCACIÓN SANITARIA RECIBIDA EN UNA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDÍACA MEJORA EL AUTOCUIDADO, LA CALIDAD DE VIDA Y EL GRADO DE DEPRESIÓN DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA

S. López Fernández, M. Jiménez Fernández, M. Puga Martínez, M. Molina Lerma, V. Alcalde Martínez, E. López Moreno y R. Melgares Moreno

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción y objetivos: La educación sanitaria (ES) es pilar fundamental del tratamiento de pacientes con insuficiencia cardíaca (IC). El seguimiento en unidades de insuficiencia cardíaca (UIC) multidisciplinar ha sido avalado con indicación IA por las últimas guías. El objetivo de este estudio fue evaluar el impacto de un programa de ES basado en enfermería en pacientes con IC de alto riesgo seguidos en una UIC.

Material y métodos: Se incluyeron pacientes tras un ingreso por IC seguidos en nuestra UIC de febrero-2011 a octubre-2012. Se ofreció a los pacientes talleres de Educación Sanitaria (TES) guiados por enfermería. Los pacientes con limitaciones de movilidad que les impedían acudir autónomamente fueron excluidos. Dicha población realizó cuestionarios estandarizados para medir el grado de dependencia, deterioro cognitivo y comorbilidad. Además se midió y comparó el grado de autocuidado (escala europea), la calidad de vida (Minnesota) y grado de depresión antes y 3 meses después de realizar los TES. Dichos TES consistieron en 4 sesiones educativas consecutivas (1 por semana) impartidos por una enfermera especializada en IC.

Resultados: De 408 pacientes visitados en nuestra UIC, 107 pacientes (26%) realizaron TES. 74% eran hombres, edad media $69 \pm 10,2$ años, FEVI media $31 \pm 8\%$, 91% en NYHA II-III. Tras los TES nuestros pacientes mostraron una mejoría significativa de su calidad de vida (reducción media puntos (RMP) Minnesota: 3,79; $p < 0,001$), mejor nivel de autocuidado (RMP Escala Europea: 6,12; $p < 0,001$) y menor grado de depresión (RMP Yessavage 3,36; $p = 0,001$).

Conclusiones: La ES en una UIC mejora el autocuidado, la calidad de vida y el grado de depresión de los pacientes con IC. Esta intervención supone un importante beneficio en esta población de alto riesgo.

88/198. TC CORONARIO EN LA EVALUACIÓN PREOPERATORIA DE CIRUGÍA CARDÍACA NO CORONARIA

S. Casquero Domínguez, N. Romero Rodríguez, M. Romero Vazquién, M. Villa Gil-Ortega, M. Fernández Quero, A. Guisado Rasco y A. Martínez Martínez

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivos: La principal ventaja del TC cardíaco en el estudio coronario es su alto VPN. Esto podría justificar su indicación en la evaluación coronaria previa a la cirugía cardíaca no coronaria en lugar de la angiografía coronaria invasiva (ACI).

Material y métodos: Se incluyeron los pacientes desde diciembre de 2008 a febrero de 2012 en espera de reemplazo valvular, cirugía sobre aorta ascendente o resección tumoral, con indicación de evaluación coronaria previa. La evaluación se realizó mediante TC Toshiba Aquilion 64 usando el protocolo estándar. Se excluyeron a los pacientes con enfermedad isquémica previa, enfermedad renal, diabetes de más de 15 años de evolución y

aquellos pacientes sometidos a una ACI debido a la falta de disponibilidad de TAC antes de la fecha de la cirugía (25 pacientes). Se realizó seguimiento durante 6 meses tras cirugía.

Resultados: Fueron intervenidos 1.025 pacientes adultos. 256 fueron evaluados previamente por TC cardíaco, 142 varones con una edad media de 68 años. En 3 pacientes se demuestra la presencia de lesiones significativas y en 12 pacientes un calcio score > 500 hizo necesaria ACI, con la demostración de lesiones significativas en 6 de ellos. En el resto de los pacientes el TC coronario descartó la presencia de lesiones significativas. Durante el seguimiento postoperatorio no se detectó ningún SCA y 9 pacientes murieron por causas no isquémicas.

Conclusiones: El TC cardíaco es una técnica segura y eficaz para la evaluación coronaria antes de la cirugía cardíaca no coronaria, aunque la selección del paciente es crucial para una adecuada indicación.

88/199. EVALUACIÓN NO INVASIVA MEDIANTE TC CARDÍACO FRENTE A ANGIOGRAFÍA CORONARIA DE INJERTOS AORTOCORONARIOS

S. Casquero Domínguez, N. Romero Rodríguez, M. Romero Vazquién, M. Villa Gil-Ortega, M. Fernández Quero, A. Guisado Rasco y A. Martínez Martínez

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivos: El TC cardíaco ha demostrado su utilidad en el estudio de pacientes coronarios, especialmente en los de riesgo bajo e intermedio. Sin embargo, hay pocos estudios publicados acerca de la utilidad en el diagnóstico de pacientes que fueron sometidos a injerto de derivación coronaria. Este estudio trata de determinar la exactitud diagnóstica en este ámbito.

Material y métodos: Entre octubre 2008 y enero 2012 se realizaron en nuestro centro un total de 632 TC cardíacos, de los cuales 12 en pacientes con bypass coronario. El estudio se basa en los 9 de ellos que fueron sometidos finalmente a angiografía coronaria. Se analizó la precisión diagnóstica en la evaluación de injertos venosos y arteriales, además de la valoración de los segmentos distales a la anastomosis.

Resultados: Un total de 8 hombres fueron incluidos con 23 injertos aortocoronarios (12 arteriales y 11 venosos). 18 se visualizaron por TC coronario, con una sensibilidad del 100% y una especificidad del 90,9% y con valores predictivos positivo y negativo de 75% y 100% respectivamente. También fueron analizados los 18 vasos distales a la anastomosis (11 de descendente anterior, 5 de arteria circunfleja y 3 de la arteria coronaria derecha), con una sensibilidad del 100%, una especificidad del 91,6%, valor predictivo negativo del 66,7% y un valor predictivo positivo del 100%.

Conclusiones: El TC cardíaco tiene una alta sensibilidad en la evaluación de los injertos coronarios así como de la arteria nativa distal a la anastomosis.

88/201. NUEVOS ANTICOAGULANTES Y EVENTOS CARDIOVASCULARES

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

Hospital Jerez de la Frontera. Cádiz.

Introducción y objetivos: La fibrilación auricular es la arritmia más frecuente a nivel mundial con repercusión clínica y pronóstica. En los últimos años hemos asistido novedosos avances en su manejo, en concreto, la introducción de nuevos anticoagu-

lantes que mejoran la eficiencia y mortalidad. Nuestro estudio prospectivo, no multicéntrico, pretende evaluar las características basales de nuestra población tratada con estos nuevos fármacos y evaluar eventos cardiovasculares.

Material y métodos: Se incluyeron de forma prospectiva 28 pacientes que comenzaban con tratamiento anticoagulante con dabigatrán en nuestro centro hospitalario por fibrilación auricular no valvular.

Resultados: La edad media fue de 69 años, 35,7% varones y 64% mujeres. El 50% presentaba tipo de FA permanente, un 28% paroxística y un 21% permanente. Hasta un 25% de los pacientes habían estado en tratamiento previo con sintrom y 3,6% con antiagregantes. El 93% presentaba un CHA2DS2-VASc > 2 puntos y

un HASBLED del 2 puntos en el 35% de los pacientes. El 75% de los pacientes presentaban antecedentes de HTA, 28% DM tipo 2, tabaquismo 25%; enolismo 7%; ictus previo el 7%; IAM previo 7%; sangrado 17%; algún grado de i. cardíaca 46%; INR lábil 14,3%; La dosis de dabigatrán fue del 50% a 150 mg y 50% a 110 mg. El media del tiempo de seguimiento fue de 244 días en el cual hubo una pérdida de seguimiento de 6 pacientes, una mortalidad global del 3,6% (1 paciente), no hubo muerte cardiovascular. Hubo un episodio de sangrado menor durante el seguimiento.

Conclusiones: Los nuevos tratamientos anticoagulantes son seguros y eficaces, presentan una baja tasa de complicaciones en pacientes de nuestra área.