



comunicaciones orales
cardiología

INFLUENCIA DEL EJE ELÉCTRICO PREIMPLANTE EN LA TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN CARDÍACA

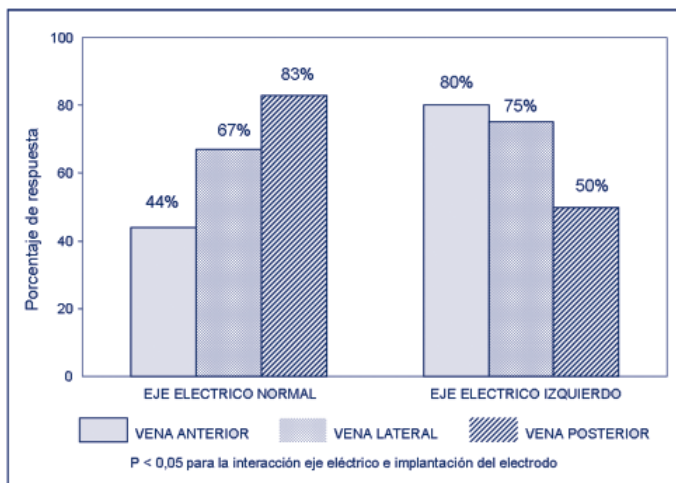
García Seara J, Juliana Elices J, Santás M, Cid B, Martínez-Sande JL, Fernández-López X, González-Babarro E, González-Juanatey JR

Servicio de Cardiología. Hospital Clínico de Santiago de Compostela.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El objetivo del estudio es evaluar si el eje de QRS puede ayudar a predecir el resultado en pacientes sometidos a terapia de resincronización cardíaca.

MÉTODOS: Se han incluido 78 pacientes a los que se implantó con éxito un resincronizador cardíaco. Los pacientes se clasificaron según el eje eléctrico de QRS en normal (QRS entre -30° y $+120^\circ$) y eje izquierdo (QRS entre -30° y -90°). Se consideró como respondedores a aquellos pacientes que cumplieran los requisitos siguientes: mejorar al menos un grado su clase funcional, aumentar al menos un 5% la fracción de eyección del ventrículo izquierdo, no requerir hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca y estar vivos al cabo de 12 meses desde el implante.

RESULTADOS: En el análisis de regresión logística ajustado por edad, la respuesta a la terapia de resincronización cardíaca se asoció con fracción de eyección de ventrículo izquierdo preimplante baja (OR= 0.91 [95% IC, 0.84-0.99]; $p=0.033$; eje de QRS izquierdo (OR=5.04 [95% IC, 1-29.2]; ($p=0.050$), insuficiencia mitral (OR=3.45 [95% IC, 1.13-10.6]; $p=0.030$). Se encontró una interacción estadísticamente significativa entre el eje eléctrico del QRS y la localización del electrodo con mejor respuesta en la localización anterior cuando el eje eléctrico del QRS preimplante era izquierdo y en la localización posterior cuando el eje eléctrico de QRS preimplante era normal.



ALTA PREVALENCIA DE ATEROSCLEROSIS SUBCLÍNICA EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE SIN EVIDENCIA DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

González-Juanatey C, Testa A, Vázquez T, Miranda A, Regueiro M, Puebla V, Ríos R, Pérez R, Peña C, González-Gay M.A

Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Xeral-Calde, Lugo

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS: Se ha descrito un aumento de la morbi-mortalidad cardiovascular (CV) en pacientes con espondilitis anquilosante (EA), que al igual que en otras enfermedades inflamatorias crónicas se ha puesto en relación con el desarrollo de aterosclerosis acelerada. El aumento del espesor íntima-media carotídeo (EIMC) y la presencia de placas de ateroma en la arteria carótida son conocidos predictores de aterosclerosis coronaria. El propósito de nuestro estudio fue analizar la presencia de aterosclerosis subclínica en pacientes con EA crónicamente tratados que no tenían evidencia clínica de enfermedad (CV), y determinar si factores demográficos o clínicos podrían relacionarse con el desarrollo de la enfermedad arteriosclerótica en estos pacientes.

MÉTODOS: Para ello hemos estudiado en nuestro hospital de forma consecutiva a 64 pacientes diagnosticados de EA por criterios modificados de Nueva York. Los pacientes requerían para la entrada en el estudio haber iniciado tratamiento al menos 1 año antes. Se excluyeron del estudio a los pacientes con antecedentes de episodios cardiovasculares previos. Se estudiaron también 64 controles de igual género, edad, raza y factores de riesgo CV clásicos. El EIMC y la presencia de placas carotídeas fueron analizados en la arteria carótida común mediante estudio ecográfico de alta resolución.

RESULTADOS: Los pacientes con EA tenían un mayor EIMC ($0,74 \pm 0,21$ mm) que los controles ($0,67 \pm 0,14$ mm), $p=0,01$. Además, los pacientes con EA presentaban en una mayor proporción placas carotídeas (29,7%) que los controles (9,4%), $p=0,03$. Los predictores independientes de la presencia de placas de ateroma a nivel carotídeo en los pacientes con EA fueron los niveles de inflamación sistémica determinada por velocidad de sedimentación globular (VSG) al diagnóstico de la enfermedad (OR:1,18 [95% CI: 1,04-1,33]; $p=0,01$) y la duración de la enfermedad (OR: 1,39 [95% CI: 1,01-1,92]; $p=0,05$).

CONCLUSIONES: Los pacientes con EA crónicamente tratados presentan un aumento significativo de hallazgos importantes de arteriosclerosis subclínica, que guarda una relación directa con los niveles de inflamación y la duración de la enfermedad

SUSTITUCIÓN DE LA RAÍZ AÓRTICA

Lugo J, Casquero E, Montoto J, Casais R, Asorey V, Piñón M, Yas S, Legarra J, Durán D, Pradas G

Hospital Meixoeiro. Vigo

INTRODUCCIÓN: El reemplazo de la raíz aórtica (RRA) es un procedimiento técnicamente complejo en continuo cambio. Existen varias técnicas y dispositivos que pueden ser utilizados de acuerdo a la patología subyacente. El objetivo de nuestro estudio es evaluar los resultados a corto y medio plazo en los pacientes intervenidos.

MÉTODOS: Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo de los pacientes intervenidos de RRA de diciembre de 1996 a abril de 2009, el seguimiento se obtuvo mediante historial clínico informático y llamada telefónica.

RESULTADOS:

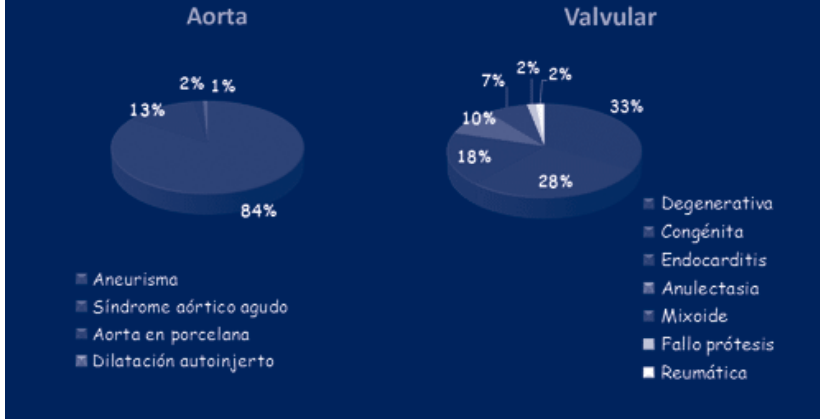
Factores de riesgo	N	%
Hipertensión	87	36,6
Tabaquismo	80	33,6
Dislipemia	39	16,4
Diabetes	18	7,6
EPOC	12	5,0
EVP	6	2,5
IR	5	2,1
ACV	2	0,8
Cirugía valvular previa	26	10,5
Cirugía coronaria previa	4	1,7
NYHA IV	24	11
Emergente	19	8

242 pacientes fueron intervenidos por RRA, edad $51 \pm 14,6$, 80.6% hombres, FEVI $58,1 \pm 11,3\%$, factores de riesgo (ver tabla).

Los diferentes procedimientos fueron: intervención de Ross 106, tubo valvulado 75, raíz biológica (xenoinjerto) 27, homoinjerto 19, sustitución de raíz con preservación valvular 15.

La enfermedad de base fue: patología valvular aislada en 128, patología de la aorta en 54 y patología mixta en 60 (ver gráfico).

Patología de base



Se realizó cirugía asociada en el 10,3% (13 coronaria, 10 mitral, 1 tricúspide). La mortalidad hospitalaria fue del 9,3% (23 pacientes). El seguimiento medio fue $47,6 \pm 34,7$ (1-148) meses, con una supervivencia de 1, 5 y 10 años del 89,8%, 85,3% y 78,7%. La libertad de reoperación es del 99,0% al año, 95,8% a los cinco años y del 91,8% a los 10 años.

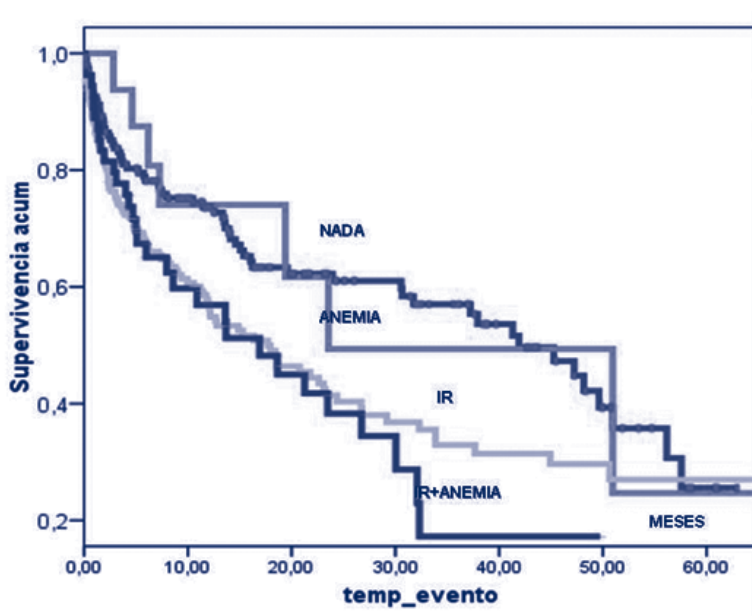
CONCLUSIONES: A pesar de la complejidad de la técnica quirúrgica y del riesgo medio de la población, los resultados son aceptables a corto y medio plazo.

ANEMIA E INSUFICIENCIA RENAL EN PACIENTES INGRESADOS POR ICC AVANZADA PERFIL CLINICO ASOCIADO E INFLUENCIA EN EL PRONÓSTICO EXTRA-HOSPITALARIO

Ocampo Míguez J, Gonzalez Bermudez I, Villanueva Benito I, Solla Ruiz I, Costa Gonzalez C, Lamas Touza J.M, Fernandez Obanza Winscheid E, Díaz Castro O

S. Cardiología. Hospital do Meixoeiro. CHUVI. Vigo

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS: estudios previos han observado la existencia de anemia (AN) e Insuf.renal (IR) de manera frecuente en los pacientes con Insuficiencia cardíaca (ICC). Su determinación puede ayudar en la evaluación pronóstica en los modelos de riesgo, recomendándose dada la disponibilidad.



MÉTODOS: Registro prospectivo de 421 pac. consecutivos (64%varones, edad mediana: 71 (24-91)) ingresados por ICC en un único centro. Se analizó la presencia de AN (Hb <11,5g/dl) e IR (FG<60ml-MDRD) el perfil asociado y su influencia pronostica a largo plazo (muerte o reingreso cardiovascular).

RESULTADOS: Presentaron AN el 18%, IR mod-severa (MDRD<60ml) en el 60%, y ambos (AN+IR) el 14% del total (n=57). Los pacientes con AN+IR fueron significativamente mayores (72 vs 68), con más DM (42% vs 27%), más frecuencia de origen isquémico de la ICC (40% vs 23%). Los pacientes con AN presentaron menor tasa de FEVI⁻ (=45%) en 34% vs 63%). La mortalidad hospitalaria ligeramente peor (5% vs 3%) aunque sin alcanzar significación. Se realizó seguimiento extrahospitalario en el 99% (mediana 17 meses). Presentaron muerte o reingreso el 51% (57 vs 50%, p:ns) mortalidad del 23%). Con Regresion de Cox, la existencia de AN no empeoró el pronóstico de manera independiente más allá de su coexistencia con IR (predictor independiente).

CONCLUSIÓN: Coexiste AN e IR en cerca del 15% de los pacientes con ICC. Su perfil de riesgo en el ingreso es peor. A largo plazo la existencia de AN sin IR no aporta información pronostica independiente.

PREVALENCIA, CAUSAS Y PRONÓSTICO DE LAS FALSAS ALARMAS AL LABORATORIO DE HEMODINÁMICA EN PACIENTES CON SOSPECHA DE INFARTO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DE ST: INFLUENCIA DE DIFERENTES ESTRATEGIAS DE ACTIVACIÓN DEL EQUIPO INTERVENCIONISTA

Barge Caballero E, Vázquez Rodríguez J.M, Estévez Loureiro R, Barge Caballero G, Calviño Santos R, Aldama López G, Salgado Fernández J, Piñón Esteban P, Vázquez González N, Castro Beiras A

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

ANTECEDENTES: La realización de un cateterismo cardiaco emergente en pacientes con falso diagnóstico de infarto con elevación de ST (IAMEST) puede conllevar consecuencias clínicas adversas e incrementar los costes sanitarios. Por ello, la prevalencia de “falsas alarmas” al laboratorio de Hemodinámica (FA) se ha propuesto como indicador de calidad de los programas que fomentan la angioplastia primaria (AP) como tratamiento del IAMEST.

OBJETIVOS: Analizar la prevalencia, causas y mortalidad de las FA en el marco de nuestra red regional de AP.

MÉTODOS: Registro prospectivo de 1662 pacientes remitidos para AP a nuestro centro intervencionista (CI) entre enero-03 y agosto-08. Todos ellos fueron sometidos a coronariografía emergente. La activación del equipo intervencionista era realizada por un cardiólogo clínico si el paciente llegaba a Urgencias del CI (n=948) ó por el facultativo responsable si llegaba a Urgencias de centros no intervencionistas (CNI, n=451). Desde mayo-05, los médicos de UVI Móviles-061 también podían activar el equipo desde el medio extrahospitalario (n=263). Se definió FA como la ausencia angiográfica de lesión coronaria culpable (LCC). Los marcadores de daño miocárdico (MDM) y el diagnóstico al alta también fueron considerados.

RESULTADOS: 120 pacientes (7.2%, CI95% 5.9-8.5%) no presentaron LCC. De ellos, 104 (87%) recibieron al alta un diagnóstico alternativo al IAMEST y 64 (53%) presentaron MDM negativos. Los diagnósticos alternativos más frecuentes fueron: IAM con onda Q antiguo (15%), anomalías inespecíficas de la repolarización (10%), pericarditis (8%), discinesia apical transitoria (8%) y miocarditis (7%). La mortalidad a 30 días fue 5.8% tanto para las FA como para las “verdaderas” alarmas (p=0.99). Las causas de muerte entre las FA fueron: shock séptico (3), disección aórtica (2), estenosis aórtica (1) y miocardiopatía isquémica crónica (1). Los predictores independientes de FA fueron: sexo femenino, edad < 45 años, ausencia de factores clásicos de riesgo coronario, bloqueo de rama izquierda e IAM previo. La prevalencia de FA fue mayor entre los médicos de los Servicios de Urgencias de CNI (9.5%, OR 1.6, IC95 1.1-2.5, p=0.02) que entre los cardiólogos del CI (6.1%). No se observaron diferencias entre este grupo y los médicos de UVI Móviles-061 (7.2%, OR 1.37, IC95 0.8-2.4).

CONCLUSIONES: Las FA son frecuentes en la práctica clínica, pero su pronóstico no siempre es benigno. El análisis de calidad de los programas de AP debe considerar las posibles causas y consecuencias de las FA, así como la influencia de diferentes estrategias de activación del equipo intervencionista sobre su prevalencia.

CAMBIOS EN EL PERFIL CLÍNICO, ATENCIÓN SANITARIA Y PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES CON IAM CON ELEVACIÓN DE ST TRATADOS MEDIANTE ICP URGENTE TRAS LA IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA. PROGALIAM: EXPERIENCIA Y RESULTADOS EN EL ÁREA NORTE DE GALICIA.

Barge Caballero E, Vázquez Rodríguez J.M, Estévez Loureiro R, Calviño Santos R, Aldama López G, Salgado Fernández J, Piñón Esteban P, Vázquez González N, Castro Beiras A

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

OBJETIVOS: Describir los cambios en la asistencia sanitaria y el pronóstico de los pacientes con IAM con elevación de ST (IAMEST) tratados con intervencionismo coronario percutáneo (ICP) urgente en nuestra área de referencia tras la puesta en marcha, en mayo-05, del Programa Gallego de Atención al Infarto Agudo de Miocardio (PROGALIAM).

MÉTODOS: Registro prospectivo de 1571 pacientes remitidos para ICP urgente por IAMEST entre 2003 y 2007. La muestra se dividió en dos grupos (etapa “previa”: Ene-03/Abr-05; etapa “PROGALIAM”: Mayo-05/Dic-07). Las novedades asistenciales en la etapa PROGALIAM fueron: generalización del ICP primario para todos los pacientes con IAMEST y tiempo de traslado estimado $<110'$, transferencia directa de pacientes con IAMEST desde el medio extrahospitalario al centro intervencionista (CI) por UVI Móviles-061 y retorno de pacientes estables tras el ICP a los centros no intervencionistas (CNI) de procedencia. En ambas etapas, se consideró el ICP de rescate para pacientes fibrinolizados sin reperusión a los $90'$.

RESULTADOS: Tras el inicio del programa, se observó un incremento del número total de procedimientos (etapa “previa”: $n=478$, 17.1 casos/mes; etapa “PROGALIAM”, $n=1093$, 34.2 casos/mes), con un descenso de la proporción de casos de ICP de rescate (16% vs 6%, $p<0.001$) y un aumento de la proporción de pacientes remitidos desde CNI (28% vs 46%, $p<0.001$), de casos realizados “off-hours” (68% vs 75%, $p=0.004$) y de pacientes en los que se desestimó el ICP tras la coronariografía (6% vs 11%, $p=0.002$). Entre los tratados con ICP primario ($n=1296$), se observó un incremento de la edad media (61 vs 64 años, $p<0.001$), del uso de abciximab (38% vs 65%, $p<0.001$), de la tasa de éxito angiográfico (87% vs 91%, $p=0.02$) y del empleo del acceso vascular radial (26% vs 71%, $p<0.001$). Los tiempos de atención sanitaria se redujeron en los pacientes remitidos desde CNI (puerta-balón: 171 vs 146 min, $p=0.01$; llamada-balón: 130 vs 115 min, $p<0.001$), pero no en los remitidos desde el CI (puerta-balón: 94 vs 92 min; llamada-balón: 63 vs 63 min; $p=ns$). La mortalidad a 30 días (5.0% vs 5.2%, $p=ns$) y 1 año (9.4% vs 9.5%, $p=ns$) fue baja en ambas etapas.

CONCLUSIONES: La puesta en marcha del PROGALIAM ha supuesto una reducción de los retrasos asociados a la asistencia sanitaria, especialmente entre los pacientes procedentes de CNI. Pese a la extensión de la indicación de ICP urgente a pacientes menos favorables, la mortalidad a corto y medio plazo sigue siendo baja.

COMBINACIÓN DE MARCADORES DE FUNCIÓN RENAL: VALOR PRONÓSTICO EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Raposerías Roubin S, García- Acuña J.M, Aguiar Souto P, Agra Bermejo R.M, Gonzalez Babarro E, Abu Assi E, Jaquet Herter M, Gonzalez Juanatey J.R

Complejo Hospitalario Universitario Santiago de Compostela

El objetivo de este estudio fue conocer la utilidad de diferentes parámetros de función renal en el pronóstico a largo plazo de los pacientes con síndrome coronario agudo (SCA).

MÉTODO: En 322 pacientes ingresados consecutivamente por un SCA se determinó en el momento de ingreso creatinina (Cr), Cistatina C (CC) y microalbuminuria (MA) en orina de 24 horas. Se establecieron cuatro grupos: Grupo 0 (aquellos que no tenían ningún marcador aumentado), Grupo 1 (1 marcador elevado), Grupo 2 (2 marcadores) y grupo 3 (3 marcadores). Se realizó un seguimiento máximo de tres años.

RESULTADOS: Los pacientes sin ningún marcador aumentado presentaban una significativa menor tasa de mortalidad y de insuficiencia cardíaca (3% y 7% respectivamente) frente al grupo 1 (14% y 15%), Grupo 2 (29% y 34%) y Grupo 3 (50% y 56%) ($p=0,01$). Se observó que el riesgo de hemorragias y nefropatía de contraste se incrementaba progresivamente con el número de marcadores aumentados ($p=0,01$). En el análisis multivariado el aumento de > 1 marcador de función renal era un importante predictor de mortalidad a largo plazo (RR: 2,54, IC 95% 1,90-3,30) y de insuficiencia cardíaca (RR: 1,66, CI 1,27-2,16), ajustado a la edad, sexo, fracción de eyección y severidad de la enfermedad coronaria.

CONCLUSIONES: La combinación de marcadores de función renal determinados en el momento del ingreso (Cistatina C, MA y Cr) identifica los grupos de mayor riesgo de complicaciones durante la fase hospitalaria y el seguimiento a largo plazo.

REMDELADO ESTRUCTURAL CARDÍACO TRAS ABLACIÓN DE FLÚTER TÍPICO

García Seara J, Martínez Sande J.L, Vidal R, Santás M, Vega M, Mazón P, Elices J, Fernández X, Varela A, González-Juanatey J.R

Servicio de Cardiología. Hospital Clínico de Santiago

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Valorar los cambios estructurales cardíacos tras la ablación con radiofrecuencia del Flúter típico.

MÉTODOS: Se estudiaron de forma consecutiva 56 pacientes remitidos para estudio electrofisiológico y ablación por flúter auricular típico. Se realizó un ecocardiograma en las primeras 6 horas post ablación y al cabo de 1 año de seguimiento. Se calculó las áreas máxima de aurícula derecha (AD) y aurícula izquierda (AI) por planimetría del borde interno de ambas en apical 4 cámaras y la fracción de acortamiento de la AD como el cociente entre la diferencia de áreas de AD en diástole y en sístole partido por el área de AD en diástole. Se calculó la fracción de eyección de ventrículo izquierdo (FEVI) según el método de Teicholz en eje paraesternal corto. Se calculó la variación interobservador e intraobservador en 10 pacientes.

RESULTADOS: La tasa de éxito agudo de la ablación fue el 100%. Recurrieron 7 pts (12,5%). 14 pts (28%) presentaron fibrilación auricular. La variabilidad intra e interobservador osciló entre 2-4%. 10 pts. (20%) presentaron taquicardiomiopatía. Se objetivaron diferencias estadísticamente significativas en la reducción del área de la AD, tanto en diástole como en sístole, así como en la mejoría de la fracción contráctil de AD. No se observaron diferencias en la disminución del área de AI ni en el diámetro de AI. Hubo una mejoría significativa de la FEVI con reducción significativa de ambos diámetros tanto el telediastólico como el telesistólico de VI. El patrón de disfunción diastólica más frecuente basal fue el grado 3 y en el seguimiento el grado 1. Se observó una mejoría estadísticamente significativa en la reducción del grado de disfunción diastólica.

No se observaron diferencias en la presencia de insuficiencia tricúspide e insuficiencia mitral en el seguimiento respecto al basal. Sin embargo se objetivó una reducción en el grado de insuficiencia tricuspídea y mitral en el seguimiento respecto al basal. No hubo diferencias en los parámetros estructurales según el sexo, duración de arritmia, nº episodios o frecuencia ventricular. Los pacientes <60 años mejoraron más la FEVI y la fracción de contractilidad de AD ($p < 0,05$),

CONCLUSIÓN: La ablación del Flúter típico y recuperación del ritmo sinusal produce en el seguimiento a 12 meses, una reducción del área de AD y diámetros ventriculares izquierdos así como una mejoría significativa en la fracción de acortamiento de AD y FEVI.

Remodelado estructural cardíaco. Diferencias entre seguimiento y basal

Diferencias parámetros seguimiento-basal (N= 50)	Media \pm DE	p
Area AD diastole, cm ²	-4,2 \pm 6,2	0,000*
Area AD sístole, cm ²	-4,1 \pm 4,7	0,000*
CFAD	+0,17 \pm 0,16	0,000*
Area AI, cm ²	-0,99 \pm 0,9	0,35
Diámetro AI , cm	-0,08 \pm 0,6	0,36
FEVI, %	+8,8 \pm 14,8	0,001*
FC, lpm	-3,5 \pm 13,1	0,07
DTD, mm	-0,24 \pm 0,5	0,01*
DTS, mm	-0,43 \pm 0,7	0,001*
SIV, mm	-0,09 \pm 0,2	0,02*
PP, mm	-0,05 \pm 0,2	0,17
E, cm/s	-0,09 \pm 0,2	0,01*
A, cm/s	+0,30 \pm 0,0,3	0,000*
E/A	-1,3 \pm 2,0	0,000*
Deceleración E, ms	+37 \pm 56	0,000*
TRIV, ms	-2,6 \pm 29,4	0,55

INTERVENCIONISMO CORONARIO PERCUTÁNEO EN EL PACIENTE MUY ANCIANO. SEGUIMIENTO A MEDIO PLAZO DE UNA COHORTE CON MANEJO INVASIVO

Villanueva Benito I, Solla Ruiz I, Paredes Galán E, Díaz Castro E, Lamas Touza J.M,
Calvo Iglesias F, Baz Alonso J.A, Íñiguez Romo A

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. H. Meixoeiro

ANTECEDENTES: La evolución de pacientes muy ancianos después de una intervención exitosa es con frecuencia una incógnita. Nuestro objetivo ha sido describir el pronóstico a medio plazo después de un intervencionismo coronario percutáneo (ICP) en pacientes mayores de 85 años.

MÉTODOS: Se llevó a cabo un seguimiento telefónico de todos los pacientes mayores de 85 años que fueron sometidos a ICP durante cinco años (2004-2008) y no fallecieron durante el ingreso.

RESULTADOS: Se analizaron 106 pacientes (edad 87 años (85-101)) sometidos a ICP. La indicación fundamental fue SCA, en el 87% (33% IAMEST, 36% IAMSEST, 12% angina inestable). El 54% eran mujeres, 26% diabéticos, 80% hipertensos, 48% dislipémicos. El 40% tenían antecedente de cardiopatía isquémica, el 12% previamente revascularizados (5% CABG). El índice de comorbilidad de Charlson fue de 8 puntos (6-14).

El 66% tenía enfermedad multivaso, realizándose revascularización completa en el 34%. La FE al alta fue <55% en el 45% (23% FE<45%).

La supervivencia a los 6, 12 y 18 meses fue 90, 85 y 82% respectivamente, y la supervivencia libre de MACE (muerte, reIAM, necesidad de nueva revascularización o íctus) fue 90,83 y 71%.

CONCLUSIONES: Los pacientes muy ancianos sometidos a ICP, una vez superada la fase aguda, presentan una incidencia baja de mortalidad y eventos cardiovasculares mayores a medio plazo.

LA MIOPERICARDITIS DEL ADULTO EN LOS INICIOS DEL SIGLO XXI, PRONÓSTICO DE UNA COHORTE GALLEGA

Vidal Pérez R, Abu Assi E, Gutiérrez Feijoo M, González Babarro E, Peña Gil C, Rigueiro Veloso P, García Acuña J.M, Virgós Lamela A, González Juanatey J.R

Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela

ANTECEDENTES: Antecedentes y objetivos: Analizamos el perfil clínico de los pacientes catalogados de miocarditis tras la implantación de los nuevos marcadores de necrosis miocárdica más sensibles y específicos (Troponina I-cTnI y CK-MB).

MÉTODOS: Entre Enero del 2000 y Abril del 2009, se estudiaron de forma retrospectiva 159 pts, >14 años. A todos se les practicó ecocardiograma y en 23% se demostró ausencia de lesiones coronarias mediante coronariografía.

RESULTADOS: La edad media fue de $29,6 \pm 9,6$ años, el 93% eran varones, 6,3% consumidores de drogas, 2 pacientes habían presentado episodios previos de miopericarditis y otros 3 de pericarditis. El 60% relataban un cuadro infeccioso previo al ingreso, siendo el 83% de vías respiratorias superiores. En el 13,2% se objetivó fiebre al ingreso. 13,6% pacientes presentaron derrame pericárdico. En el 79% de los pacientes el dolor se modificaba con la inspiración y/o la postura. El 82% de los ECG iniciales mostraron elevación del ST (>1mm) en más de una derivación consecutiva. El pico máximo de necrosis fue de $58,8 \pm 49,3$ gr/l para CK MB y $16,6 \pm 20,8$ gr/l para cTnI. La fracción de eyección media inicial fue de 61%. 7 pacientes presentaron inicialmente valores < 55%, que se normalizaron antes del alta. Ningún paciente presentaba signos de insuficiencia cardíaca a la llegada.

La mediana de seguimiento fue de 1108 días, con 6 recidivas (3,7% del total) de miopericarditis en el seguimiento y con un solo fallecimiento (un paciente con miopericarditis de repetición e inmunosupresión).

CONCLUSIONES: La miopericarditis del adulto se presenta fundamentalmente en el varón joven, no presenta afectación pericárdica significativa ni compromiso permanente de la función ventricular izquierda y su comportamiento es bastante benigno en el seguimiento a medio plazo

LA TRASFERENCIA DIRECTA PARA ANGIOPLASTIA PRIMARIA REDUCE LOS RETRASOS TEMPORALES Y MEJORA EL PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES CON INFARTO CON ELEVACIÓN DEL ST

Estévez Loureiro R, Barge Caballero E, Franco Gutiérrez R, Sieira Rodríguez-Moret J.A, Rodríguez Vilela A, Calviño Santos R, Salgado Fernández J, Vázquez Rodríguez J.M, Vázquez González N, Castro Beiras A.

Unidad de Cardiología Intervencionista. Servicio de Cardiología. Área del Corazón. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS: el tiempo desde el inicio de los síntomas hasta la reperusión (TSR) y el retraso puerta-balón (RPB) son importantes determinantes pronósticos en los pacientes con infarto de miocardio con elevación del ST (IAMEST) tratados con angioplastia primaria (AP). El objetivo de este estudio es determinar si la transferencia directa (TD) por medio de ambulancias desde el punto del diagnóstico reduce esos intervalos temporales y mejora el pronóstico de dichos pacientes.

MÉTODOS: análisis de una cohorte de 1194 pacientes (81% varones; edad 63 ± 13 años) con IAMEST tratados con AP entre Mayo de 2005 y Diciembre de 2008.

RESULTADOS: durante este periodo 255 pts (21%) fueron transferidos directamente al laboratorio de hemodinámica, 142 (11,8%) de ellos desde el área de referencia de hospitales sin hemodinámica. El resto de la cohorte acudió primero a un departamento de Urgencias (en nuestro hospital o en hospitales periféricos). El grupo TD presentó un menor RPB (mediana 102 vs. 125 minutos, $P < 0.0001$) y un menor TSR (mediana 189 vs. 259 minutos, $P < 0.0001$) en comparación con los que fueron remitidos desde Urgencias. Estas diferencias se mantuvieron significativas al analizar los pacientes de nuestra área {RPB (88 vs. 98 minutos, $P < 0.0001$ y TSR (174 vs. 219 minutos, $P < 0.0001$)} y los remitidos desde áreas periféricas separadamente {RPB (110 vs. 169 minutos, $P < 0.0001$) y TSR (197 vs. 342 minutos, $P < 0.0001$)}. Los pacientes del grupo de TD presentaron menor mortalidad a 30 días (6,7% vs. 2,7%, $p = 0,017$). Un análisis de regresión logística identificó a la TD como independientemente asociado a un mejor pronóstico a corto plazo (OR 0,33 IC95 0,12-0,92)

CONCLUSIONES: La TD se asocia a una disminución de los retrasos inherentes a la AP y a un pronóstico más favorable. Debería potenciarse esta estrategia en los centros que dispongan de programa de AP.

IMPLANTE PERCUTÁNEO DE BIOPRÓTESIS VALVULARES AÓRTICAS. EXPERIENCIA INICIAL DE UN CENTRO

García Campos A, Estévez Loureiro R, Vázquez González N, Sieira Rodríguez-Moret J.A, Salgado Fernández J, Bouzas Mosquera A, Cuenca Castillo J, Estévez Cid F, Marzoa Rivas R, Castro Beiras A.

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC)

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS: la estenosis aórtica (EA) es la valvulopatía sintomática más frecuente en el mundo occidental. En los últimos años se ha desarrollado el implante de bioprótesis aórticas mediante técnicas transcatóter. Esto ha permitido tratar a personas de edad avanzada con excesivo riesgo quirúrgico que antes no podrían recibir ningún tratamiento. Sin embargo, todavía no existe suficiente información sobre seguridad y eficacia del procedimiento. El propósito de este estudio fue analizar nuestra serie de pacientes tratados mediante implante percutáneo de prótesis aórtica.

MÉTODOS: análisis de una cohorte de 12 pacientes a los que se implantó una prótesis aórtica biológica tipo Edwards Sapien mediante acceso transfemoral entre diciembre de 2008 y mayo de 2009. Se analizaron las características clínicas y ecocardiográficas, y las complicaciones intraprocedimiento, durante el ingreso y a 30 días desde el alta.

RESULTADOS: la edad media de la serie fue de 81 ± 4 años y el 67% eran varones. Todos los pacientes presentaban insuficiencia cardíaca (91% en clase III y 9% en clase IV de la NYHA), un paciente (9%) presentaba angina y otro había presentado un síncope. Las escalas de riesgo pre-intervención mostraban un EuroScore aditivo de $9,8 \pm 2,5$, un EuroScore logístico de $21,2 \pm 16,6$ y un STS de 7 ± 4 . En cuanto a las características ecocardiográficas, la fracción de eyección de la serie era de $52 \pm 18\%$, el gradiente máximo 83 ± 29 , el gradiente medio 48 ± 14 y el área valvular aórtica era $0,65 \pm 0,12$. El anillo aórtico medido por ecotranstorácico fue de $22 \pm 1,1$ mm. Se emplearon prótesis de 26 mm en el 91% de los casos. Durante el procedimiento o la estancia hospitalaria 5 pacientes (42%) presentaron alguna complicación (2 episodios de FA rápida, un bloqueo de 2º grado transitorio, un bloqueo de rama izquierda transitorio, una disfunción protésica tras el implante que obligó a implante de una segunda prótesis y una oclusión de la arteria que sirvió de acceso vascular obligando a realizar un by-pass fémoro-femoral cruzado). La estancia media de los pacientes post-procedimiento fue de 6 ± 4 días. En el seguimiento a 30 días, 3 pacientes (25%) reingresaron en el hospital (1 anemia, 1 insuficiencia cardíaca y 1 infección de herida quirúrgica). El 91% de los pacientes experimentó mejoría de clase funcional. No hubo fallecimientos intrahospitalarios ni en el seguimiento.

CONCLUSIONES: el implante de prótesis aórtica percutánea es un procedimiento seguro que se asocia de forma poco frecuente a complicaciones graves y que mejora la situación funcional de los pacientes.

USO DE CPAP Y SU INFLUENCIA EN EL PRONÓSTICO EN MIOCARDIOPATÍA DILATADA

Reinoso Hermida S.¹, Villar Latorre C.², García García M.³

¹MIR Medicina de Familia y Comunitaria. C. S. O Carballiño (Ourense). UDMFyC Ourense

²MIR Medicina de Familia y Comunitaria. C.S. A Cuña - Mariñamansa (Ourense). UDMFyC Ourense

³Médico adjunto Cardiología Complejo Hospitalario de Ourense (CHOU)

OBJETIVO: Identificar si el tratamiento del Síndrome de Apnea Obstruktiva del Sueño (SAOS) influye en le pronóstico en miocardiopatía dilatada (MD).

MÉTODOS: Se utilizó una muestra de pacientes con SAOS y MD de un estudio previo. Se incluyeron los siguientes datos: edad, sexo e Índice de Apnea Hipoapnea (IAH). Se realizó un seguimiento durante un año registrando el número de ingresos por reagudización de su MD y los éxitus. Los pacientes con IAH >15 seguían tratamiento con CPAP.

RESULTADOS: Se incluyeron 50 pacientes (86% hombres), con una edad media de 69,6 años (DE 10,9). Al año el número medio de ingresos fue 0,24 (DE 0,69) y habían fallecido el 6% de los pacientes. El análisis de regresión logística mostró relación entre éxitus e IAH <15 (?2 = 6,19; p = 0,01). No se apreció relación entre IAH y número de ingresos.

CONCLUSIONES: Los pacientes con MD que seguían tratamiento con CPAP presentaron menor mortalidad al año de seguimiento.

PAPEL DE LA ANEMIA SEGÚN LA DEFINICIÓN DE LA OMS EN PACIENTES OCTOGENARIOS HOSPITALIZADOS CON EL DIAGNÓSTICO DE INSUFICIENCIA Cardíaca

Vidal Pérez R, Abu Assi E, Pazo Núñez M, Teijeira Fernández E, Álvarez Barredo M, Elices Teja J, Cabanas Grandío P, Varela Román A, Lorenzo Zúñiga V, González Juanatey J.R

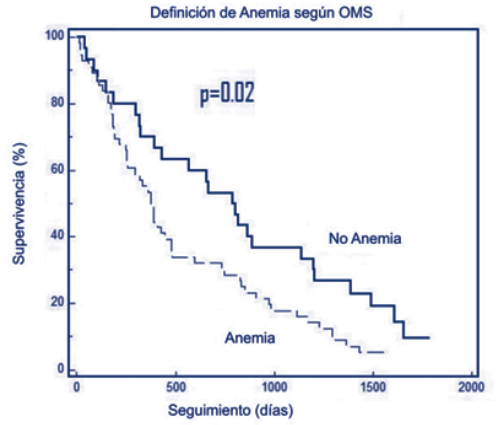
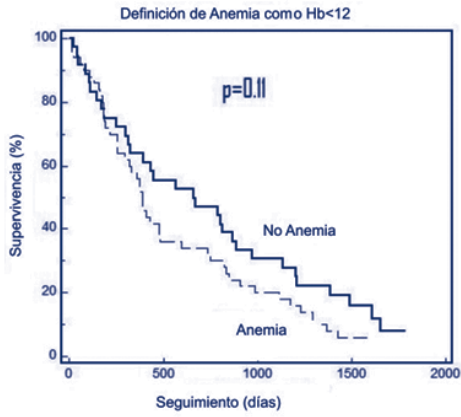
*Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela
Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela*

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS: La presencia de bajos niveles de hemoglobina (Hb) en insuficiencia cardíaca (IC) se ha relacionado con peor pronóstico en el seguimiento, pero su incidencia e impacto en octogenarios con IC no está bien estudiado. No es claro si diferentes puntos de corte para anemia tienen el mismo poder discriminante

MÉTODOS: Estudio prospectivo de pacientes consecutivos hospitalizados en el período del año 2004 en un Servicio de Medicina Interna con el diagnóstico de IC, seleccionando a los octogenarios. Se recogieron de las notas de ingreso datos demográficos, comorbilidades, tratamientos, valores de laboratorio. Se definieron bajos niveles de Hb cuando Hb < 12 g/dL para mujeres y <13 g/dL en hombres como sugiere la definición de la OMS. Se comparó con un punto de corte <12 para ambos sexos.

RESULTADOS: Se estudiaron 228 pacientes, edad media de $76,5 \pm 10,8$ años (octogenarios 40,8%). La mortalidad al final del año 2008 era del 68,4% (mediana de seguimiento 824 días) y para los octogenarios del 91,8%. Se encontró anemia por la definición de la OMS en 53,9% de los pacientes y en octogenarios 62,4%. En el análisis multivariado para población global fueron predictores de mortalidad la edad, tasa de filtrado glomerular y anemia. En análisis de Kaplan Meier sólo para octogenarios la Anemia por la OMS fue un predictor de mortalidad ($p=0,02$) mientras que un punto de corte arbitrario ($Hb < 12$) ya no lo era ($p=0,11$) como también se puede observar en la figura adjunta.

CONCLUSIONES: La anemia al ingreso es muy frecuente en pacientes ancianos con IC y tiene un importante impacto pronóstico, pero su poder predictor es mayor en este grupo de octogenarios cuando se utiliza la definición de la OMS para anemia.



ESTRATIFICACIÓN PRONÓSTICA MEDIANTE UNA ESTRATEGIA BASADA EN LA COMBINACIÓN DE MULTIMARCADORES EN EL INFARTO DE MIOCARDIO TRATADO CON ANGIOPLASTIA PRIMARIA

Cabanas Grandío P, Elices Teja J, Abu Assi E, García Acuña J.M, González-Juanatey J.R.

Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. Servicio de Cardiología y Unidad Coronaria.

Recientemente varios marcadores mostraron su utilidad para la estratificación pronóstica de los pts con infarto de miocardio con elevación del ST (IAM-EST). Entre ellos el recuento, al ingreso, de leucocitos (L), la glucemia plasmática (GP) y la tasa de filtrado glomerular (TFG). Poco se sabe sobre la utilidad pronóstica de la combinación de estos 3 factores en el IAM-EST.

OBJETIVO: evaluar la utilidad en predecir la mortalidad intrahospitalaria (mH) de la combinación de 1, 2 o los 3 marcadores previos en el IAM-EST. Métodos: Prospectivamente, entre 2/04 y 12/08 evaluamos en 510 pts con IAM-EST tratados con intervencionismo coronario primario (ICP) la asociación entre el recuento al ingreso de los L, GP y la TFG con la mH. El recuento de los marcadores previos se realizó en las primeras 24 horas del ingreso.

RESULTADOS: La mH se fue incrementando de manera progresiva a medida que se incrementaba el valor del recuento de los L ($\geq 12,883/ m l$; tercil superior), de GP ($\geq 164mg/dl$; tercil superior) y a medida que fue reduciéndose la TFG ($\leq 60ml/min/1,73m^2$; tercil inferior). Los pts que tenían los 3 marcadores previos alterados (según los terciles anteriores) presentaron mayor tasa de mH (32%). Tras ajustar por edad, sexo, HTA, DM, HLP, tabaquismo, IAM previo, clase Killip, tiempo síntomas-balón y localización anterior del IAM; el análisis multivariable mostró que en comparación con aquellos que no tenían ninguno de los 3 marcadores previos alterados, los que tenían los 3 marcadores alterados presentaban una OR, para la mH, de 5,89 (IC 95% [2,04-16,99]; $p<0,001$), para aquellos con 2 marcadores alterados, la OR fue de 1,89 (IC 95% [0,94-3,80]; $p=0,07$) y de 0,88 (IC 95% [0,28-2,8]; $p=0,084$) para aquellos con tan sólo un marcador alterado.

CONCLUSIÓN: La combinación de unos marcadores baratos, amplia y universalmente disponibles como el recuento leucocitario, glucemia plasmática y la tasa de filtrado glomerular al ingreso en el IAM-EST tratado con ICP, es útil en la estratificación del riesgo de muerte intrahospitalaria.