ORGANIZA:

SOCIEDAD GALLEGA DE
Cardiología

Actividad acreditada con 5,03 créditos

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA | Comité de Acreditación CASEC

SECRETARÍA TÉCNICA:

congrega
grupo de servicios

dirección C/ Rosalía de Castro, 13 - 1º Izda. 15004 A Coruña teléfono 981 216 416
fax 981 217 542 e-mail congrega@congrega.es web www.congrega.es

reunión anual de la SOCIEDAD GALLEGA DE Cardiología

A Coruña, **4** y **5** de junio de **2010**
Sede: Hotel Meliá María Pita

PROGRAMA

INDICE

COMITÉ CIENTÍFICO:

Marisol Bravo Amaro

Manuel García García

Javier García Seara

Carlos González Juanatey

José Ángel Rodríguez Fernández

COMITÉ LOCAL:

Ramón Calviño Santos

José Manuel Vázquez Rodríguez

JUNTA DIRECTIVA:

Presidente:	Ramiro Trillo Nouche
Vicepresidente:	José Manuel Vázquez Rodríguez
Tesorero:	Carlos González Juanatey
Secretario:	Ricardo Izquierdo González
Web:	Oscar Díaz Castro
Vocales:	María Bastos Fernández
	Ramón Calviño Santos
	Manuel García García
	Javier García Seara
	Sven Gunther Cando
	Enrique Iglesias del Río
	José Antonio Lombán Villanueva
	María Victoria Platero Vázquez

VIERNES, 4 DE JUNIO

15:30 Entrega de documentación

16:00-18:00 COMUNICACIONES ORALES

Moderadoras:

Ana Testa Fernández
Hospital Xeral Calde de Lugo

María Dolores Martínez Ruiz
Complexo Hospitalario Arquitecto Marcide - Novoa Santos. Ferrol

BLOQUEO AURÍCULO-VENTRICULAR Y NECESIDAD DE MARCAPASOS COMO COMPLICACIÓN DEL IMPLANTE TRANSCATÉTER DE PRÓTESIS AÓRTICAS EXPANDIBLES CON BALÓN: EXPERIENCIA DE UN CENTRO

Ana García Campos; Lourdes García Bueno; Jorge Salgado Fernández; Rodrigo Estévez Loureiro; Juan Antonio Sieira Rodríguez-Moret; Nicolás Vázquez González; Alberto Bouzas Mosquera; Pablo Pazos López; Ignacio Mosquera Pérez; Jose Cuenca Castillo; Alfonso Castro Beiras;
Centro Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC)

STENTS LIBERADORES DE FÁRMACOS DE SEGUNDA GENERACIÓN Y DE PRIMERA GENERACIÓN: COMPARACIÓN CLÍNICA A 2 AÑOS

Ana García Campos; Juan Antonio Sieira Rodríguez-Moret; Xacobe Flores Ríos; Manuel López Pérez; Juan Pablo Abugattas de Torres; Lourdes García Bueno; Óscar Prada Delgado; Ramón Calviño Santos; Guillermo Aldama López; Nicolás Vázquez González; Alfonso Castro Beiras;
Centro Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC)

¿SE TROMBOSAN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL LOS STENTS LIBERADORES DE FÁRMACOS DE SEGUNDA GENERACIÓN? EXPERIENCIA DE UN CENTRO

Ana García Campos; Manuel López Pérez; Xacobe Flores Ríos; Juan Antonio Sieira Rodríguez-Moret; Lourdes García Bueno; Juan Pablo Abugattas de Torres; Alberto José Pérez Pérez; Ramón Calviño Santos; Pablo Piñón Esteban; Nicolás Vázquez González; Alfonso Castro Beiras;
Centro Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC)

ESTUDIO GENIA: STENT GENOUS EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO. RESULTADOS A MEDIO PLAZO

Melisa Santas Alvarez; López Otero Diego; Trillo Nouche Ramiro; Souto Catsro Pablo; Cid Álvarez Belen; Domínguez Touriño Maria Elena; González Juanatey José Ramón;
Hospital Clínico Universitario de Santiago de Composeta (CHUS)

VALOR DE LA ISQUEMIA LEVE DURANTE LA ECOCARDIOGRAFÍA DE EJERCICIO EN CINTA RODANTE PARA EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA

Méndez Eirin Elizabet; Pazos López Pablo; Pérez Pérez Alberto José; Casas Lago Sheila; García Campos Ana; García Bueno Lourdes; Abugattás de Torres Juan Pablo; García López Fernando; Piñeiro Portela Miriam; Peteiro Vázquez Jesús; Castro Beiras Alfonso;
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

VALOR PRONÓSTICO DE LA NUEVA ESCALA INTERMACS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA SEVERA TRATADOS CON TRASPLANTE CARDIACO URGENTE

Barge Caballero Eduardo; Paniagua Martín María Jesús; Marzoa Rivas Raquel; Solla Buceta Miguel; Campo Pérez Rosa; Rodríguez Fernández José Ángel; Blanco Canosa Paula; Pérez Pérez Alberto; Cuenca Castillo José Joaquín; Castro Beiras Alfonso; Crespo Leiro Marisa;
Centro Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC)

IMPACTO PRONÓSTICO DE LA PROGRESIÓN DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR EN UN ESTUDIO COMUNITARIO: ESTUDIO FABAR (FIBRILACIÓN AURICULAR EN EL ÁREA DEL BARBANZA)

Alberto García Castelo; Javier García Seara; Fernando Otero Raviña; Manuel Lado López; Andrés Vizcaya Ramos; José L. Martínez Sande; José R. González Juanatey;
Grupo Barbanza

COMPARACIÓN ENTRE ECOCARDIOGRAFÍA EN PICO DE EJERCICIO REALIZADA EN BICICLETA SUPINA FRENTE A LA REALIZADA EN CINTA RODANTE PARA DETECTAR ENFERMEDAD CORONARIA

Alberto José Pérez Pérez; Peteiro Vazquez Jesús; Bouzas Mosquera Alberto; Pazos López Pablo; Piñeiro Portela Miriam; Campo Pérez Rosa María; Casas Lago Sheyla; Méndez Eirín Elizabet; Franco Gütierrez Raul; Flores Ríos Xacobe; Castro Beiras Alfonso;
Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. Servicio de Cardiología

ECOCARDIOGRAFÍA DE EJERCICIO EN CINTA RODANTE PARA PREDECIR EVENTOS EN PACIENTES CON HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA

Alberto Jose Pérez Pérez; Peteiro Vazquez Jesús; Bouzas Mosquera Alberto; Pazos Lopez Pablo; Piñeiro Portela Miriam; Campo Pérez Rosa María; Méndez Eirin Elizabet; García López Fernando; Barge Caballero Gonzalo; Salgado Fernández Jorge; Castro Beiras Alfonso;
Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. Servicio de Cardiología

COMPARACIÓN DE ANGIOPLASTIA CON BALÓN FRENTE A IMPLANTE DE STENT CORONARIO EN PACIENTES CON SCACEST SOMETIDOS A ANGIOPLASTIA PRIMARIA: PRONÓSTICO A 10 AÑOS

Franco Gutiérrez Raúl ; Siera Rodriguez-Moret Juan Antonio; Pérez López Javier; López Sainz Ángela; López Pérez Manuel; Perez Perez Alberto; Flores Rios Xacobe; Estevez Loureiro Rodrigo; Campo Pérez Rosa; Rodriguez Fernández José Ángel; Castro Beiras Alfonso;
Complejo Hospitalario Universitario de La Coruña

PRODUCTOS DE GLICACIÓN AVANZADA: VALOR PRONÓSTICO EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA

Raposeiras Roubin S; Raposeiras Roubin S; Rodiño Janeiro BK; Grigorian Shamagian I; Álvarez Castro E; Moure M; Seoane A; Varela Roman A; González Juanatey JR;
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (CHUS)

IMPLANTE TRANSCATÉTER DE PRÓTESIS VALVULARES AÓRTICAS: ANÁLISIS DE LOS PRIMEROS 50 PACIENTES DE UN CENTRO

Ana García Campos; Lourdes García Bueno; Jorge Salgado Fernández; Nicolás Vázquez González; Juan Antonio Sieira Rodríguez-Moret; Rodrigo Estévez Loureiro; Juan Pablo Abugattas de Torres; Raquel Marzoa Rivas; Alberto Bouzas Mosquera; Jose Cuenca Castillo; Alfonso Castro Beiras;
Centro Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC)

VIERNES, 4 DE JUNIO

18:00 -18:30 **Pausa-café / Sesión póster**

18:30-20:00

CARDIOACTUALIDAD

Moderadores:

Antonio Amaro Cendón
Complexo Hospitalario de Pontevedra

Francisco Calvo Iglesias
Complexo Hospitalario Universitario de Vigo

Actualidades en valvulopatías
Ruth Pérez Fernández
Hospital Xeral Calde. Lugo

Actualidades en insuficiencia cardíaca
Alfonso Varela Román
Complexo Hopsitalario Universitario de Santiago

Actualidades en cardiopatía isquémica
Milagros Pedreira Pérez
Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

Actualidades en arritmología y electroestimulación
Diego Pérez Díez
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

20:00-21:00

SIMPOSIUM SATÉLITE ALMIRALL:
DIABETES Y ENFERMEDAD CARDÍACA

Moderador:

Alfonso Castro-Beiras
Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña

Magnitud del problema y casos prácticos
Xacobe Flores Ríos
Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña

Evaluación y tratamiento del paciente diabético con cardiopatía: aspectos prácticos
Teresa Martínez Ramonde
Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña

22:00 **Cena**

SÁBADO, 5 DE JUNIO

11:00-12:00

LAS OPINIONES DEL EXPERTO

ACTUALIZACIONES EN EL TRATAMIENTO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR

Moderadores:

José Luís Martínez Sande
Complexo Hospitalario Universitario de Santiago

Luisa Pérez Álvarez
Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña

Ponente:

Jesús Almendral Garrote
Grupo Hospital de Madrid. Universidad CEU-San Pablo. Madrid

12:00-12:30

Pausa-café / Sesión póster

12:30-13:30

SIMPOSIUM SATÉLITE MERCK SHARP & DOHME: PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR EN EL PACIENTE CON DISLIPEMIA: LA ESTRATEGIA DE ELECCIÓN SON LAS TERAPIAS COMBINADAS

Ponente:

José Ángel Rodríguez Fernández
Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña

13:30-14:30

Asamblea SOGACAR

14:30

COMIDA

17.15-19.30

MESA DE ENFERMERÍA

Moderadora:
María C. Sabater Sánchez
Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña

17:15- 18:00

1ª PARTE: "ENFERMERÍA Y ACTUALIDAD"

Investigación en Enfermería
Pablo Uriel Latorre
Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña

Grado y Especialidades de Enfermería
Enrique Iglesias López
Complexo Hospitalario Universitario de Vigo

18:00- 18:30

Pausa-café

18:30- 19:30

2ª PARTE: "INTEGRACIÓN DE LA ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE CARDIOLÓGICO"

Papel de la Enfermera en el Seguimiento de Pacientes Portadores de Marcapasos. 20 Años de Expeiencia
Natividad Crespo Carazo
Complexo Hospitalario Universitario de Vigo

Programa PROMICAS. Papel de la Enfermería
Pilar Fariñas Garrido
Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña

Función Educadora de la Enfermería en Cardiología
Carmen Naya Leira
Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña

COMUNICACIONES ORALES

BLOQUEO AURÍCULO-VENTRICULAR Y NECESIDAD DE MARCAPASOS COMO COMPLICACIÓN DEL IMPLANTE TRANSCATÉTER DE PRÓTESIS AÓRTICAS EXPANDIBLES CON BALÓN: EXPERIENCIA DE UN CENTRO

Ana García Campos; Lourdes García Bueno; Jorge Salgado Fernández; Rodrigo Estévez Loureiro; Juan Antonio Sieira Rodríguez-Moret; Nicolás Vázquez González; Alberto Bouzas Mosquera; Pablo Pazos López; Ignacio Mosquera Pérez; Jose Cuenca Castillo; Alfonso Castro Beiras;

Centro Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC)

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El bloqueo aurículo-ventricular (BAV) y la necesidad de marcapasos (MP) se han descrito como complicación del implante transcatéter de prótesis valvulares aórticas autoexplandibles con mayor frecuencia que tras la cirugía abierta. Su incidencia tras el implante de prótesis expandibles con balón (Edwards-Sapien) se ha reportado con menos frecuencia. Nos proponemos analizar la incidencia de BAV tras el implante de prótesis aórticas Edwards-Sapien mediante técnica transcatéter en nuestro centro, y evaluar posibles factores relacionados con esta complicación.

MÉTODOS: Estudiamos una cohorte de 49 pacientes consecutivos no portadores de MP a los que se implantó una prótesis aórtica Edwards Sapien mediante acceso transfemoral o transapical entre 2008 y 2010. Evaluamos la frecuencia de BAV completo o de 2º grado y la necesidad de MP permanente. Examinamos los registros ECG previos y posteriores al procedimiento.

RESULTADOS: Características basales: edad media 82.2±5.2 años; 53% varones. El ECG basal mostró: fibrilación auricular 20%, bloqueo de rama izquierda (BRI) 24.5%, bloqueo de rama derecha (BRD) 14%, hemibloqueo anterior de rama izquierda (HARI) 16.3%, BRD y HARI 6.1%. Tras el procedimiento 5 pacientes (10.2%) desarrollaron BAV. 2 BAV se resolvieron en menos de 48 horas. 3 BAV precisaron implante de MP (6.1%). Un paciente presentó un BRI transitorio. Los pacientes con BAV y BRI transitorios no han presentado recurrencias en el seguimiento. Únicamente hemos identificado como factor de riesgo para BAV el presentar BRD+HARI previo al procedimiento (66.7% BAV en pacientes con BRD+HARI vs 6.5% sin BRD+HARI, p=0.024).

CONCLUSIONES: El BAV y la necesidad de MP son complicaciones poco frecuentes tras el implante de prótesis aórticas Edwards-Sapien. Los pacientes con mayor riesgo de padecerlo en nuestra serie fueron los que presentan BRD y HARI, por lo que precisarán monitorización más estrecha.

STENTS LIBERADORES DE FÁRMACOS DE SEGUNDA GENERACIÓN Y DE PRIMERA GENERACIÓN: COMPARACIÓN CLÍNICA A 2 AÑOS

Ana García Campos; Juan Antonio Sieira Rodríguez-Moret; Xacobe Flores Ríos; Manuel López Pérez; Juan Pablo Abugattas de Torres; Lourdes García Bueno; Óscar Prada Delgado; Ramón Calviño Santos; Guillermo Aldama López; Nicolás Vázquez González; Alfonso Castro Beiras;

Centro Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC)

INTRODUCCIÓN: Actualmente, existe evidencia limitada acerca de la eficacia y seguridad de los stents liberadores de fármaco de 2ª generación (SLF2G) (stents liberadores de everolimus y zotarolimus) frente a los stents liberadores de 1ª generación (stents liberadores de paclitaxel -SLP- y sirolimus) en un medio de práctica clínica real.

MÉTODOS: Realizamos un estudio de seguimiento de 2 cohortes históricas de pacientes tratados con al menos un SLF2G (stent liberador de Zotarolimus (SLZ) o Everolimus (SLE)) (N=218), y con al menos un SLP [únicos SLF1G disponibles en nuestro centro] (N=181) durante 2007-2008 en nuestra unidad de Hemodinámica, para comparar el riesgo de eventos cardíacos mayores (muerte e infarto no fatal) y de revascularización de lesión tratada (RLT).

RESULTADOS: Tras un seguimiento superior a 2 años (mediana 857 días) no hemos objetivado diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en la incidencia de muerte (4.6% en SLF2G vs 7.7% en SLP, respectivamente, p=0.188), infarto de miocardio (2.3% vs 2.9%, p=0.359) ni de RLT (6.9% en SLF2G vs 5.5% en SLP, p=0.578). Tampoco hemos detectado diferencias estadísticamente significativas en la incidencia de Trombosis de los stent (1.4% en SLF2G vs 2.8% en SLP, p=0.477). En un modelo de regresión de Cox ajustado por edad, sexo, DM, diámetro y longitud del stent, enfermedad multivaso, insuficiencia renal y función ventricular, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre SLF2G y SLP en el riesgo de muerte (Hazard ratio -HR- 0,375, p= 0,1), infarto (HR 1,137, p=0,516) ni RLT (HR 1,1, p=0.798).

CONCLUSIONES: En nuestro medio, tras un seguimiento a 2 años, el uso de SLF2G es tan eficaz y seguro como el uso de SLP. No hemos detectado diferencias en el riesgo de muerte, infarto ni RLT entre los SLF2G y los SLP.

¿SE TROMBOSAN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL LOS STENTS LIBERADORES DE FÁRMACOS DE SEGUNDA GENERACIÓN? EXPERIENCIA DE UNCENTRO

Ana García Campos; Manuel López Pérez; Xacobe Flores Ríos; Juan Antonio Sieira Rodríguez-Moret; Lourdes García Bueno; Juan Pablo Abugattas de Torres; Alberto José Pérez Pérez; Ramón Calviño Santos; Pablo Piñón Esteban; Nicolás Vázquez González; Alfonso Castro Beiras;

Centro Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC)

INTRODUCCIÓN: Actualmente, existen datos limitados sobre la incidencia de trombosis de los stents liberadores de fármacos de segunda generación (SLF2G) (stents liberadores de Zotarolimus (SLZ) y Everolimus (SLE)) en la práctica clínica real.

MÉTODOS: Realizamos un estudio de seguimiento de una cohorte histórica compuesta por 137 pacientes que recibieron al menos un SLZ o SLE como tratamiento de enfermedad coronaria en nuestra Unidad de Hemodinámica. Se excluyeron los pacientes que recibieron algún stent liberador de otro fármaco. El objetivo fue cuantificar la incidencia de trombosis demostrada del stent, definida de acuerdo a los criterios vigentes del Academic Research Consortium.

RESULTADOS: Nuestra población presentó un peor perfil clínico que las poblaciones de los grandes ensayos clínicos (edad 64.11 años, 36.75% diabéticos, 25.7% infarto previo, 30.3% ICP previa, 27.3% insuficiencia renal). Las características angiográficas también fueron más desfavorables (65,1% enfermedad multivaso, 86.2% indicación off label, 5.5% ICP sobre tronco común, 71.6% ICP sobre descendente anterior, 12.2% lesiones bifurcadas, 5.4% oclusiones crónicas, 5.9% lesiones ostiales, 6.9% ACTP primaria, 0.5% injerto quirúrgico). Tras un seguimiento a largo plazo (mediana 855 días), la incidencia de trombosis definitiva fue del 1.4%. Todas las trombosis se presentaron en pacientes tratados con SLZ (ninguna trombosis en el grupo de los SLE). En cuanto al perfil cronológico, no detectamos trombosis tardías ni muy tardías.

CONCLUSIONES: En nuestro medio de práctica clínica habitual, la incidencia de trombosis del stent en los SLF2G tras un seguimiento superior a 2 años es baja, aunque ligeramente superior a la comunicada por ensayos clínicos, lo cual parece explicarse por la mayor complejidad de la cohorte. La evolución a largo plazo de la trombosis de los SLF2G, especialmente a muy largo plazo, deberá ser evaluada en futuros estudios.

ESTUDIO GENIA: STENT GENOUS EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO. RESULTADOS A MEDIO PLAZO

Melisa Santas Alvarez; López Otero Diego; Trillo Nouche Ramiro; Souto Catsro Pablo; Cid Álvarez Belen; Domínguez Touriño Maria Elena; González Juanatey José Ramón;

Hospital Clínico Universitario de Santiago de Composeta (CHUS)

INTRODUCCIÓN: El stent Genous presenta un recubrimiento de anticuerpos pro células proendoteliales circulantes, que favorecen una rápida endotelización del stent. Esto puede ser de gran ayuda en situaciones protrombóticas como el infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMCEST).

MÉTODOS: Se incluyeron pacientes con IAMCEST sometidos a angioplastia primaria entre julio de 2008 y enero de 2009. Se excluyeron los pacientes en situación de shock cardiogénico o contraindicación para AAS y/o clopidogrel. El procedimiento intervencionista así como el régimen antiagregante se dejaron a decisión del medico clínico. Se recogieron datos médicos de la historia clínica y se realizó seguimiento telefónico al mes, a los seis meses y al año.

RESULTADOS: Se incluyeron 101 pacientes con una edad media de 63.4 (DS ± 13.9) años, donde el 74.3% (75 pacientes) eran varones. El seguimiento medio fue de 12,6 (DS ± 4,8) meses. El 52% eran hipertensos, el 44,6% dislipémicos, fumaban el 48,5%, eran diabéticos el 17,8% y presentaban insuficiencia renal crónica el 3%. La localización más frecuente del IAM fue la inferior (56,5%) y La arteria responsable del infarto más frecuente fue la coronaria derecha (46,5%). Durante el procedimiento el 100% de los pacientes recibieron AAS, el 95% clopidogrel y el 53,5% abciximab. Los eventos adversos al final del seguimiento se muestran en la siguiente tabla: (RIS: restenosis intrastent. RLD: necesidad de nueva revascularización sobre la lesión diana. RVD: necesidad de nueva revascularización sobre el vaso diana).

Trombosis	RIS	RLD	RVD	Éxitus
1%	5%	4%	6,9%	1%

CONCLUSIONES: Los resultados obtenidos en un seguimiento a medio plazo muestran que este tipo de dispositivo son seguros y eficaces en el IAMCEST.

VALOR DE LA ISQUEMIA LEVE DURANTE LA ECOCARDIOGRAFÍA DE EJERCICIO EN CINTA RODANTE PARA EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA

Méndez Eirin Elizabet; Pazos López Pablo; Pérez Pérez Alberto José; Casas Lago Sheila; García Campos Ana; García Bueno Lourdes; Abugattás de Torres Juan Pablo; García López Fernando; Piñeiro Portela Miriam; Peteiro Vázquez Jesús; Castro Beiras Alfonso;

Centro Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC)

OBJETIVO: Determinar el valor de la isquemia leve (ISQL: =2 segmentos) en territorio de descendente anterior (ISQDA) y coronaria derecha/circunfleja (ISQCDCX) durante la ecocardiografía de ejercicio (EE) para el diagnóstico de enfermedad arterial coronaria (EAC).

MÉTODOS: Se analizaron pacientes con EE positiva para ISQL sometidos a coronariografía periprocedimiento. Se recogieron antecedentes cardiovasculares, motivo de petición, resultados de la ergometría y presencia EAC) en el cateterimo (estenosis = 50%). Se calculó el valor predictivo positivo (VPP) de ISQDA e ISQCDCX y los predictores de EAC.

RESULTADOS: De los 6189 EE realizados en los últimos 5 años en nuestro centro en 335 casos (5.4%) se diagnosticó ISQL: 217 con ISQDA (64.6%) y 119 con ISQCDCX (35.4%). 166 pacientes (50%) fueron derivados a coronariografía, 100 con ISQDA (60,2%) y 66 con ISQCDCX (39.8%). De ellos 71% eran varones, 57% hipertensos, 64% hipercolesterolémicos, 23% diabéticos, 27% fumadores/exfumadores. El 64.1% referían angina (típica o probable). 51 pacientes del grupo ISQDA y 56 del grupo ISQCDCX presentaron EAC (VPP 51% y 81% respectivamente, p<0.0001). ISQDA e ISQCDCX diferían en tabaquismo (20% vs 37.7%, p=0.011), revascularizaciones previas (21% vs 36.2% p=0.029), síntomas (angina: 44% vs 23.9%, p=0.008), ergometría eléctrica positiva (29% vs 50%, p=0.011), y fracción de eyección máxima (63±7% vs 66±5.6%, p=0.003). En el análisis univariado el tipo de ISQL fue predictor de EAC (ISQCDCX vs ISQDA: OR 4.1, IC 95% 2-8.5, p<0.0001). En el multivariante, tras corrección por factores de riesgo, antecedentes cardiovasculares, síntomas y variables ergométricas ISQL se mantuvo como predictor independiente de EAC (ISQCDCX vs ISQDA: OR 3.5 IC95% 1.12-10.8, p=0.031).

CONCLUSIONES: El valor VPP de la EE para ISQDA frente a ISQCDCX es limitado y debe ser interpretado con cautela.

VALOR PRONÓSTICO DE LA NUEVA ESCALA INTERMACS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA SEVERA TRATADOS CON TRASPLANTE CARDÍACO URGENTE

Barge Caballero Eduardo; Paniagua Martín María Jesús; Marzoa Rivas Raquel; Solla Buceta Miguel; Campo Pérez Rosa; Rodríguez Fernández José Ángel; Blanco Canosa Paula; Pérez Pérez Alberto; Cuenca Castillo José Joaquín; Castro Beiras Alfonso; Crespo Leiro Marisa;

Centro Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC)

OBJETIVO: La nueva clasificación INTERMACS ha demostrado su valor pronóstico en pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) severa que reciben un dispositivo de asistencia ventricular. Nuestro objetivo fue analizar el valor pronóstico de esta escala en pacientes con IC severa tratados con trasplante cardiaco (TC) urgente.

MÉTODOS: Análisis retrospectivo de 111 pacientes tratados con TC urgente entre Abril-1991 y Octubre-2009, que fueron asignaron a tres grupos en función del nivel INTERMACS preoperatorio que presentaban.

RESULTADOS: Los pacientes del grupo INTERMACS 1 (shock cardiogénico profundo, n=31) presentaban mayor frecuencia de cardiopatía isquémica (p=0.03) y shock postcardiotomía (p=0.02) que los pacientes del grupo INTERMACS 2 (deterioro rápido pese a inotrópicos, n=55) y que los pacientes del grupo INTERMACS 3-4 (NYHA IV estables con ó sin inotrópicos, n=25), así como mayores dosis de catecolaminas (p=0.001), mayor empleo de ventilación mecánica (p<0.001), balón de contrapulsación (p=0.002) y asistencia ventricular (p=0.002), y mayores tasas de infección preoperatoria (p=0.015). El grupo INTERMACS 1 también mostraba mayores cifras de presión venosa central (p=0.02), GOT (p=0.002), GPT (p=0.006) y Creatinina (p<0.001), y menores cifras de hemoglobina (p=0.008) y aclaramiento de creatinina (p=0.001). Tras el TC, los pacientes INTERMACS 1 presentaron mayor incidencia de fracaso primario del injerto (INTERMACS 1: 35.8% , INTERMACS 2: 18%, INTERMACS 3-4: 12%; p=0.03) y de necesidad de terapia de sustitución renal (INTERMACS 1: 48.4%, INTERMACS 2: 16.4%, INTERMACS 3-4: 20%; p=0.004), y su supervivencia a largo plazo fue menor que la del grupo INTERMACS 2 (p=0.023; HR 3.1, IC 95% 1.4-6.8) y que la del grupo INTERMACS 3-4 (p=0.013; HR 4.0, IC 95% 1.3-12.3).

CONCLUSIONES: La escala INTERMACS permite estratificar el pronóstico tras el TC urgente y es susceptible de incorporación a los algoritmos de distribución de órganos y toma de decisiones terapéuticas en pacientes con IC severa.

IMPACTO PRONÓSTICO DE LA PROGRESIÓN DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR EN UN ESTUDIO COMUNITARIO: ESTUDIO FABAR (FIBRILACIÓN AURICULAR EN EL ÁREA DEL BARBANZA).

Alberto García Castelo; Javier García Seara; Fernando Otero Raviña; Manuel Lado López; Andrés Vizcaya Ramos; José L. Martínez Sande; José R. González Juanatey;

Grupo Barbanza

OBJETIVO: El objetivo de este estudio es conocer la historia natural de una población no seleccionada con fibrilación auricular (FA) atendida en servicios de atención primaria en el área geográfica del Barbanza (Noroeste de Galicia).

MÉTODOS: El estudio FABAR es un estudio transversal y prospectivo en el que 35 médicos de atención primaria han reclutado pacientes diagnosticados de FA que se presentaban en sus consultas durante un período de 3 meses. Se definió end point primario como la ocurrencia de mortalidad o ingreso hospitalario. Se muestran los resultados de los 7 primeros meses de seguimiento.

RESULTADOS: Se reclutaron 798 pacientes (421 hombres); la media de edad de la cohorte fue 75 años. La hipertensión arterial fue el factor de riesgo más prevalente (77%). El 87% de los pacientes tenían sobrepeso u obesidad. Se diagnosticó la forma permanente de FA en 549 pacientes (69%). En el período de seguimiento, el 16,4% de pacientes presentaron el end-point primario y la supervivencia global fue de 98%. Se identificaron como determinantes pronósticos del end-point primario el cambio en el status de FA (Hazard Ratio (HR): 2,89, IC al 95%, 1,28-6,55, p=0,011), cardiopatía isquémica (HR:2,78, IC al 95%, 1,51-5,13; p=0,001), ingreso hospitalario previo (HR: 2,22, IC al 95% 1,18-4,19; p=0,013), disfunción sistólica ventricular izquierda (HR: 2,19, IC al 95% 1,11-4,32; p=0,023), y complicaciones relacionadas con FA (HR:1,98, IC al 95% 1,10-3,56; p=0,022).

CONCLUSIONES: Durante los primeros 7 meses de seguimiento de pacientes con FA en atención primaria se han identificado los siguientes factores de riesgo de mortalidad o ingreso hospitalario: cambio en el status de FA, cardiopatía isquémica, disfunción sistólica ventricular izquierda, complicaciones previas relacionadas con FA e ingresos hospitalarios previos.

COMPARACIÓN ENTRE ECOCARDIOGRAFÍA EN PICO DE EJERCICIO REALIZADA EN BICICLETA SUPINA FRENTE A LA REALIZADA EN CINTA RODANTE PARA DETECTAR ENFERMEDAD CORONARIA

Alberto Jose Pérez Pérez; Peteiro Vazquez Jesús; Bouzas Mosquera Alberto; Pazos Lopez Pablo; Piñeiro Portela Miriam; Campo Pérez Rosa María; Casas Lago Sheyla; Méndez Eirín Elizabet; Franco Gütierrez Raul; Flores Ríos Xacobe; Castro Beiras Alfonso;

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. Servicio de Cardiología

INTRODUCCIÓN: La bicicleta supina (BS) y la cinta rodante (CR) se usan con ecocardiografia para la detección de enfermedad arterial coronaria (EAC). Aunque la adquisición de imágenes en pico de ejercicio (Pk) se ha considerado irrealizable en CR, se ha demostrado recientemente que este método es factible y más sensible para detectar EAC que la ecocardiografia en CR realizada en post-ejercicio inmediato. Sin embargo, Pk-CR no se ha comparado con la técnica más estandarizada de Pk-BS.

OBJETIVOS: Comparar la ecocardiografía en Pk-BS con la ecocardiografia en pico cinta rodante Pk-CR para detectar isquemia.

MÉTODOS: A 94 pacientes enviados para evaluar EAC se les realizó Pk-BS y Pk-CR. Las imágenes fueron interpretadas ciegamente con respecto al tipo de prueba y a las características clínico-angiográficas.

RESULTADOS: La frecuencia cardiaca máxima fue mayor con CR, mientras que la presión sistólica máxima fue mayor con BS, obteniéndose un doble producto similar. En la angiografía, 56 pacientes tenían estenosis coronarias (“50 %). El índice de motilidad segmentaria (IMS) pico fue mayor con CR (1,38±0,35 vs 1,29±0,35; p<0,001), así como la extensión en nº de segmentos de la isquemia (5,6±5,7 vs 4,1±5,2; p<0,001). La sensibilidad de la Pk-CR y de la Pk-BS para la detección de EAC fue del 93 % y 78 % (p=0,056), la especificidad del 61 % y 77% (p=NS) y la precisión del 81% y 77%, respectivamente. La calidad de imagen fue similar. La duración de la prueba fue mayor con BS (10,2±4,5 min vs 7,8±2,7 min, p<0,001).

CONCLUSIONES: Aunque el doble producto alcanzado con ambas técnicas es similar, la isquemia es más frecuente y extensa con CR lo cual, junto con una menor duración de la prueba, hace que la Pk-CR sea una modalidad más valiosa que la Pk-BS.

ECOCARDIOGRAFÍA DE EJERCICIO EN CINTA RODANTE PARA PREDECIR EVENTOS EN PACIENTES CON HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA

Alberto Jose Pérez Pérez; Peteiro Vazquez Jesús; Bouzas Mosquera Alberto; Pazos Lopez Pablo; Piñeiro Portela Miriam; Campo Pérez Rosa María; Méndez Eirin Elizabet; García López Fernando; Barge Caballero Gonzalo; Salgado Fernández Jorge; Castro Beiras Alfonso;

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. Servicio de Cardiología

ANTECEDENTES: La ecocardiografía de ejercicio (EE) se recomienda para pacientes con enfermedad coronaria (EAC) sospechada o conocida y anomalías en el ECG basal. La hipertrofia ventricular izquierda (HVI) se asocia con peor pronóstico y frecuentemente los pacientes con HVI presentan anormalidades en su ECG basal. Intentamos evaluar el valor de la EE para predecir eventos en pacientes con EAC sospechada o conocida y HVI.

MÉTODOS: Análisis retrospectivo de 1058 pacientes clasificados según la presencia (n=557) o ausencia (n=501) de HVI (Masa VI = 163 g para mujeres y = 225 g para hombres) que fueron sometidos a EE. El índice de motilidad segmentaria (IMS) se evaluó en reposo y durante el ejercicio. La isquemia fue definida como el desarrollo de nuevas anomalías de la contractilidad segmentaria (ACS) o empeoramiento de las preexistentes con el ejercicio. Los eventos estudiados fueron mortalidad global y eventos cardiacos mayores (ECM).

RESULTADOS: 352 pacientes (33 %) presentaron desarrollo o empeoramiento de ACS durante el ejercicio. Durante un seguimiento de 4,6± 4,0 años, 178 pacientes murieron y 129 presentaron un ECM. La tasa de mortalidad y de ECM a 5 años fue de 6,4 % y 7,1 % respectivamente en pacientes sin isquemia y de 15,3 % y 13, 6 % en aquellos que si la presentaban (p<0,001). En el análisis multivariado la masa de VI (HR 1,03; IC 95% 1,02-1,04, p=0,008) y el incremento del IMS (HR 1,94, IC95 % 1,12-3,35, p=0,02) fueron predictores independientes de mortalidad. El incremento del IMS fue también un predictor independiente de ECM en el global de pacientes (p=0,002) así como en aquellos con HVI (p=0,04).

CONCLUSIONES: La masa del VI es un predictor independiente de mortalidad. La EE provee una información pronóstica significativa a la hora de predecir eventos en pacientes con HVI y EAC sospechada o conocida.

COMPARACIÓN DE ANGIOPLASTIA CON BALÓN FRENTE A IMPLANTE DE STENT CORONARIO EN PACIENTES CON SCACEST SOMETIDOS A ANGIOPLASTIA PRIMARIA: PRONÓSTICO A 10 AÑOS

Franco Gutiérrez Raúl ; Siera Rodriguez-Moret Juan Antonio; Pérez López Javier; López Sainz Ángela; López Pérez Manuel; Perez Perez Alberto; Flores Rios Xacobe; Estevez Loureiro Rodrigo; Campo Pérez Rosa; Rodriguez Fernández José Ángel; Castro Beiras Alfonso;

Complejo Hospitalario Universitario de La Coruña (CHUAC)

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS: La apertura de la arteria responsable en el SCACEST mediante angioplastia transluminal percutánea (ACTP) disminuye la mortalidad, el reinfarto y la tasa de ACV comparada con la fibrinolisis. Existen pocos datos acerca del pronóstico a largo plazo cuando comparamos ACTP con balón frente a stent.

MÉTODOS: Estudio de 150 pacientes con SCACEST sometidos a ACTP primaria entre enero 1997 - Julio 1999 (mediana de seguimiento 9.9 años (RI 3.92 - 10.63)). Los objetivos primarios fueron mortalidad total y de causa cardiovascular intrahospitalaria, a 5 y a 10 años. Los objetivos secundarios fueron eventos cardiacos mayores, restenosis o trombosis en relación al vaso tratado y supervivencia libre de muerte cardiovascular, nuevo IAM, angor, IC o trasplante cardiaco a 1, 5 y 10 años.

RESULTADOS: En el 79,3% se implantó stent. No hubo diferencias entre los 2 grupos. La mortalidad intrahospitalaria fue 12,9% en el grupo de ACTP con balón frente a 12,6% en el grupo de stent (p=1). La mortalidad global fue 16.7% frente 13.5% a 1 año, 28.6% frente 20.5% a 5 años y 37% frente 33.9% a 10 años (p=0,895).La mortalidad de causa cardiovascular fue 16,7 frente 12,7% a 1 año, 25 frente a 15,4% a 5 años y 33,8% frente a 22,7% a 10 años (p=0.851). No hubo diferencias en eventos cardiacos mayores entre ambas estrategias. Entre los pacientes sometidos a nueva coronariografía el porcentaje de reestenosis y trombosis en ambos grupos fueron 20% vs 5% (p=0.03) y 0% vs 2.5% (p=0.507). La supervivencia libre de eventos cardiovasculares fue 64.1% vs 77.2%, 52.5% vs 43.7% and 43.7% vs 58.5% a 1, 5 y 10 años (p=0.298).

CONCLUSIONES: En pacientes con SCACEST sometidos a ACTP primaria el uso de stent parece reducir la incidencia de reestenosis sin disminuir eventos cardiacos mayores ni mortalidad total o cardiovascular.

PRODUCTOS DE GLICACIÓN AVANZADA: VALOR PRONÓSTICO EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA

Raposeiras Roubin S; Raposeiras Roubin S; Rodiño Janeiro BK; Grigorian Shamagian I; Álvarez Castro E; Moure M; Seoane A; Varela Roman A; González Juanatey JR;

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (CHUS)

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS: Los productos de glicación avanzada (Advanced glycation end products, AGEs) se han propuesto como un factor novedoso que participa en el desarrollo y progresión de la insuficiencia cardíaca crónica (ICC). El objetivo de este trabajo fue determinar si los niveles plasmáticos de AGE y de una forma de su receptor (receptor soluble -sRAGE-) se relacionan con la gravedad y el pronóstico de la ICC.

METODOLOGÍA: Se incluyeron 106 pacientes en el estudio, con una edad media de 72.0 años, 67.3 % varones, 35.8 % diabéticos, 32 % cardiopatía isquémica, 61.9 % fracción de eyección deprimida. La mediana de seguimiento fue de 1.3 (1.1-1.4) años.

RESULTADOS: Se registraron 11 muertes en el seguimiento y 38 reingresos por empeoramiento de ICC. Los niveles séricos de AGE y sRAGE aumentaron a medida que emperoaba la clase funcional NYHA ($p<0.05$). En aquellos pacientes con niveles elevados (cuarto cuartil) de AGE y sRAGE la proporción de mortalidad y del combinado muerte y/o reingreso por ICC fue mayor. En el estudio multivariado de Cox, ajustado por edad, clase funcional, etiología isquémica, ritmo sinusal, insuficiencia renal, niveles de hemoglobina y hemoglobina glicada, niveles de HDL y NT-proBNP, sRAGE resultó como una predictor independiente de mortalidad ($p=0.005$) y de reagudización de ICC ($p=0.003$).

CONCLUSIONES: Niveles plasmáticos elevados de AGE fluorescente, y en particular de sRAGE, se relacionan con la gravedad y el pronóstico de la ICC, siendo óptimos predictores de mortalidad y de reingresos por ICC.

IMPLANTE TRANSCATÉTER DE PRÓTESIS VALVULARES AÓRTICAS: ANÁLISIS DE LOS PRIMEROS 50 PACIENTES DE UN CENTRO

Ana García Campos; Lourdes García Bueno; Jorge Salgado Fernández; Nicolás Vázquez González; Juan Antonio Sieira Rodríguez-Moret; Rodrigo Estévez Loureiro; Juan Pablo Abugattas de Torres; Raquel Marzoa Rivas; Alberto Bouzas Mosquera; Jose Cuenca Castillo; Alfonso Castro Beiras;

Centro Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC)

OBJETIVOS: Analizar las características basales y resultados iniciales del implante de prótesis aórticas transcatéter en un centro.

MÉTODOS: Análisis de una cohorte de 50 pacientes a los que se implantó una prótesis aórtica biológica tipo Edwards Sapien mediante acceso transfemoral (54%) o transapical (46%) entre 2008 y 2010. Se analizaron las características basales de los pacientes y los resultados del procedimiento.

RESULTADOS: La edad media de la cohorte fue de 83±5 años y el 52% eran varones. Todos los pacientes presentaban insuficiencia cardiaca (82% en clase III de la NYHA), el 24% angina y el 10% síncope. Las escalas de riesgo pre-intervención mostraban un EuroScore aditivo de 9.4±1.8 y un STS de 7±5. Las características ecocardiográficas basales fueron: FEVI 56±15%, gradiente máximo transvalvular 81±25 mmHg, área valvular 0,67±0,2 cm2. El 90% de los implantes fueron exitosos. No hubo mortalidad intraoperatoria y la intrahospitalaria fue del 4%. La mitad de los pacientes presentaron alguna complicación durante el ingreso, siendo las más frecuentes sangrados menores y complicaciones vasculares (20%, 4 fueron mayores). En dos ocasiones fue necesaria la conversión a cirugía abierta. Otras complicaciones fueron: una disfunción protésica que precisó implante inmediato de una segunda prótesis, un taponamiento cardiaco, FA rápida (10%), BAV (8%, 3 pacientes precisaron marcapasos) y ACV (4%). La estancia media de los pacientes post-procedimiento fue de 6±4 días. Durante un seguimiento medio de 22 semanas, 8 pacientes (16%) reingresaron en el hospital. El 93% de los pacientes seguidos experimentó mejoría de clase funcional. El gradiente máximo disminuyó una media de 62±26 mmHg y el área valvular aumentó una media de 1,25± 0,4 cm2.

CONCLUSIONES: El implante de prótesis aórticas mediante técnica transcatéter es un procedimiento exitoso en un elevado porcentaje de casos, aunque todavía se asocia a una incidencia de complicaciones no despreciable.

COMUNICACIONES PÓSTER

SEGURIDAD Y EFICACIA DE LOS DISPOSITIVOS DE CIERRE VASCULAR EN LA ANGIOPLASTIA PRIMARIA POR VÍA FEMORAL

Prada Delgado O; Estévez Loureiro R; Abugattas de Torres JP; Calviño Santos R; Salgado Fernández J; Aldama López G; Piñón Esteban P; Rodríguez Vilela A; Vázquez González N; Castro Beiras A;

Centro Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC)

OBJETIVOS: Hasta la fecha, la información sobre el uso de dispositivos de cierre vascular (DCV) en la angioplastia primaria (AP) por vía femoral es limitada. El propósito de este estudio es evaluar la seguridad y la eficacia de los DCV en una cohorte de pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) tratados con AP.

MÉTODOS: Análisis de 558 pacientes (76,9% varones, edad 64,1±12,5 años) consecutivos con IAMCEST sometidos a AP por vía femoral en nuestro centro entre enero de 2003 y diciembre de 2008. La variable principal fue la presencia de complicaciones vasculares mayores (CVM, definido como el combinado de complicación local que precisó cirugía o intervencionismo, necesidad de transfusión, caída de hemoglobina = 3 g/dL y hematoma retroperitoneal) durante el ingreso. Asimismo, se analizaron la incidencia de complicaciones vasculares menores (hematoma, fístula A-V, pseudoaneurisma y sangrado que no cumple criterios de CVM) y el tiempo de hospitalización.

RESULTADOS: Del global de pacientes, 464 pacientes (83,2%) recibieron un DCV (59,5% Angio-Seal, 28,2% Perclose y 12,3% StarClose) y en 94 (16,8%) se utilizó estrategia de compresión manual, siendo este último el grupo control. El riesgo de CVM fue significativamente menor con el uso de DCV comparado con la compresión manual (4,3% vs 9,6%, p=0,036). Asimismo, objetivamos una menor duración de la hospitalización en los pacientes en los que se usó un DCV (7,6±7,2 días vs 10,4±9,1 días, p=0,001). No hubo diferencias en la incidencia de complicaciones menores (16,8% vs 14,9%, p=0,65). Un análisis de regresión logística mostró una asociación independiente del empleo de DCV con una menor incidencia de CVM (OR 0,38; IC 95%, 0,16-0,9; p=0,029).

CONCLUSIONES: El uso de DCV en la AP es seguro y reduce significativamente las complicaciones vasculares mayores comparado con la compresión manual.

RIESGO DE COMPLICACIONES VASCULARES LOCALES EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SOMETIDOS A ANGIOPLASTIA PRIMARIA POR VÍA FEMORAL. IMPACTO DEL USO DE DISPOSITIVOS DE CIERRE VASCULAR

Prada Delgado O; Estévez Loureiro R; Abugattas de Torres JP; Calviño Santos R; Salgado Fernández J; Aldama López G; Piñón Esteban P; Rodríguez Vilela A; Pérez Pérez A; Vázquez González N; Castro Beiras A;

Centro Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC)

OBJETIVOS: El propósito de este estudio es evaluar, en una cohorte de pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) tratados con angioplastia primaria (AP) por vía femoral, la influencia de la insuficiencia renal crónica (IRC) en el riesgo de complicaciones vasculares, así como el impacto del uso de dispositivos de cierre vascular (DCV) en este grupo de pacientes.

MÉTODOS: Análisis de 558 pacientes (76,9% varones, edad 64,1±12,5 años) consecutivos con IAMCEST sometidos a AP por vía femoral en nuestro centro entre enero de 2003 y diciembre de 2008. Los pacientes fueron agrupados según su aclaramiento de creatinina (CrCl en ml/min/1.73m2) calculado por la fórmula de Cockcroft-Gault. La IRC fue definida como CrCl < 60. La variable principal fue la presencia de complicaciones vasculares mayores (CVM, definido como el combinado de complicación local que precisó cirugía o intervencionismo, necesidad de transfusión y hematoma retroperitoneal) durante el ingreso.

RESULTADOS: Del global de pacientes, 165 presentaban IRC (31,4%). De los pacientes con IRC 128(77,6%) recibieron un DCV y en 37 (22,4%) se utilizó estrategia de compresión manual, siendo este último el grupo control. Los pacientes con IRC presentaron un mayor riesgo de CVM comparado con aquellos sin IRC (6,1% vs 2,2%, p=0,024). En los pacientes con IRC el riesgo de CVM fue significativamente menor con el uso de DCV comparado con la compresión manual (16,2% vs 3,1%, p=0,009). Un análisis de regresión logística mostró, en los pacientes con IRC, una asociación independiente del empleo de DCV con una menor incidencia de CVM (OR 0,16; IC 95%, 0,04-0,63; p=0,009).

CONCLUSIONES: Los pacientes con IRC sometidos a AP presentan un riesgo elevado de CVM. El uso de DCV en estos pacientes es seguro y reduce las CVM comparado con la compresión manual.

VALOR DE LA ECOCARDIOGRAFÍA TRANSTORÁCICA EN LOS PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN RITMO SINUSAL SIN ANTECEDENTES DE CARDIOPATÍA EMBOLÍGENA

López Sainz Ángela; Pazos López Pablo; Casas Lago Sheila; Pérez Pérez Alberto José; Méndez Eirín Elisabet; Abugattás de Torres Juan Pablo; García Bueno Lourdes; García Campos Ana; Piñeiro Portela Miriam; Peteiro Vázquez Jesús; Castro Beiras Alfonso

Centro Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC)

OBJETIVOS: Estudiar el valor del ecocardiograma transtorácico (ETT) en el ACV isquémico sin antecedentes de cardiopatía embolígena o FA.

MÉTODOS: Se analizaron 100 pacientes consecutivos con ACV isquémico confirmado por TAC o RNM. Se definieron cardiopatías embolígenas de alto riesgo (CEAR: miocardiopatías dilatada (MCD), no compactada e infiltrativa, estenosis mitral, acinesia = 1 segmento del ventrículo izquierdo, masas, trombos o vegetaciones) y bajo riesgo (CEBR: foramen oval permeable (FOP), aneurisma del tabique interauricular (ATIA), prolapso mitral, calcificación muy severa del anillo mitral) Por etiología se dividieron los ACV en lacunar, aterotrombótico, cardioembólico, otras causas (vasculitis/síndrome de hipercoagulabilidad) posible cardioembólico (presencia de CEBR sin ateromatosis en troncos supraaórticos (TSA) u otras causas), indefinido (coexistencia de CEAR y ateromatosis de TSA) y criptogenético (estudio incompleto o causa desconocida).

RESULTADOS: La edad media fue de 70±12 años, 62% eran varones, 26% hipertensos, 18% diabéticos, 47% hipercolesterolémicos, 50% fumadores/exfumadores Presentaban aterosclerosis clínica conocida un 27%. Según etiologías encontramos: 12 lacunares, 76 aterotrombóticos, 3 indefinidos, 4 posibles cardioembólico, 4 criptogéticos y 1 por otra causa. En los 3 indefinidos las CEAR fueron una MCD y dos pacientes con acinesia de más de un segmento. En todos la exploración cardiopulmonar, ECG o Rx tórax era anormal y en ninguno el resultado del ETT cambió la actitud terapéutica. Sólo uno de los 4 posibles cardioembólicos (una calcificación muy severa del anillo mitral, dos FOP y un ATIA) el ETT determinó cambios en el tratamiento.

CONCLUSIONES: El ETT en pacientes con ACV isquémicos sin antecedentes de cardiopatía embolígena o FA tiene un valor muy limitado: en la mayoría no muestra hallazgos que determinen cambios en la actitud terapéutica.

EFICACIA Y SEGURIDAD DE ROSUVASTATINA EN PACIENTES CON TRASPLANTE CARDÍACO

Barge Caballero Eduardo; Paniagua Martín María Jesus; Marzoa Rivas Raquel; Grille Cancela Zulaika; Pérez Pérez Alberto; García Bueno Lourdes; Núñez Araucua Gaizka; Pedrosa del Moral Valle; Cuenca Castillo José Joaquín; Castro Beiras Alfonso; Crespo Leiro Marisa;

Centro Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC)

OBJETIVOS: Rosuvastatina (R) es un potente hipolipemiante recientemente comercializado. Ante la escasa experiencia previa, nuestro objetivo fue valorar la eficacia y seguridad de R en pacientes con trasplante cardiaco (TC).

MÉTODO: Estudio prospectivo de 36 pacientes (4 mujeres) con TC y colesterol-LDL > 100 mg/dl que iniciaron tratamiento con R (10 mg/24 horas ó 5 mg / 24 horas si Cr > 1.5 mg/dl). Se supendieron otras estatinas. Se realizó seguimiento clínico y analítico a los 15, 30 y 90 días.

RESULTADO: La edad media de la muestra era de 59 ± 13 años y el tiempo medio desde el TC era de 5.3 ± 4.7 años. 7 (19.2%) eran diabéticos y 11 (30.6%) presentaban Cr>1.5 mg/dl. 16 (44%) pacientes recibían pravastatina, 14 (38.9%) atorvastatina y 1 (2.8%) fluvastatina, con una dosis equivalente media de 34.4±27 mg/día. 5 pacientes (13.9%) no recibían estatinas por toxicidad previa (hepatotoxicidad, n=3; miositis, n=2), y 6 pacientes (16.7%) recibían previamente ezetimibe, que se mantuvo. Tras el inicio de R, se observó una reducción significativa del colesterol total (basal: 247±43, 15 días: 216±51, 30 días: 205±54, 3 meses: 203±54 mg/dl; p<0.001) y del colesterol-LDL (basal: 153±38, 15 días: 120±39, 30 días: 117±41, 3 meses: 113±39 mg/dl; p<0.001). No se apreció una variación significativa de HDL ó triglicéridos, ni un incremento significativo de CPK (basal: 136±120, 15 días: 223±592, 30 días: 126±119, 3 meses: 111±69 mg/dl; p=0.61), GOT (basal: 26±12, 15 días: 27±15, 30 días: 29±20, 3 meses: 29±19 mg/dl; p=0.59), GPT ni bilirrubina. El tratamiento con R fue suspendido antes de 30 días en un paciente con mialgias sin incremento relevante de la CPK y en otro con elevación de CPK asintomática > 10 veces el nivel basal.

CONCLUSIÓN: Nuestro estudio sugiere que R es eficaz y segura en pacientes con TC.

DECISIONES TERAPÉUTICAS EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE UNA CIA EN EDAD AVANZADA

Isaac Martínez Bendayán; García López Fernando; Rueda Núñez Fernando; Portela Torrón Francisco; Bouzas Zubeldía Beatriz; Castro Beiras Alfonso;

Centro Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC)

OBJETIVOS: Evaluación de las opciones terapéuticas y el pronóstico de los pacientes a los que se les descubre una comunicación interauricular (CIA) en edad avanzada.

MÉTODOS: Pacientes mayores de 60 años que han sido diagnosticados de una CIA tipo OS. Opciones terapéuticas: tratamiento conservador, cierre percutáneo y cierre quirúrgico. Características basales, decisión terapéutica y pronóstico.

RESULTADOS: 28 pacientes mayores de 60 años fueron diagnosticados de una CIA. Se optó por tratamiento conservador en 17/28 (60%), edad media de 70 años. Se optó por el cierre percutáneo en 7/28 (25%), edad media de 65 años. Se optó por el cierre quirúrgico en 4/28 (15%), edad media de 60 años. Causas de tratamiento conservador: 4/17 (23,5%) rechazan cualquier tipo de intervención y el resto son desestimados en sesión médico-quirúrgica , 7/17 (41%) por presentar una CIA < 10 mm, 3/17 (17%) por tener hipertensión pulmonar, 2/17 (11%) por patología del corazón izquierdo y 1/17 (5,8%) por importante comorbilidad. Tras un seguimiento medio de 3 años no existe mortalidad en ninguno de los tres grupos por lo que no es necesario su análisis estadístico. Todos los pacientes con cierre percutáneo o quirúrgico relatan una mejoría en la capacidad funcional.

CONCLUSIONES: No es extraño el diagnóstico de una CIA en edad avanzada, las opciones terapéuticas se deben basar en el análisis de sus características clínicas, en la anatomía y fisiología de la CIA y finalmente en las preferencias del propio paciente, quien deberá escoger entre el riesgo de una intervención o el deterioro de su capacidad funcional.

ANOMALÍAS DEL SENO CORONARIO EN PACIENTES SOMETIDOS A RE-SINCRONIZACIÓN CARDÍACA. IMPORTANCIA CLÍNICA.

Martínez Sande, José Luis; García Seara, Javier; Fernández López, Jesús Alberto; Vidal Pérez, Rafael Carlos; Alvarez Barredo, María; von Lukowicz, Tobías; Moinelo Delgado, Fernando; Martínez de Alegría, Anxo; Teijeira Fernández, Elvis; Elices Teja, Juliana; González Juanatey, José Ramón;

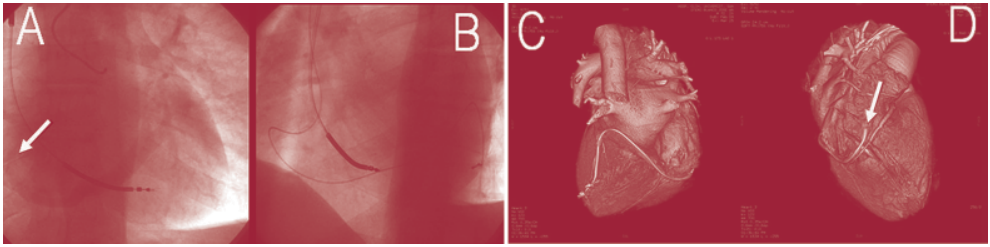
Servicio de Cardiología.
Hospital Clinico Universitario de Santiago de Compostela (CHUS)

INTRODUCCIÓN: Las anomalías del sistema venoso cardiaco (SVC) son poco frecuentes, su incidencia en series de pacientes sometidos a resincronización cardíaca (RC) es desconocida y, en ocasiones, de gran trascendencia durante el implante.

MÉTODO: Se revisan 142 pacientes consecutivos sometidos a RC en nuestro centro.

RESULTADO: La media de edad fue de 70,2±9,1 años, varones 76,8%. RC con DAI 48 casos (33,8%) y 94 casos (66,2%) con Marcapasos. Encontramos anomalías del SVC en 3 pacientes (2,11%).Las anomalías fueron: vena cava superior izquierda persistente, oclusión crónica del seno coronario y atresia del ostium del seno coronario. En el primer caso precisó de implante epicárdico de la sonda VI mediante cirugía. En los 2 casos restantes de consiguió el implante adecuado: en una colateral de la descendente anterior media (a través de la vena cardiaca media), y en el último caso, mediante canalización selectiva de la desembocadura de la SVC en la aurícula derecha media a nivel del anillo tricúspide (ver imagen).

CONCLUSIÓN: La incidencia de anomalías del seno coronario es baja, pero en nuestra experiencia condiciona el implante de forma significativa. Se considera de gran utilidad el conocimiento previo de la anatomía venosa coronaria (RMN,TC o levofase de coronariografía) para la adecuada planificación del implante.



ACTP PRIMARIA EN OURENSE

[1]Seco Hernandez, Elena; [2]Pose Vilares, Maria; [3]Garcia Garcia, Manuel; [3]Sanchez Prieto, Alfonso; [3]Perez Rodriguez, Manuel;

[1]Servicios de Medicina Interna, Medicina de Familia
[2]Cardiología, Medicina de Familia
[3]Complexo Hospitalario Ourensan

OBJETIVOS: Presentamos nuestra serie de 212 pacientes consecutivos con Sindrome coronario agudo con elevación del ST (SCASTE) que han acudido en dos periodos de tiempo diferentes (Uno sin disponibilidad de ACTP primaria en Ourense (2007) y otro periodo con ACTP primaria en Ourense (2009) – en horario de oficina (8-15 horas).

MÉTODOS: Analizamos de forma retrospectiva las caracteristicas basales de las 2 poblaciones en los distintos tipos de infarto, su mortalidad y seguimiento a los 6 meses (Reingresos por Angor- Nuevo SCA o Insuficiencia cardiaca).

RESULTADOS: Hemos encontrado una diferencia estadísticamente significativa (p= 0,014) en la mortalidad a los 6 meses de los pacientes con IAM anterior (87,5% en 2007 vs 12,5% en 2009). Sin embargo en el IAM inferior la diferencia no fue significativa (p= 0, 316).
En cuanto a los reingresos a los 6 meses tampoco se observaron diferencias significativas (p= 0,956).

CONCLUSIONES: En conclusión la instauración de la ACTP primaria en Ourense ha supuesto un beneficio significativo en términos de mortalidad en pacientes con infartos de gran extensión. En cambio no hemos podido observar beneficio en pacientes con infartos más pequeños.

ESTUDIO MORFOLÓGICO DE LAS PRÓTESIS VALVULARES MECÁNICAS: UNA NUEVA APLICACIÓN DEL TC CARDIACO MULTICORTE

[1]Marcelo Sanmartín; [2]Carlos Delgado; [1]Manuel Vilar; [1]María Vázquez; [2]Gonzalo Tardáguila; [2]Gabriel Fernández; [2]Francisco Tardáguila;

[1]Servicio de Cardiología. Hospital Povisa
[2]Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Povisa

La disponibilidad de los nuevos equipos de tomografía computerizada (TC) con doble fuente permite la adquisición de imágenes de alta definición espacial y temporal incluso con FC elevadas o en fibrilación auricular. La aplicación del TC cardiaco podría extenderse al estudio morfológico y funcional de las válvulas metálicas con sospecha de disfunción cuando hay dudas con otras técnicas.

MÉTODOS Y RESULTADOS: Presentamos nuestra experiencia preliminar en 3 pacientes con prótesis metálicas, en fibrilación auricular, estudiados con un equipo de doble fuente con 256 detectores (Somaton Definition Flash, Siemens) por sospecha de absceso periprotésico en un caso y por velocidades anormalmente altas en dos casos. Utilizamos una adquisición retrospectiva y reconstrucción multifase cada 5% del intervalo RR. Caso 1: varón de 61 años con prótesis metálicas mitral y aórtica, remitido por sospecha de absceso periprotésico aórtico tras ecotransesofágico. El gradiente transprotésico estimado era de 72 mm Hg. Las imágenes del TC se adquirieron con una FC de 120 lpm y revelaron una colección periprotésica anterior y movilidad normal de los discos, además de coronarias normales e infartos esplénicos y renales. Además se veían alteraciones en el parénquima pulmonar sugestivas de fallo cardiaco izquierdo. El absceso periprotésico se confirmó en cirugía cardiaca. Caso 2: mujer de 76 años con prótesis metálicas aórtica y mitral 13 años antes. El estudio se realizó por aumento de la disnea habitual y aumento de los gradientes medidos en la prótesis aórtica. Las imágenes de cine-TC sugerían una movilidad normal de las prótesis. Las coronarias no tenían estenosis significativas. Caso 3: varón de 53 años con prótesis metálicas mitral y aórtica y gradientes de 82/50 mm Hg por prótesis aórtica. Se adquirieron secuencias de cine-TC únicamente para estudio morfológico de las prótesis. Se observaba una apertura y cierre normal de los discos.

CONCLUSIONES: Las nuevas formas de adquisición en TC cardiaco pueden permitir el estudio detallado de la morfología y movilidad de las prótesis metálicas.

ANGIOGRAFÍA CORONARIA NO INVASIVA CON UN TC DE DOBLE FUENTE: ¿ES FACTIBLE LA ADQUISICIÓN CON DOSIS DE RADIACIÓN EN TORNO A 1 MSV?

[1]Marcelo Sanmartín; [1]María Vázquez-Caamaño; [2]Carlos Delgado; [2]Gabriel Fernández; [1]Manuel Vilar; [1]María Isabel Costas; [1]Rafael Fernández; [2]Francisco Tardáguila;

[1]Servicio de Cardiología. Hospital Povisa.
[2]Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Povisa

Una de las limitaciones para el angioTC de coronarias es la dosis de radiación, que en general llega a 8-12 mSv. Por otro lado, en presencia de un ritmo cardiaco irregular o FC elevadas la calidad de los estudios no es diagnóstica. Estudiamos la factibilidad de una nueva técnica de adquisición con un equipo de doble fuente y 256 detectores para adquirir imágenes de suficiente calidad con una dosis de radiación mínima.

MÉTODOS: Analizamos los primeros 25 pacientes remitidos para estudio coronario no invasivo con un nuevo equipo de doble fuente con 256 detectores (Somaton Definition Flash, Siemens). Si la frecuencia cardíaca era superior a 70 lpm se administraba 5 mg de metoprolol IV. La dosis de contraste era de 50-60 ml a 5 ml/s. La calidad diagnóstica de las imágenes fue evaluada por consenso entre dos operadores, analizando un total de 275 segmentos coronarios (11 por paciente) en una escala de 4 puntos (1=no evaluable; 4=calidad óptima).

RESULTADOS: Había 14 varones, con una edad media de 60+11 años. La frecuencia cardíaca era de 58+6 lpm. Hubo 258 (93%) segmentos válidos para el diagnóstico. De los 17 segmentos no evaluables (6,1%), 14 estaban en la coronaria derecha (82%) y 3 en la coronaria izquierda (17%). Esto ocurrió en 4 pacientes: 2 en probable relación con FC >65 lpm, 1 por adquisición en extrasístole y 1 por causa no explicable. En éstos se repitió el estudio obteniéndose imágenes válidas para el diagnóstico. La dosis media de radiación efectiva estimada fue de 1,1 mSv.

CONCLUSIONES: Esta nueva técnica permite una excelente valoración de las arterias coronarias con dosis de radiación mínima.

LA ATENUACIÓN DEL DESCENSO NOCTURNO DE LA PRESIÓN ARTERIAL NO ESTÁ RELACIONADA CON PEOR SITUACIÓN CLÍNICA O FUNCIONAL EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA DIASTÓLICA

[1]Marcelo Sanmartín; [2]Pilar Moix; [3]Benigno Villoch; [2]Carolina Orro; [2]María José Baqueiro; [4]Peregrina Eiroa; [4]Francisco Fraguela; [5]José Luis Salgado; [1]Rafael Fernández-Álvarez;

[1]Hospital Povisa. Vigo. [2]Centro de Salud de Moaña. [3]Centro de Salud de Cangas. [4]Centro de Salud Beiramar. [5]Centro de Salud de Panxón

Se ha relacionado el patrón "nondipper" de presión arterial con aumento de la masa ventricular izquierda e insuficiencia cardiaca. Se desconoce si esta atenuación en el descenso fisiológico de la presión arterial tiene relación con el estado sintomático o parámetros pronósticos como el NT-proBNP.

MÉTODOS: Se incluyeron 50 pacientes consecutivos con insuficiencia cardiaca diastólica, definida por criterios clínicos y ecocardiográficos, en un estudio prospectivo. Se excluyeron pacientes con cambios en el tratamiento diurético o ingresos en los últimos 30 días, aclaramiento de creatinina < 30 ml/min/1.73 m2, Hb < 10,5 g/dL, disfunción tiroidea, síndrome de apnea del sueño. Se inició la monitorización ambulatoria de la PA de 48 horas el mismo día en que se hizo el ecocardiograma, test de marcha de 6 min y la determinación de NT-proBNP.

RESULTADOS: La edad media era de 77,1 + 6,4 años, 34 eran mujeres (68%), 34 hipertensos (68%) y 15 diabéticos (30%), 28 tenían fibrilación auricular permanente (56%) y 29 tenían ingresos previos por ICC (58%). El NT-proBNP era 1196 + 967 pg/ml en el grupo "dipper" y 1074 + 897 pg/ml en los "nondipper" (p=0,66) y la relación E/e era 12,3 + 4,6 y 13,4 + 5,7, respectivamente (p=0,49). No había correlación significativa entre descenso de la PA nocturna y NT-proBNP (R=0,03), relación E/e (R=0,09), grado funcional (R=0,06), distancia caminada en 6 min (R=0,29) o puntuación en cuestionario MLWHF (R=0,19).

CONCLUSIONES: La variación circadiana de la presión arterial no tiene relación con parámetros que indican el estado sintomático o congestivo en pacientes con insuficiencia cardiaca diastólica estable.

SCACEST: ¿SE HAN MODIFICADO LOS FACTORES DE RIESGO CLÁSICOS EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS?

García López Fernando; Marzoa Rivas Raquel; Pernas Souto Berta; Couto Mallon David; Estevez Loureiro Rodrigo; Méndez Eirin Elisabet; Barge Caballero Gonzalo; Castro Beiras Alfonso;

Complejo Universitario Hospitalario A Coruña (CHUAC)

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO: La intervención sobre los factores de riesgo cardiovascular tras un evento coronario ha demostrado reducir significativamente la morbi-mortalidad. La identificación de factores de riesgo clásicos (FRC) en dicha población es fundamental para establecer un programa de prevención secundaria óptimo. El objetivo del estudio es determinar en un área sanitaria concreta, si la distribución de FRC varía a lo largo del tiempo en el escenario del SCACEST.

MÉTODOS: Estudio retrospectivo de 501 pacientes ingresados en nuestro centro por SCACEST. Se denominó grupo 1 a los pacientes ingresados por SCASEST en el primer semestre de 1997 (n = 232) y grupo 2 a los pacientes ingresados por SCASEST en el primer semestre de 2007 (n = 267). Se evaluaron parámetros demográficos, clínicos, analíticos, y ecocardiográficos en ambos grupos.

RESULTADOS: Los pacientes del grupo 1 (edad media 64,56 ± 13,72; 75,6% varones) presentaban un perfil de riesgo más favorable que el grupo 2 (edad media 65,96 ± 12,16; 77,2% varones). La presencia de dislipemia (46,4% vs 29,1%; p<0,001) y diabetes mellitus (20,6% vs 12,8%; p=0,02) fue significativamente superior en los pacientes con SCACEST de la década actual. No se objetivaron diferencias en cuanto a sexo, edad, HTA, hábito tabáquico y antecedentes personales/familiares de cardiopatía isquémica entre los 2 grupos. Tampoco se objetivaron diferencias significativas en cuanto a localización del IAM, clasificación Killip y función ventricular al ingreso.

CONCLUSIONES: En nuestra área sanitaria, la distribución de FRC en pacientes con SCACEST varió significativamente en los últimos 10 años, siendo la Diabetes y la Dislipemia significativamente más frecuentes en la década actual. Identificar aumentos en la prevalencia de los FRC permite establecer políticas sanitarias y programas de prevención de mayor eficacia.

SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACION DE ST ¿PERSISTEN LAS DESIGUALDADES ENTRE HOMBRES Y MUJERES?

García López Fernando; Marzoa Rivas Raquel; Pernas Souto Berta; Couto Mallon David; Estevez Loureiro Rodrigo; Mendez Eirin Elisabet; Barge Caballero Gonzalo; Castro Beiras Alfonso;

Complejo Universitario Hospitalario A Coruña (CHUAC)

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO: En el SCA las mujeres (M) se han visto desfavorecidas respecto a los hombres (H) en la adopción de medidas diagnósticas y terapéuticas. Se ha concienciado a los profesionales sanitarios para subsanar dichas desigualdades. El objetivo del estudio fue determinar si en nuestra área sanitaria el manejo del SCACEST en la M ha mejorado en la última década.

MÉTODOS: Estudio retrospectivo de 501 pacientes ingresados en nuestro centro por SCACEST. Se evaluaron los pacientes ingresados por SCACEST en el primer semestre de 1997 (n = 232; 24,5% M) y en el primer semestre de 2007 (n = 267; 22,8% M). Se determinaron parámetros clínicos, analíticos y ecocardiográficos. Se evaluaron las medidas terapéuticas ofrecidas (terapia de reperfusión urgente (TRU) y terapia farmacológica) y el pronóstico.

RESULTADOS: En 1997 las M eran significativamente más añosas que los H (73,3 vs 61,7 años; p<0,05), hipertensas, diabéticas y menos fumadoras. La proporción de M que recibieron una TRU fue significativamente inferior a los H (36% vs 51%; p=0,038) y tanto la mortalidad intrahospitalaria (MI) como la mortalidad a 1 año (M1a) fue significativamente mayor en el grupo de M. En el año 2007, si bien las M presentaban mayor edad (71,9 vs 64,2 años; p<0,05) y menor hábito tabáquico, no difirieron en otros FRCV respecto a los H. Aunque no se evidenciaron diferencias significativas respecto a la TRU (62,3% M vs 69,4% H; p=0,35) ni respecto a la terapia farmacológica (betabloqueantes, IECAs y antiagregación), la MI y M1a fue superior en el grupo de M (p<0,05).

CONCLUSIONES: En la actualidad, en nuestra área sanitaria no existen desigualdades entre sexos en el manejo del SCACEST. Aun así, el pronóstico de las M sigue siendo más desfavorable.

¿RECONOCEMOS ANTES LOS SÍNTOMAS DEL INFARTO? ESTUDIO DE 356 PACIENTES (1997-2007)

García López Fernando; Marzoa Rivas Raquel; Pernas Souto Berta; Couto Mallon David; Estevez Loureiro Rodrigo; Méndez Eirin Elisabet; Barge Caballero Gonzalo; Castro Beiras Alfonso;

Complejo Universitario Hospitalario A Coruña (CHUAC)

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO: Es indudable que en el escenario del SCACEST deben realizarse todos los esfuerzos necesarios para minimizar el tiempo transcurrido entre la presentación de los síntomas y el inicio de la estrategia terapéutica. Los programas de educación sanitaria y un mayor acceso de la población a la información sanitaria son esenciales para reducir el tiempo que transcurre entre el inicio del dolor torácico y la asistencia sanitaria (TpD-A). El objetivo del estudio es determinar si el TpD-A se ha reducido en nuestra área sanitaria en los últimos 10 años.

MÉTODOS: Estudio retrospectivo de 356 pacientes (79,5% varones) ingresados en nuestro centro por SCACEST en los que se registró el TpD-A (183 pacientes ingresados en el primer semestre de 1997 y 173 pacientes ingresados en el primer semestre de 2007). Se determinaron parámetros demográficos, clínicos, técnicas de reperfusión y pronóstico.

RESULTADOS: El TpD-A se redujo significativamente en el año 2007, respecto al 1997 (422,4 ± 794,8 min vs 998,9 ± 2470,7 min; p=0,004). Los pacientes con edad < 75 años (p = 0,008) y los varones contactaron más precozmente con el sistema sanitario (p = 0,028). Pacientes con antecedentes familiares y/o personales de cardiopatía isquémica no presentaron una reducción significativa del TpD-A. No existieron diferencias significativas entre el TpD-A de pacientes diabéticos y no diabéticos. 230 pacientes (64,6%) recibieron una terapia de reperfusión urgente (TpD-A medio 184,6 minutos) y 126 (35,4%) no fueron reperfundidos por retraso. Una evolución desfavorable (mortalidad intrahospitalaria o al año y reingreso por causa cardiovascular) se asoció significativamente a TpD-A más prolongados.

CONCLUSIONES: En la última década se ha observado, en nuestra área sanitaria, una reducción significativa del TpD-A. La edad avanzada y sexo femenino se han asociado significativamente con TpD-A más prolongados.

EL CONTROL DE LA INFLAMACIÓN A LARGO PLAZO MEJORA LA FUNCIÓN ENDOTELIAL Y REDUCE LOS NIVELES DE NT-PROBNP EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

Carlos González-Juanatey; Miguel A. González-Gay; Ana Testa; Tomás Vázquez; Alberto Miranda; Margarita Regueiro; Ramón Ríos; Víctor Puebla; Javier Llorca;

Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Xeral-Calde. Lugo

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica asociada con un proceso de aterosclerosis acelerada. Existe controversia sobre el control de la inflamación con fármacos bloqueadores del factor de necrosis tumoral (TNF)-a- y la reducción del proceso aterosclerótico. El objetivo del estudio fue analizar el efecto sobre la función endotelial (FE), el espesor íntima-media carotídeo (EIMC) y los niveles de NT-proBNP, del bloqueo del TNF-a, con un anticuerpo monoclonal anti-(TNF)-a, adalimumab, a largo plazo, en pacientes con AR de larga evolución.

MÉTODOS: Estudiamos a 10 pacientes con AR que iniciaban tratamiento con adalimumab. La FE y el EIMC se valoraron mediante ultrasonografía de alta resolución de la arteria braquial y de la arteria carótida común respectivamente al inicio del tratamiento (día 0), al día 14 y al mes 12. Además se determinaron los niveles plasmáticos de NT-proBNP en cada evaluación.

RESULTADOS: Tras la administración de adalimumab se produce un significativo incremento de la vasodilatación endotelio-dependiente (8,1±3,1% en el día 14 post-tratamiento frente a 5,8±3,1% el día 0, p= 0,005). Mejoría que se mantuvo a los 12 meses. No hubo diferencias significativas en los valores de EIMC al mes 12 (0,66±0,16 mm) comparados con el día 0 (0,66±0,15 mm) (p= 0,88). El tratamiento con adalimumab produjo una rápida y significativa reducción de los niveles plasmáticos de NT-proBNP al día 14 (mediana: 37 pg/ml; [IQR]: 29-74 pg/ml) mantenido al mes 12 (64,5 pg/ml; 44-80 pg/ml) comparados con los niveles del día 0 (88 pg/ml; 56-116 pg/ml; p= 0,022).

CONCLUSIONES: Nuestro estudio demuestra que el tratamiento con anti-(TNF)-a, adalimumab reduce los mecanismos implicados en el incremento del riesgo de mortalidad cardiovascular observado en los pacientes con AR.

EL TRATAMIENTO CON TERAPIA BIOLÓGICA (RITUXIMAB) MEJORA LA FUNCIÓN ENDOTELIAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE.

Carlos González-Juanatey; Miguel A. González-Gay; Ana Testa; Tomás Vázquez; Alberto Miranda; Margarita Regueiro; Ramón Ríos; Víctor Puebla; Javier Llorca;

Complejo Hospitalario Xeral-Calde, Lugo.

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS: Las enfermedades cardiovasculares son la causa más frecuente de mortalidad prematura en los pacientes con artritis reumatoide (AR). La disfunción endotelial es una manifestación precoz en la progresión de la enfermedad aterosclerótica. El propósito de nuestro estudio fue analizar si el tratamiento biológico con un anticuerpo monoclonal, rituximab, mejoraba la función endotelial (FE) en pacientes con AR grave de larga evolución.

MÉTODOS: Estudiamos a 6 pacientes (5 mujeres), con un rango de edad de 55-79 años, diagnosticados de AR sin factores de riesgo cardiovascular clásicos (rango de duración de la AR 8-28 años). Los pacientes iniciaron tratamiento con rituximab (2 infusiones endovenosas de 1.000 mg separadas 2 semanas) debido a la gravedad de la enfermedad. La FE se valoró mediante estudio ecográfico de alta resolución de la arteria braquial, determinando el porcentaje de la vasodilatación endotelio-dependiente (DED) y la endotelio-independiente (DEI) el día 0 (pre-rituximab), a la semana +2 (previa a la 2ª infusión) y al 6º mes.

RESULTADOS: Tras la administración de rituximab se produce en todos los pacientes un significativo incremento del porcentaje de DED (7,0±2,3% en la semana +2 y 7,6±1,7% en el 6º mes post-administración del rituximab, frente a 1,6±5,8% el día 0, p= 0,03) que se acompañó de una reducción significativa de los niveles de PCR (p= 0,03) y de los parámetros clínicos de actividad inflamatoria de la enfermedad para cada pacientes post-infusión (p= 0,03).

CONCLUSIONES: Nuestro estudio demuestra un importante efecto del tratamiento con rituximab sobre la FE en pacientes con AR grave, que se acompaña de una reducción significativa de los parámetros de actividad inflamatoria de la enfermedad y que podría contribuir a la reducción de la alta incidencia de complicaciones cardiovasculares en los pacientes con AR.

INFORMACIÓN GENERAL

INFORMACIÓN GENERAL:

LUGAR Y FECHAS DE CELEBRACIÓN:

Lugar: Hotel Meliá María Pita
Av. Pedro Barrié de la Maza 3
15003 – A Coruña
Tfno: 981 205 000

Fecha: 4 y 5 de junio de 2010

CUOTAS DE INSCRIPCIÓN:

	Hasta el 17/04/10	Desde el 17/04/10
Socios SOGACAR	275 €	300 €
No socios SOGACAR	350 €	375 €
Médicos de Atención Primaria	275 €	300 €
Residentes	175 €	200 €
Enfermería	150 €	175 €

Fecha límite de inscripción antes de la reunión:
Se tramitarán inscripciones en la Secretaría Técnica hasta el **25 de mayo de 2010**. Con posterioridad a esa fecha la inscripción deberá formalizarse en la secretaría de la sede, durante el congreso.

Cancelaciones:
Hasta el 05/05/10:____ Devolución del 100%
Desde el 05/05/10:____ Sin devolución

Forma de pago: Consultar condiciones en www.sogacar.com

HOTEL OFICIAL:

Hotel Meliá María Pita****	Hab. individual	Hab. doble
Sin vistas	91 €	105 €
Con vistas	101 €	115 €

(desayuno e IVA incluidos)

Reservas:
La fecha límite para tramitar reservas de alojamiento antes de la reunión es el 25 de mayo de 2010.

Cancelaciones:
Hasta el 16/04/10:____ Devolución del 100%
Desde el 16/04/10:____ Sin devolución

Forma de pago: Consultar condiciones en www.sogacar.com

INFORMACIÓN GENERAL:

RESTAURACIÓN:

Cena del congreso:
La cena tendrá lugar el viernes, 4 de junio en el Hotel Finisterre a las 22.00 horas. La organización facilitará un plano de cómo llegar desde la sede, 15 min caminando.

Almuerzo:
Habrá un almuerzo en la misma sede, el sábado 5 de junio a las 14.30 horas

ACTIVIDAD ACREDITADA:

Actividad acreditada con 5,3 créditos

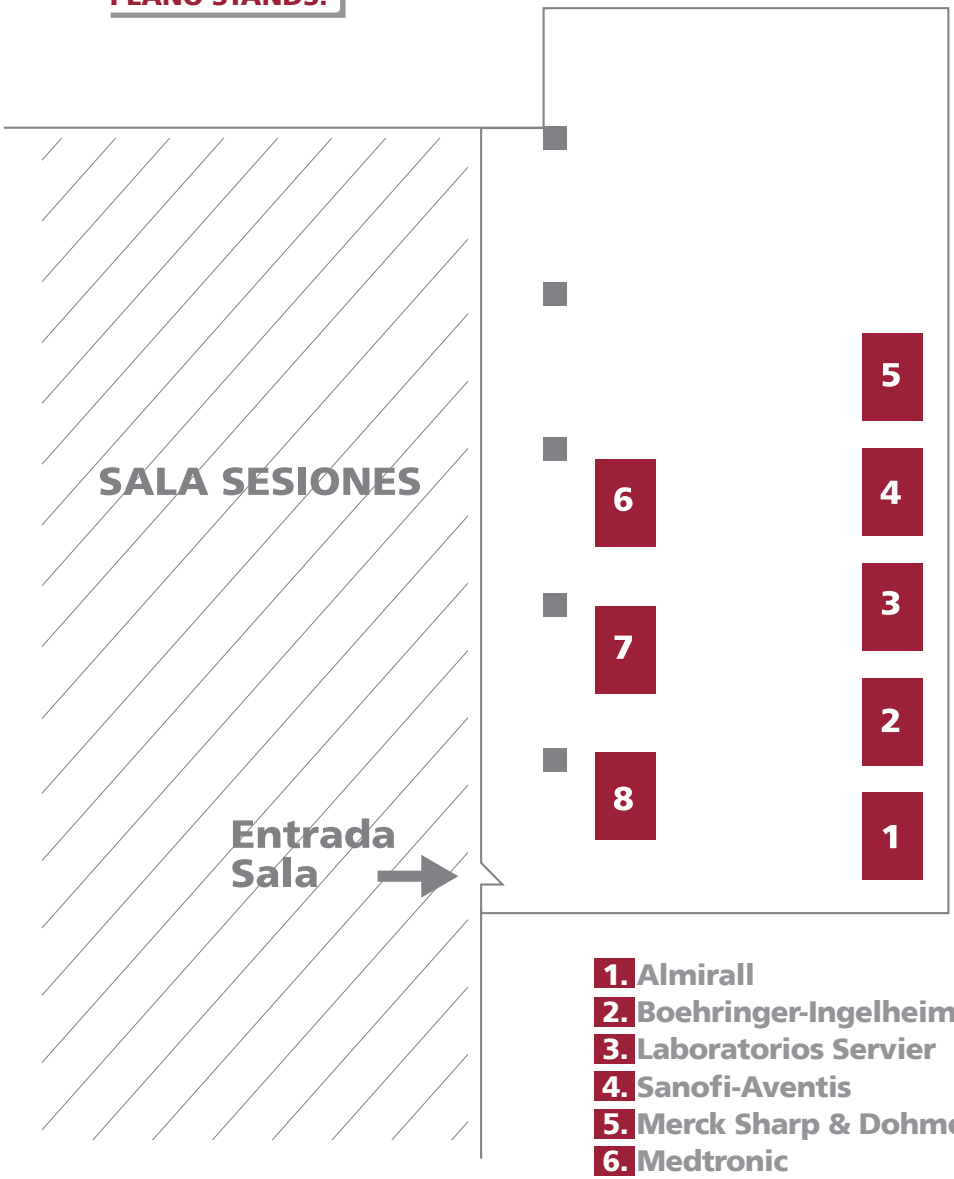
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA | Comité de Acreditación CASEC

CONGRESO DECLARADO DE INTERÉS SANITARIO POR LA CONSELLERÍA DE SANIDADE DE LA XUNTA DE GALICIA

XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE
Dirección Xeral de Saúde Pública

INFORMACIÓN GENERAL:

PLANO STANDS:



1. Almirall
2. Boehringer-Ingelheim
3. Laboratorios Servier
4. Sanofi-Aventis
5. Merck Sharp & Dohme
6. Medtronic
7. Menarini
8. Esteve

INFORMACIÓN GENERAL:

COLABORADORES:

Almirall
Astrazeneca Farmacéutica Spain
Daiichi-Sankyo - Lilly
Merck Sharp & Dohme
Pfizer
Terumo

MIEMBROS PROTECTORES DE LA SEC:

Abbott Laboratories, S.A.
Astrazeneca Farmacéutica Spain, S.A.
Bayer Healthcare
Boehringer Ingelheim España, S.A.
Boston Scientific Ibérica, S.A.
Bristol-Myers Squibb, S.A.
C.E.M. Biotronik, S.A.
Daiichi-Sankyo España, S.A.
Elsevier España, S.L.
Es Por Ti Corazón, S.L.
Esteve
Ferrer In Code, S.L.
Gendiag
General Electric Healthcare España, S.A.
Glaxosmithkline, S.A.
Grupo Acción Médica
Grupo Ferrer Internacional, S.A.
Grupo Solvay Pharma
Johnson & Johnson División Cordis
Laboratorios AlmiRall, S.A.
Laboratorios Rovi S.A.
Laboratorios Servier, S.L.
Lacer, S.A.
Meda Pharma
Medical Trends, S.L.
Medtronic Ibérica, S.A.
Merck, S.L.
Merck, Sharp & Dohme España, S.A.
Novartis Farmaceutica, S.A.
Pfizer, S.A.
Philips Ibérica, S.A.
Recordati España, S.L.
Sanofi-Aventis, S.A.
Schering Plough, S.A.
Siemens, S.A.
St. Jude Medical España, S.A.

NOTAS:

NOTAS:

NOTAS: