



REVISTA ANDALUZA DE CARDIOLOGÍA

■ PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE CARDIOLOGÍA
■ Volumen 42 • número 1 • Mayo 2007

XLII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE CARDIOLOGÍA

DEL 10 AL 12 DE MAYO DE 2007 - JAÉN

Publicación de COMUNICACIONES

ORALES

PREMIO DR. PEDROTE

POSTER FORUM

POSTER

XLII Congreso Sociedad Andaluza de Cardiología

JAÉN
10-12 de Mayo
de 2007



Guerrero de la Doble Armadura
MUSEO DE JAÉN

JUNTA DIRECTIVA

Presidente: Dr. Luis F. Pastor Torres
Presidente electo: Dr. Miguel Ángel Ulecia Martínez
Presidente anterior: Dr. Manuel Anguita Sánchez
Vicepresidente: Dr. José Carlos Vargas-Machuca Caballero
Secretario: Dr. Rafael Hidalgo Urbano
Vicesecretario: Dr. José Eduardo López Haldón
Tesorero: Dr. José Luis Delgado Prieto
Editora: Dra. M^a Dolores Mesa Rubio
Vocales: Dr. Jacinto Benítez Gil
Dr. Manuel de Mora Martín
Dr. Amador López Granados
Dr. Francisco Javier Molano Casimiro
Dr. Eduardo Moreno Escobar
Dr. Juan Motero Carrasco
Dr. Manuel Sancho Jaldón
Dra. Ada Tarabini-Castellani Rizzo

COMITÉ DE REDACCIÓN

Editora Jefe: Dra. M^a Dolores Mesa Rubio
Editores Asociados: Dr. Juan Carlos Castillo Domínguez
Dr. José Segura Saints-Gerons

COMITÉ EDITORIAL

Dr. Fco. Javier Alzueta Rodríguez
Dr. Manuel Anguita Sánchez
Dr. José Azpitarte Almagre
Dr. Gonzalo Barón Esquivias
Dr. Alberto Barrera Cordero
Dr. Juan Carlos Castillo Domínguez
Dr. Manuel Concha Ruiz
Dr. José M^a. Cruz Fernández
Dr. José Cubero García
Dr. Alfonso Descalzo Señorans
Dr. Francisco Errazquin S. de Tejada
Dr. Juan A. Fournier Andray
Dr. Manuel Franco Zapata
Dra. Lorena García Risco
Dr. Damián Gascón López
Dr. Carlos Infantes Alcón
Dr. Manuel Jiménez Navarro
Dr. Ernesto Lage Gallé
Dr. Francisco López Pardo
Dr. Félix Malpartida de Torres
Dr. Ángel Martínez Martínez
Dr. Ramón Martos Ferrer
Dra. Dolores Mesa Rubio
Dr. Manuel de Mora Martín
Dr. Francisco Morales Ponce
Dr. Juan Motero Carrasco
Dr. Antonio Ordóñez Fernández
Dr. Carlos Pagola Vilardebó
Dr. Manuel Pan Álvarez-Osorio
Dr. Luis Pastor Torres
Dr. Alonso Pedrote Martínez
Dr. José A. Pérez Fdez.-Cortacero
Dr. Carlos Piñero Gálvez
Dra. Isabel Rodríguez Bailón
Dr. Francisco Ruiz Mateas
Dr. Ignacio Sáinz Hidalgo
Dr. José Manuel Sánchez Calle
Dr. Ángel Sánchez González
Dr. Manuel Sancho Jaldón
Dr. José Santos de Soto
Dr. José Segura Saints-Gerons
Dr. José Suárez de Lezo
Dr. Luis Tercedor Sánchez
Dr. Eduardo de Teresa Galván
Dr. Ignacio Tejero Mateo
Dr. Francisco Torres Calvo
Dr. Federico Vallés Belsúe
Dr. Eduardo Vázquez R. Castroviejo
Dr. Ricardo Vivancos Delgado

«La Revista de la Sociedad Andaluza de Cardiología es el medio de difusión oficial de la Sociedad Andaluza de Cardiología tanto de su actividad científica más importante como de su actividad social, de reglamentación y de normativas útiles para sus asociados.
Se distribuye exclusivamente para los profesionales de la Medicina miembros de la Sociedad Andaluza de Cardiología».

Publicación autorizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo como soporte válido Ref. S. V. 94046 R.

Depósito legal: CO1404/2005
I.S.S.N.: 0212-890X

Edita:
Sociedad Andaluza de Cardiología
Plaza de Colón, 9 - 1^o-4
14001 Córdoba

Imprime:
Digital Asus S.L
Córdoba

Distribución:
Secretaría de Congresos Científicos, S.L.
Plaza de Colón, 9 - 1^o-4
14001 Córdoba

Página web: <http://www.sacardiologia.org>



Publicación de Comunicaciones

XLII Congreso de la Sociedad Andaluza de Cardiología

JUNTA DIRECTIVA

Presidente: Dr. Luis F. Pastor Torres
Presidente electo: Dr. Miguel Ángel Ulecia Martínez
Presidente anterior: Dr. Manuel Anguita Sánchez
Vicepresidente: Dr. José Carlos Vargas-Machuca Caballero
Secretario: Dr. Rafael Hidalgo Urbano
Vicesecretario: Dr. José Eduardo López Haldón
Tesorero: Dr. José Luis Delgado Prieto
Editora: Dra. M^a Dolores Mesa Rubio
Vocales: Dr. Jacinto Benítez Gil
Dr. Manuel de Mora Martín
Dr. Amador López Granados
Dr. Francisco Javier Molano Casimiro
Dr. Eduardo Moreno Escobar
Dr. Juan Motero Carrasco
Dr. Manuel Sancho Jaldón
Dra. Ada Tarabini-Castellani Rizzo

COMITÉ DE REDACCIÓN

Editora Jefe: Dra. M^a Dolores Mesa Rubio
Editores Asociados: D. Juan Carlos Castillo Domínguez
D. José Segura Saints-Gerons

**COMUNICACIÓN 001****FACTIBILIDAD Y SEGURIDAD DE LA ABLACIÓN SIN ESCOPIA. EXPERIENCIA INICIAL DE UN ÚNICO CENTRO.**

Autores: M. Álvarez, L. Tercedor, I. Almansa, M. Figueras, R. Peñas, M. Algarra, J. Azpitarte
C. Trabajo: Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

El objetivo es analizar la factibilidad y seguridad de los procedimientos de ablación (ABL) sin el uso de radioscopia guiados por un sistema de navegación intracardiaca no fluoroscópica (SNINF). Incluimos prospectivamente a pacientes con sustratos localizados en la aurícula derecha: flutter auricular común (FTC), TIN, vía accesoria (VAC), taquicardia auricular. Fueron excluidos: taquicardia ventricular, sustratos de cavidades izquierdas y pacientes pediátricos. Como intención de tratar no se utilizó radioscopia en la colocación de ningún electrocatéter (diagnóstico y ablación). La ABL estuvo precedida, en todos los casos, de un estudio electrofisiológico diagnóstico (EEF-D) habitual en nuestro laboratorio. Los criterios de éxito fueron los descritos en la literatura. Comparamos los tiempos de procedimiento y radiofrecuencia con 10 casos de FTC (guiados por SNINF) y 10 TIN precedentes en los que se usó radioscopia desde el inicio. Veinticinco pacientes fueron incluidos (18 hombres, 58±13 años). Sin cardiopatía el 76% y 5 disfunción sistólica de VI. La arritmia que indicó la ABL fue el FTC en 14 casos, WPW en 3 y TPSV en 8. Después del EEF-D el sustrato identificado fue: ICT en 14, TIN común en 5, taquicardia por reentrada sinoauricular (TSA) en 1, 3 VAC (medioseptal, posteroseptal derechas y posterior izquierda). En dos casos no identificamos un sustrato susceptible de ablación. En 4 casos no se realizó la ABL: VAC derecha no susceptible, negativa del paciente afecto de TSA y no sustrato abordable en 2. En 2 casos se usó radioscopia: identificación de VAC oculta izquierda y FTC por movilidad de la paciente que afectó al SNINF. Se consiguió éxito en 14 FTC y 5 TIN y fracaso en la VAC medioseptal (suprimida en un segundo procedimiento con escopia sólo para colocar los electrocatéteres diagnósticos). Se produjo bloqueo AV suprahisiano de 2º grado transitorio que no precisó marcapasos en un caso de FTC. No hubo diferencias estadísticamente significativas en los tiempos analizados con el grupo control.

CONCLUSIONES: La ablación sin escopia de sustratos localizados en AD, mediante el uso de SNINF, es factible, segura y no prolonga significativamente el tiempo del procedimiento.

COMUNICACIÓN 002**PREDICTORES DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON TAQUICARDIA VENTRICULAR SINCOPAL O MAL TOLERADA PORTADORES DE DAI.**

Autores: R. Castro, M. Algarra, M. Álvarez, L. Tercedor, I. Almansa, M. Figueras, R. Peñas, J. Azpitarte
C. Trabajo: Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

El objetivo de nuestro estudio es analizar la evolución clínica de los pacientes con taquicardia ventricular monomórfica (TVM) sincopal o mal tolerada a los que se les implantó un DAI. El seguimiento de los pacientes se llevó a cabo periódicamente cada 6 meses en la consulta de Arritmias, los pacientes fueron evaluados telefónicamente si el último seguimiento era de 6 meses. Analizamos variables clínico-epidemiológicas y variables relacionadas con la evolución clínica: recurrencia sincopal, mortalidad o trasplante cardíaco (TC) y tipo de muerte (súbita, cardíaca no súbita y no cardíaca). Desde 1997 a 2005 sesenta y tres pacientes (59 hombres; 62±11 años -rango 38-81-) con un seguimiento clínico superior a un año fueron incluidos. Todos tenían cardiopatía: 78% cardiopatía isquémica, 9% miocardiopatía dilatada, 5% miocardiopatía hipertrófica, 5% valvulopatía y 3% DAVD. Diabetes tenía el 20,5%, HTA el 41% y 19% EPOC. La FE era de 34±13%, y la anchura del QRS era 120±29 y NYHA 1,9±0,7 (ningún paciente con NYHA 4). El 86% estaba en ritmo sinusal y el 14% en fibrilación auricular. El 30% tuvo TVM sincopal y el 70% una TVM mal tolerada (hipotensión, angina, disnea). Al 73% (n=46) se les implantó un DAI monocameral, al 22% (n=14) un bicameral y al 5% (n=3) un tricameral. El tiempo de seguimiento fue 47±29 meses. El 70% (n=44) de los pacientes seguían vivos al final del seguimiento. Dieciocho pacientes fallecieron: 10 muertes no cardíaca, 8 muertes cardíaca (2 de ellas súbitas). Un paciente fue objeto de TC. En el análisis univariado las variables relacionadas con la mortalidad total o TC (n=19) fueron: edad (p<0,1) NYHA (p<0,05) y la EPOC (p<0,05). Sólo la NYHA fue retenida como predictor independiente en el análisis multivariable (p<0,05). Al analizar la mortalidad cardíaca o TC las variables relacionadas fueron: edad (p<0,1) y NYHA (p<0,05). Siendo éste último el único predictor independiente.

CONCLUSIONES: La mortalidad o TC de los pacientes con taquicardia ventricular sincopal o mal tolerada portadores de DAI es del 30% a los casi cuatro años de seguimiento medio. El grado funcional (cuantificado por la NYHA) es el único predictor independiente de mortalidad total y de mortalidad cardíaca.

COMUNICACIÓN 003**SÍNCOPE E INDUCCIÓN DE ARRITMIAS VENTRICULARES COMO INDICACIÓN DE DAI. EVOLUCIÓN FRENTE A LOS PACIENTES CON TAQUICARDIA VENTRICULAR SINCOPAL.**

Autores: M. Algarra, R. Castro, M. Álvarez, L. Tercedor, I. Almansa, M. Figueras, R. Peñas, J. Azpitarte
C. Trabajo: Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves

El objetivo de nuestro estudio es analizar la evolución clínica de los pacientes con síncope de origen desconocido (SOD) y arritmias ventriculares inducidas en el estudio electrofisiológico (EEF+) frente a aquellos pacientes con síncope durante el cual se objetivó una taquicardia ventricular monomórfica (TVS). Treinta y cinco pacientes con un seguimiento clínico superior a un año fueron incluidos. Grupo 1: SOD y EEF+ y Grupo 2: pacientes con TVS. A todos los pacientes de ambos grupos se les indicó terapia con DAI. Analizamos variables clínico-epidemiológicas y variables relacionadas con la evolución clínica: recurrencia sincopal, mortalidad o trasplante cardíaco (TC) y tipo de muerte (súbita, cardíaca no súbita y no cardíaca). El seguimiento de los pacientes se llevó a cabo periódicamente cada 6 meses en la consulta de Arritmias, los pacientes fueron evaluados telefónicamente si el último seguimiento era de 6 meses. El tiempo de seguimiento entre ambos grupos fue similar (46±24 meses del grupo 1 vs. 60±34 del grupo 2; p=0,15) Fueron evaluados 16 pacientes del grupo 1 y 19 del grupo 2. No encontramos diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto a la edad, sexo, diabetes, tipo de cardiopatía, FE y ritmo basal. Los pacientes del grupo 2 tenían una peor NYHA (2,2±0,6 vs. 1,8±0,6; p<0,1) y los del grupo 1 tenían una mayor anchura del QRS (138±40 vs. 112±20 ms; p<0,1). A todos los pacientes del grupo 1 se les indujo una AAVV (12 TV, 4 FV), 3 pacientes del grupo 2 fueron no inducibles. Sólo 2 pacientes de cada grupo tuvieron una buena tolerancia de la TV inducida. No hubo diferencias significativas en cuanto al tipo de DAI empleado (monocameral, bicameral o tricameral). No hubo diferencias estadísticamente significativas en la recurrencia sincopal (18,8% en grupo 1 vs. 5,3% en grupo 2), mortalidad o TC (31,3% en grupo 1 vs. 31,6% en grupo 2) ni muerte súbita (6,3% en grupo 1 vs. 3,1% en grupo 2).

CONCLUSIONES: La mortalidad de los pacientes con SOD y arritmias ventriculares inducidas en el EEF DAI es similar a aquellos pacientes con TV sincopal cuando todos son tratados con DAI. En todos ellos la recurrencia sincopal y la incidencia de muerte súbita es escasa.

COMUNICACIÓN 004**FACTORES CLÍNICO-ECOCARDIOGRÁFICOS PREDICTORES DE EVOLUCIÓN A FRACASO VENTRICULAR IZQUIERDO EN LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA SOBRE VÁLVULA NATIVA**

Autores: JA. Sánchez-Brotos, A. de Alarcón-González, A. Adsuar Gómez, J. Jiménez-Díaz, J. Benezet Mazuecos, JM. Arizón Muñoz, A. Aranda Dios, A. Manovel Sánchez, F.J. López-Pardo

C. Trabajo: Hospital Universitario Virgen del Rocío

INTRODUCCIÓN: La endocarditis infecciosa (EI) es una entidad con una elevada morbimortalidad, siendo una de sus principales causas la evolución a fracaso ventricular izquierdo (FVI). Nuestro objetivo fue encontrar factores tanto clínicos como ecocardiográficos que nos ayuden a predecir la evolución a FVI en las EI sobre válvulas nativas izquierdas.

POBLACIÓN Y MÉTODOS: Cohorte andaluza de EI sobre válvulas nativas izquierdas (224 mitrales, 233 aórticas), pertenecientes a cinco hospitales. Se estudió la edad, la participación de un germen agresivo (*S. aureus*, *S. lugdunensis* u hongos) y la aparición de FVI durante la evolución, así como la presencia de los siguientes hallazgos ecocardiográficos: vegetaciones, complicaciones (absceso o aneurisma paravalvular, ruptura de sigmoideas aórticas, ruptura de cuerdas mitral, fístula, perforación de un velo) y el grado de regurgitación valvular.

RESULTADOS: Evolucionaron a FVI 228 pacientes, un 49,9% del total (53,2% en EI aórtica vs 46,4% en EI mitral, p 0,14). El aórtica: en el análisis multivariable, se asociaron con la aparición de FVI: edad mayor de 60 años (OR 2,2, IC 95% 1,14-4,26, p 0,019), participación de un germen agresivo (OR 2,5, IC 95% 1,17-5,38, p 0,019), presencia de complicaciones (OR 4,61, IC 95% 2,15-9,9, p 0,001) y la insuficiencia aórtica severa (OR 3,23, IC 95% 1,25-8,36, p 0,016). El mitral: en el análisis multivariable, se asociaron con la aparición de FVI: edad mayor de 60 años (OR 3,06, IC 95% 1,59-5,88, p 0,01), participación de un germen agresivo (OR 2,47, IC 95% 1,23-4,96, p 0,01), presencia de complicaciones (OR 4,59, IC 95% 1,71-12,31, p 0,002) y la insuficiencia mitral severa (OR 6,59, IC 95% 1,99-21,88, p 0,02). La presencia de vegetaciones y la regurgitación valvular ligera o moderada no se asociaron de forma significativa e independiente con la evolución a FVI.

CONCLUSIONES: 1. En nuestra serie apareció FVI en el 49,9% de los pacientes con EI sobre válvula nativa en algún momento de su evolución. 2. Se mostraron como predictores independientes de esta evolución a FVI la edad avanzada (más de 60 años), la participación de un germen agresivo, la presencia de complicaciones y la existencia de regurgitación valvular severa.



COMUNICACIÓN 005

CÁLCULO DEL ÁREA VALVULAR POR ECUACIÓN DE CONTINUIDAD MODIFICADA EN PACIENTES CON ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA.

Autores: Jaime Nevado Portero, Javier Torres Llergo, Jose Ángel Urbano Moral, Manuel Fernando Gonzales, Antonio Ortiz Carrellán, Jose López-Haldón, MJ Rodríguez, F López Pardo.

C. Trabajo: Hospital Universitario Virgen del Rocío.

INTRODUCCIÓN: El gradiente aórtico viene determinado por el volumen de llenado y el tiempo de eyección. Ambos dependen de parámetros hemodinámicos que varían constantemente. Más fiable que el gradiente, es el cálculo del área valvular (AV), que se obtiene empleando la ecuación de continuidad (EC). En ocasiones, es difícil medir el diámetro del tracto de salida (TSVI), ya sea por calcificación o ventana inadecuada, además, el error en esta medida será magnificado de forma exponencial.

OBJETIVO: Obtener un método alternativo a la EC para el cálculo del AV aórtica, cuando ésta, por imposibilidad en la medida del diámetro del TSVI, no pueda aplicarse.

PACIENTES Y MÉTODOS: Se estudiaron prospectivamente a 75 pacientes con estenosis aórtica severa (EAS). Finalmente 54 fueron incluidos, excluyéndose aquellos con insuficiencia mitral moderada/severa, shunt I-D, ritmo no sinusal, mala ventana y portadores de prótesis. Se recogieron variables clínicas y ecocardiográficas, determinándose el AV tanto por EC como por EC modificada, que sustituye el numerador de la EC por el volumen sistólico; $AV = (VTD-VTS)/VTI$ Aórtico. La concordancia entre ambos métodos se estudió por el modelo de Bland and Altman, estableciéndose su relación por regresión lineal simple.

RESULTADOS: La edad fue de 68 ± 6 , 56% eran varones, la HTA con un 78 % fue el factor de riesgo más prevalente y la angina con un 85 % el síntoma más frecuente. Un 54 % presentó enfermedad coronaria, siendo la FE media del 62%. El AV aórtica por EC (AVec) fue de 0.77 ± 0.17 cm². La obtenida por EC modificada (AVm) fue de 0.61 ± 0.19 cm². Se demostró que existía buena concordancia entre ambos métodos, así la media de la diferencia fue de 0.16 ± 0.07 cm². La ecuación que mejor correlaciona ambos métodos, con un valor de R de 0.76 fue: $AVec = 0.28 + 0.8 AVm$ (p 0.000).

CONCLUSIÓN: La cuantificación del AV aórtica por EC modificada resulta una alternativa a la EC cuando no pueda medirse apropiadamente el diámetro del TSVI, en pacientes con EAS.

COMUNICACIÓN 006

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS TUMORES CARDÍACOS INTERVENIDOS EN NUESTRO MEDIO.

Autores: Fernández-Armenta Pastor J.; Fernández-Vivancos Marquina C; Fernández Romero A.J.; Araji O*; Valenzuela García L.F.; Calvo Jambriña R.; Infantes Alcón C*; Cruz Fernández J.M.;

C. Trabajo: Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

OBJETIVOS: Estudio de histología, diagnóstico y tratamiento quirúrgico de los tumores cardíacos intervenidos en nuestro medio.

METODOLOGÍA: Estudio retrospectivo descriptivo valorando las características de los pacientes, métodos diagnósticos, anatomía patológica, hoja quirúrgica y postoperatoria de 37 pacientes operados desde 1979 hasta enero de 2007.

RESULTADOS: La mediana de edad fue de 63 años (p25-75: 42-71 años), el 45,9 % eran varones. No tenemos constancia de ningún antecedente familiar de tumor cardíaco. Cuatro pacientes presentaban antecedentes de otro tumor no cardíaco. Los síntomas que llevaron al diagnóstico fueron: disnea 30,8 %, dolor torácico 19,9%, palpitaciones 15,4%, AVC-AIT 11,5%, hallazgo casual 3,8%, otros 19,2%. La exploración que llevó al diagnóstico fue: RM en el 7,1%, ETE en el 7,6%, TAC en el 10,7% y ecocardiografía transtorácica en el 78,6%, la cual dio un diagnóstico de certeza en el 60% de los casos. No se hizo biopsia preoperatoria en ningún caso. Histológicamente, el 56,8% fueron mixomas, 11,1% sarcomas, 10,8% carcinomas y se registraron casos de hamartoma, fibroma, leiomioma y otros. Su localización varió de 45,9% en aurícula izquierda, 27% en aurícula derecha, 10,8% en pericardio, 16,2% otras. El diámetro medio de las masas fue 4,2 cm (desv. típ. 1,68 cm). En el 16,2% de los casos el tumor era secundario. Hubo invasión local en el 29% y repercusión valvular en el 29,2%. Desde el diagnóstico hasta la cirugía pasaron una media de 94 días. El tumor fue resecaado en su totalidad en el 87,9 % de los casos. La mortalidad operatoria y en el postoperatorio inmediato (0-2 días) se produjo en 3 casos (9,1%): una metástasis, un sarcoma ampliamente extendido y solamente en un caso se trató de un mixoma.

CONCLUSIONES: De los 37 tumores cardíacos intervenidos en nuestro Hospital la mayoría fueron primarios, siendo lo más frecuente los mixomas localizados en la AI. La ETT permitió el diagnóstico de certeza en gran parte de los casos. La mortalidad inmediata tras la cirugía fue baja.

COMUNICACIÓN 007

EVENTOS CLÍNICOS EN PACIENTES DIABÉTICOS CON ENFERMEDAD CORONARIA MULTIVASO TRATADOS CON CIRUGÍA. SEGUIMIENTO A 3 AÑOS.

Autores: Linde Estrella AL, Dominguez Franco A, Leruite Martin I, Porras C., Melero JM, Sanchez Espín G, Such M, Olalla Mercadé E, De Teresa Galván E

C. Trabajo: Hospital Clínico Virgen de la Victoria de Málaga

La enfermedad coronaria multivaso(ECM) es frecuente en los pacientes diabéticos(P). La cirugía de revascularización(CABG) es tratamiento electivo en estos pacientes. Desconocemos los factores que pueden influir en el pronóstico a largo plazo.

MÉTODOS: Analizamos 170 P consecutivos (2000-2005) con ECM en los que se decidió tratamiento quirúrgico, con un seguimiento del 96,5 %; los dividimos en dos grupos: Grupo A (n=38, 22,2%); P. que presentaron eventos coronarios adversos mayores (MACE): muerte, IAM no fatal, ACV, revascularización en el seguimiento (36±19 meses); y Grupo B: P. que no presentaron MACE. Estudiamos las características de ambos grupos.

RESULTADOS: En el análisis bivariante encontramos diferencias significativas en cuanto a presencia de insuficiencia renal significativa (aclaramiento de creatinina calculado por MDRD < 60ml/min 1,73 m²): 40,5% (A) - 17,5% (B) p=0,003, presencia de ACV previo: 18,4% (A) - 4,8% (B) p=0,006, la presencia de enfermedad de tronco coronario: 50% (A) - 31,7% (B) p=0,040 y la edad: 67,97 (A) - 64,30 (B) p=0,020. No encontramos diferencias significativas en cuanto a la proporción de P insulino dependientes (34% vs. 31%), mujeres (44% vs 29,4%), prevalencia de anemia (27,8% vs 17,9%), tabaquismo(31,6% vs. 46%), hipertensión (57 % vs. 61%), hipercolesterolemia(34% vs. 50%), insuficiencia cardíaca (13% vs 13%), IAM previo (31% vs. 32%) arteriopatía (10,5 vs. 9,5%), disfunción ventricular (FE < 45%) (39,5% vs 28,6%), enfermedad de tres vasos (76% vs. 78%), ACTP previa (10% vs. 11%), cirugía de revascularización previa(7,9 vs 4%), uso de 2 ó más injertos arteriales (7,9 vs 20%), el alcanzar revascularización completa(42% vs 51%) o el uso de circulación extracorpórea (23% vs. 31%). En un análisis multivariante mediante regresión de Cox, encontramos diferencias significativas en cuanto a la presencia de enfermedad de tronco (HR: 2,392 IC 95%:1,125- 5,084) y el haber sufrido un ACV previo (HR: 2,852 IC 95%: 1,037-7,840)

CONCLUSIONES: En los pacientes diabéticos con enfermedad coronaria multivaso que se someten a cirugía de revascularización la enfermedad de tronco coronario y haber sufrido un ACV son factores predictores independientes de presentación de eventos.

COMUNICACIÓN 008

CIERRE PERCUTÁNEO DE COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA: SEGUIMIENTO A MEDIO PLAZO

Autores: Durán C.; Suarez de Lezo J.; Pan M.; Mesa D.; Rodríguez A.; Delgado M.; Mazuelos F.; Esteban F.; Tejero I.; Ojeda S.; Segura J.; Romero M.; Pavlovic D.;

C. Trabajo: Hospital Reina Sofía

OBJETIVO: En adultos, el cierre percutáneo de la comunicación interventricular (CIV) es una alternativa a la cirugía, sin embargo, la experiencia en niños es limitada. El objetivo es presentar los resultados de nuestra serie a medio plazo en el cierre percutáneo de esta patología en niños con insuficiencia cardíaca.

MÉTODOS: Entre Febrero de 2004 y Febrero de 2007, se intentó cierre percutáneo de CIV en 31 pacientes. Catorce de ellos eran niños (7 varones y 7 mujeres) con clínica de insuficiencia cardíaca. La media de edad era de 2,3±2 años. La fracción de eyección media fue de 72±9 % y la media del diámetro diastólico del ventrículo izquierdo ajustado por talla (DdVI) y el sistólico (DsVI) fue de 41±13 y 26±6 mm/cm, respectivamente. La media de la presión sistólica pulmonar (PSP) fue 45 ± 16 mmHg y del QP/QS: 2± 0.3.

RESULTADOS: En 2 pts no se intentó por anatomía desfavorable, en 2 pts se falló en la implantación del dispositivo por mal posicionamiento (excesiva trabeculación del ventrículo derecho en un caso e interferencia con la válvula aórtica en el otro), siendo exitoso el cierre en 10 pts (83%). El tamaño medio del dispositivo fue 8,2 ± 1,7 mm (rango 6-10). Inmediatamente tras el tratamiento, la PSP descendió a 27 ± 6 mmHg (p<0.05) y el QP/QS a 1,0±0,2 (p< 0.05). El control angiográfico posterior demostró oclusión completa del defecto en los 10 pts tratados. No se describieron complicaciones. Durante un seguimiento medio de 24±12 meses, todos los pacientes se encuentran asintomáticos. Solamente un paciente requirió un marcapasos definitivo por presentar bloqueo auriculoventricular completo a los 14 meses del tratamiento percutáneo. El seguimiento ecocardiográfico demostró ausencia de shunt residual en todos los pacientes, así como una reducción de los diámetros ventriculares: DdVI (34±4 mm/cm;p< 0.05) y DsVI (20± 3 mm/cm;p<0.1).

CONCLUSIONES: El cierre percutáneo de la CIV es un procedimiento seguro y eficaz con buenos resultados a medio plazo en niños con insuficiencia cardíaca. En casos seleccionados, es una buena alternativa a la cirugía, con una baja incidencia de complicaciones en el seguimiento.

**COMUNICACIÓN 009****INFLUENCIA DE LA ETIOLOGÍA DE LA VALVULOPATÍA AÓRTICA EN LOS RESULTADOS A LARGO PLAZO TRAS LA TÉCNICA DE ROSS**

Autores: Bonilla Palomas JL., Mesa Rubio D., Ruiz Ortiz M., Delgado Ortega M., Romo Peñas E., Gámez López AL., Casares Mediavilla J., Alados Arboledas P., Concha Ruiz M., Suárez de Lezo J.

C. Trabajo: Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba)

INTRODUCCIÓN: La técnica de Ross se ha convertido en un método establecido para recambio de la válvula aórtica en niños y adultos jóvenes. Existe controversia sobre sus resultados dependiendo de si la etiología es congénita o no. El objetivo de este estudio fue analizar el resultado de este procedimiento en diferentes etiologías.

MÉTODOS: Se analizaron 96 pacientes sometidos a intervención de Ross de noviembre de 1997 a diciembre de 2006. Se compararon las características generales y eventos entre pacientes con valvulopatía aórtica de etiología congénita (n=63) y adquirida (n=33: 17 reumática, 10 degenerativa, 3 endocarditis y 3 otras).

RESULTADOS: La edad fue 30±12 años (rango 6 a 54 años) y 69 pacientes (72%) eran varones. La lesión valvular aórtica fue: estenosis (23%), regurgitación (44%) y ambas (33%). Los pacientes con etiología congénita eran más jóvenes (25±11 vs 40±6 años, p<0,001), presentaron una mejor clase funcional (27% en CF I, 55% en CF II y 18% en CF III vs 4% en CF I, 42% en CF II y 54% en CF III, p=0,002) y habían sufrido una intervención previa con más frecuencia (36% vs 4%, p=0,001). Un paciente falleció en el primer mes tras la intervención (etiología congénita). A los 63±30 meses de seguimiento, los gradientes del aortino y del homoinjerto fueron similares (8±8 vs 8±8 mmHg, p=0,61, y 29±24 vs 27±24 mmHg, p=0,32, respectivamente), así como la fracción de eyección ventricular izquierda (67±11% vs 66±9%, p=0,71). En el grupo de etiología congénita 3 pacientes tuvieron endocarditis (1 sobre el homoinjerto, controlada médicamente, y 2 sobre el autoinjerto, que fueron reoperados), 1 paciente necesitó la implantación de un marcapasos y 2 pacientes necesitaron la implantación de un stent en el homoinjerto. En el resto de la serie, 1 paciente necesitó de angioplastia percutánea en el homoinjerto y 4 fueron reoperados (1 del homoinjerto y 3 del autoinjerto -1 de ellos murió tras la cirugía). La probabilidad de supervivencia libre de eventos a los 6 años fue del 87% para el grupo de etiología congénita y del 83% para el resto (p=0,83).

CONCLUSIÓN: En nuestra experiencia, la morbilidad y mortalidad asociadas con la técnica de Ross son bajas con independencia de la etiología de la valvulopatía aórtica.

COMUNICACIÓN 010**REPARACIÓN VALVULAR MITRAL: RESULTADOS A MEDIO PLAZO.**

Autores: Prado-Gotor B., Méndez-Santos I., Valenzuela-García LF., Castro-Fernández A., Gallego-García de Vinuesa P., Araj-Tiliani O., Morillo-Mendoza A., Barquero-Aroca JM.

C. Trabajo: Hospital Universitario Virgen Macarena

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Cuando es posible, la reparación valvular mitral (RVM) es la técnica de elección para el tratamiento de la regurgitación mitral (RM) severa. El objetivo ha sido analizar los resultados de la RVM en nuestro centro.

METODOLOGÍA: Se realizó seguimiento clínico y ecocardiográfico de 66 pacientes consecutivos sometidos a RVM entre Marzo de 2000 y Septiembre de 2006 por RM severa. Definimos evento mayor combinado como la aparición de muerte, reintervención o ingreso hospitalario de causa cardíaca. Se consideró evento relacionado siempre que existía insuficiencia cardíaca y regurgitación mitral residual (RMR).

RESULTADOS: La etiología de la RM fue degeneración mixoide (72,7%), isquémica (13,6%), endocarditis (6,1%), reumática (4,5%) y secundaria a miocardiopatía dilatada en el 3% de los casos. El mecanismo II de Carpentier fue el más frecuentemente implicado (45,5%). Se encontró un mecanismo mixto en el 13,6% de los casos. El velo más frecuentemente afectado fue el posterior (65,2%). Tras un seguimiento medio de 28,4 ± 22 meses (rango 1-78) 11 pacientes (16,7%) sufrieron un evento mayor combinado. En 5 de ellos (7,6%) dicho evento se consideró relacionado. Cuatro pacientes tuvieron una muerte cardíaca (6,1%), siendo intrahospitalaria en 3 de ellos (4,5%) y relacionada en un paciente (1,5%). Ningún paciente requirió reemplazo valvular durante el seguimiento. Ocho pacientes (12,1%) reingresaron por causa cardíaca, aunque solo 5 (7,6%) fueron reingresos relacionados. Se detectó RMR en 16 pacientes (24,2%) y 5 de ellos (7,6%) tenían un grado II o superior. La FE<40% (OR 14,6 IC 95% 2,09-101,4, p 0,007) y la indicación urgente de cirugía (OR 10,1 IC 95% 1,65-62,2, p 0,012) fueron predictores independientes del evento mayor combinado. El mecanismo II de Carpentier (OR 0,12 IC 95% 0,02-0,59, p 0,009) se asoció a una menor incidencia de RMR durante el seguimiento.

CONCLUSIONES: La RVM es una técnica que ofrece buenos resultados en nuestro medio, especialmente cuando no existe disfunción ventricular severa y la indicación se hace de forma electiva o programada.

COMUNICACIÓN 011**ESTUDIO PROSPECTIVO, COMPARATIVO ENTRE LOS STENTS LIBERADORES DE SIROLIMUS Y STENTS CONVENCIONALES EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO SOMETIDOS A ANGIOPLASTIA PRIMARIA.**

Autores: Nieves Romero, Luis Díaz de la Llera, Sara Ballesteros, Jaime Nevado, Manuel Frutos, Rocio Pérez, Manuel Villa, Ángel Sánchez, Monica Fernández, Gabriel Retegui.

C. Trabajo: Hospital General Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

INTRODUCCIÓN: Los stents liberadores de sirolimus han demostrado tener una menor incidencia de reestenosis y necesidad de nueva revascularización sobre el vaso tratado en comparación con los stents tradicionales. Nosotros evaluamos el uso de los stents liberadores de sirolimus en pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST sometidos a angioplastia primaria.

MÉTODO: Hemos randomizados a 120 pacientes seleccionados que presentaron infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST de menos de 12 horas de evolución a los que le realizó angioplastia primaria para comparar el uso del stent liberador de sirolimus con respecto al stent tradicional. El objetivo primario fue la composición de: muerte de origen cardíaca, infarto de miocardio recurrente o nueva revascularización del vaso tratado durante el primer año.

RESULTADOS: La frecuencia del objetivo primario fue del 6,7% en el grupo del stent liberador de sirolimus y del 11% en el grupo del stent tradicional (riesgo relativo, 1,75; 95% IC, 0,47 to 6,57; P=0,402). La supervivencia libre de eventos secundarios a nueva revascularización del vaso tratado presentó una mayor tendencia estadística en el grupo del stents liberador de sirolimus que el grupo de stents tradicional (0,0% vs. 5,7%; P=0,064). No se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos en la tasa de muerte (5% and 3,6%, respectivamente; P=0,736), reinfarcto (1,7% and 1,8%, respectivamente; P=0,940), o trombosis del stent (3,4% and 1,8%, respectivamente; P=0,621).

CONCLUSIONES: Entre los pacientes seleccionados con infarto agudo de miocardio y elevación del segmento ST, el uso del stent de sirolimus presentó una tendencia a reducir la tasa de nueva revascularización del vaso tratado en comparación con el stent tradicional.

COMUNICACIÓN 012**FACTORES DETERMINANTES DE REESTENOSIS TRAS LA IMPLANTACIÓN DE STENTS LIBERADORES DE FÁRMACOS EN LESIONES CORONARIAS COMPLEJAS**

Autores: Francisco Mazuelos, José Suárez de Lezo, Manuel Pan, Fátima Esteban, Miguel Romero, Carmen Durán, Soledad Ojeda, Ana Rodríguez, Djorje Pavlovic, José Segura, Alvaro Moreno, German Hernández.

C. Trabajo: Hospital Reina Sofía. Servicio Cardiología. Córdoba

OBJETIVO: Los stents liberadores de fármacos (DES) han reducido las tasas de reestenosis en lesiones coronarias de alto riesgo. Este estudio examina los factores determinantes de reestenosis en pacientes (pts) con lesiones complejas tratadas con DES incluidos en el estudio CORPAL.

MÉTODO Y PACIENTES: Desde Mayo/03 hasta Noviembre/04 se estudiaron 646 pts (77% hombres) con 870 lesiones que se randomizaron a stents liberador de Sirolimus (SES; n=446) o liberador de Paclitaxel (PES; n= 424). Las lesiones complejas incluyeron: bifurcaciones (n=298), oclusiones totales crónicas (n=125), vasos pequeños (n=192), reestenosis inestent (n=67) y lesiones largas (n=312). La edad media fue de 62± 10 años; 230 pts eran diabéticos (36%); a 490 casos se les realizó un cateterismo de reevaluación a los 10± 6 meses de seguimiento (240 SES y 250 PES). A todos los pts incluidos en el estudio entre Mayo/03 y Noviembre/03 se les realizó de sistemáticamente una reevaluación angiográfica a los 6 meses (347 lesiones). Desde Diciembre/03 hasta finalizar el estudio, se reevaluaron los pacientes con recurrencia clínica (143 lesiones).

RESULTADOS: 90 lesiones desarrollaron reestenosis al seguimiento (18%); la revascularización de la lesión se realizó en 77 lesiones (9%). El análisis univariante identificó los siguientes factores de reestenosis: La reestenosis fue más frecuente en pacientes mayores (64± 11 vs de 61± 10 años; p< 0,05), con una fracción de eyección menor (57± 13% vs 59± 12%; p<0,1), menor diámetro luminal mínimo (MLD) después del tratamiento (2,5±0,5 vs 2,7±0,4 mm; p< 0,05); mientras que el porcentaje de estenosis post-procedimiento fue mayor (10±10 vs 8±8%; p<0,05). La longitud stentada fue mayor (31±16 vs 27± 14mm; p<0,05). A largo plazo, la reestenosis fue más frecuente en pacientes tratados con PES (22% vs 15%; p<0,1). Los predictores independientes en el análisis multivariante se recogen en la tabla.

CONCLUSIONES: La reestenosis después de la implantación de un DES es más frecuente en pacientes mayores, mayor segmento tratado, menor MLD post-procedimiento y en pacientes tratados con PES.

Predictores independientes análisis multivariante			
	OR	95% IC OR	P
Edad	0.97	(0.94-0.99)	<0.1
MLD post	2.42	(1.35-4.33)	<0.01
Longitud stentada	0.97	(0.96-0.99)	<0.01
Tipo de DES	1.8	(1.10-2.98)	<0.05



COMUNICACIÓN 013

EFFECTOS DEL IRBESARTAN A DOSIS STANDARD VERSUS DOSIS ELEVADAS, EN LOS PARÁMETROS ECOCARDIOGRÁFICOS ESTRUCTURALES Y FUNCIONALES DE LA CARDIOPATÍA HIPERTENSIVA.

Autores: Esteban Luque A., Urbano Carrillo CA., Mora Robles J., Pérez Ruiz JM., Zayas Ganformina B., Vivancos Delgado R., de Mora Martín M., Malpartida de Torres F.
C. Trabajo: Hospital Regional Universitario Carlos Haya.

OBJETIVO: Evaluar los cambios en la masa ventricular izquierda (MVI) (gr/m²) así como en la función diastólica, ecocardiográficamente, en un grupo de pacientes hipertensos a los que se le inicia tratamiento con irbesartan (IRB) a dosis de 300 mg/día con respecto a un segundo que reciben dosis de 600 mg/día durante un periodo de seguimiento de 6 meses.

MÉTODOS: Fueron reclutados una serie consecutiva de 65 pacientes hipertensos con criterios ecocardiográficos 2D de hipertrofia concéntrica de ventrículo izquierdo y en cuyo tratamiento previo no se incluían IECAS o ARAII. Aleatorizados en dos grupos, el primero de ellos se le añadió IRB 300 mg/día (n=34) (IRB1), el segundo grupo 600 mg/día (n=31) (IRB2). Se recogieron a su inclusión las variables edad, sexo, FRCV y severidad de la HTA, así como al inicio del estudio y a los 6 meses posteriores: IMC, Presión arterial (PA), bioquímicas e índice de filtración glomerular (IFG). En el Estudio Ecocardiográfico se determinó MVI, FE, así como los parámetros ecocardiográficos de Doppler Transmitral y Doppler Tisular estableciéndose los diversos patrones de disfunción diastólica (Patrón normal PN, Patrón de Retraso de la Relajación PRR, Patrón Pseudonormal PP). Estudio ecocardiográfico realizado al inicio del estudio y al 6º mes de seguimiento.

RESULTADOS: No existieron diferencias significativas en las variables edad, sexo, IMC, FRCV e IFG. Al 6º mes la presión arterial media en IRB1:131/78 y en IRB2:132/80. Cambios ecocardiográficos: Reducción de MVI (gr/m²) desde 141,4±3,2 a 125,1±2,2(11,52%) en el grupo IRB1, y desde 145,3±4,1 a 121,2±3,8(16,58%) en IRB2, (p<0,05). Cambios en la función diastólica:-INCLUSION:-PN:IRB1:11,7%. IRB2:9,6%(n.s.)-PRR:IRB1:82,3%. IRB2: 87%(n.s.)-PP: IRB1:5,8%. IRB2:3,2%(n.s.). -6º MES. -PN IRB1:47%. IRB2:70,9%. (p<0,05). PRR:IRB1:53%. IRB2:29%(p<0,05).

CONCLUSIONES: Sin diferencias en las cifras medias de PA, en nuestra serie, las dosis elevadas de Irbesartan determinan una mayor reducción de la MVI así como una mejoría significativa de los parámetros ecocardiográficos, que determinan el patrón de disfunción diastólica; obteniéndose un mayor porcentaje de pacientes en los que se restituye la función diastólica con respecto a aquellos que reciben dosis Standar

COMUNICACIÓN 014

REPERCUSIÓN DE LA REGURGITACIÓN MITRAL FUNCIONAL SOBRE EL REMODELADO INVERSO EN LA TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN CARDÍACA.

Autores: Fernando Cabrera, Jose L. Peña-Hernández, Jose M. Garcia -Pinilla, Julia Fernandez-Pastor, Antonio Dominguez, Alberto Barrera, Javier Alzueta y Eduardo de Teresa

C. Trabajo: Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO: La terapia de resincronización cardíaca (TRC) reduce el grado de regurgitación mitral funcional (RMF), sin embargo su presencia se ha relacionado con falta de respuesta a dicha terapia. Realizamos este trabajo con objeto de comprobar si la presencia de RMF influye en el remodelado inverso inducido por la TRC.

MÉTODOS: Analizamos con ecocardiograma-Doppler 20 pacientes con miocardiopatía dilatada antes y a los seis meses de someterse a TRC, y valoramos el efecto de remodelado inverso (reducción \geq 10% del volumen telesistólico) en función de la presencia o no de RMF significativa, definida por un orificio regurgitante (ORE) \geq 0.20 cm².

RESULTADOS: De los 20 pacientes incluidos (edad media 64,7±8,2 años, 8 mujeres), 9 pacientes presentaban RMF significativa (ORE 0.40±0.12 cm²), 6 pacientes leve o trivial (ORE 0.15±0.02 cm²) y 5 no la presentaban. La TRC redujo en un 33,3% la presencia de regurgitación mitral e indujo remodelado inverso en el 60% de los pacientes. Sin embargo la presencia de ORE \geq 0.20 cm² se relacionó con ausencia de remodelado inverso, a pesar de presentar características basales y reducción de asincronía similares al resto de los pacientes. En todos éstos por el contrario se produjo remodelado inverso, con una reducción significativa del volumen telesistólico (41,7±21%; p= 0.003), acompañada de mejoría en la fracción de eyección (p=0.003) e índice de funcionamiento miocárdico (p=0.027)

CONCLUSIONES: La TRC mejora la RMF, sin embargo la presencia basal de regurgitación mitral significativa, con ORE > 0.20 cm², en los pacientes que son sometidos a TRC se asocia a una falta de respuesta en términos de remodelado inverso.

COMUNICACIÓN 015

BENEFICIO DE LA TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN CARDÍACA EN PRESENCIA DE FIBRILACIÓN AURICULAR.

Autores: Julia Fernández-Pastor, Fernando Cabrera, Juan Caballero, José Manuel García-Pinilla, José Peña, Alberto Barrera, Javier Alzueta y Eduardo de Teresa.

C. Trabajo: Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria de Málaga

INTRODUCCIÓN: La indicación de terapia de resincronización cardíaca (TRC) en pacientes con fibrilación auricular (FA) se encuentra en debate. Realizamos este trabajo para conocer si la presencia de FA en pacientes sometidos a TRC influye en el remodelado ventricular izquierdo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudiamos prospectivamente a 55 pacientes (p) consecutivos sometidos a TRC atendiendo a las guías de actuación clínica de la ACC/AHA-ESC, y comparamos las características basales y en el seguimiento en función de la presencia o no de FA antes del implante.

RESULTADOS: De los 55 p (64,7±9,5 años), 15 p se encontraban en FA (Grupo A) y los 40 p restantes (Grupo B) en ritmo sinusal (RS). No encontramos diferencias preimplante en relación a variables demográficas, anchura de QRS, dimensiones ventriculares ni fracción de eyección (FE), así como grado de asincronía ecocardiográfica. La programación del dispositivo, la reducción del QRS y del grado de asincronía ecocardiográfica tras el implante fueron similares en ambos grupos. Sin embargo, aunque en ambos grupos se observó una mejoría significativa (tabla) del volumen telesistólico (VTS) y FE, el grupo de pacientes en RS presentó mayor remodelado inverso (reducción del VTS del 30,9±24,6% vs 12,5±18,6%; p=0,024) y aumento de la FE (15,0±12% vs 5,0±7,7%; p=0,010). Grupo A (FA)n = 15 Grupo B (RS)n = 40 Basal TRC Basal TRC FE(%) 20±8 26±7 * 21±6 37±11 * † VTD(ml) 242±72 207±61 221±93 176±80 * VTS (ml) 192±58 157±55 * 174±79 115±73 * † * = p<0,05 vs basal; † = p<0,05 vs FA tras TRC

CONCLUSIÓN: La TRC en pacientes con FA parece presentar un menor beneficio a la observada en pacientes en ritmo sinusal en términos de remodelado inverso e incremento en la fracción de eyección.

COMUNICACIÓN 016

EVOLUCIÓN TRAS EL TRASPLANTE CARDÍACO DE LA HIPERTENSIÓN PULMONAR SECUNDARIA A INSUFICIENCIA CARDÍACA TERMINAL.

Autores: M^a Victoria Mogollón, Ernesto Lage, Rafael Hinojosa, Ángel Herruzo, Manuel Sobrino, Alejandro Adsuar, Manuel Frutos, Rocío Pérez de la Yglesia, Nieves Romero, Jaime Nevado, Antonio Ordóñez, Ángel Martínez Martínez.

C. Trabajo: Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

INTRODUCCIÓN: La hipertensión pulmonar (HTP) severa se considera clásicamente una contraindicación absoluta para el trasplante cardíaco. El desarrollo de nuevos fármacos vasodilatadores pulmonares ha permitido la inclusión en lista de espera de algunos de estos pacientes, aunque su evolución tras el trasplante cardíaco no es bien conocida.

OBJETIVOS: Conocer la evolución de los pacientes con HTP que son trasplantados y determinar las causas de la insuficiencia cardíaca derecha y los factores que influyen en la mortalidad perioperatoria. Material y método. Realizamos un análisis retrospectivo de los pacientes trasplantados cardíacos en nuestro centro desde enero del 2005 hasta septiembre del 2006, incluyendo un total de 39 pacientes. Analizamos la incidencia de HTP significativa (moderada o severa) previa a trasplante y su relación con el desarrollo de insuficiencia cardíaca derecha y con la mortalidad postrasplante. Se consideró otros factores determinantes de la mortalidad como la edad, la relación índice de masa corporal donante/receptor, el trasplante urgente, la técnica quirúrgica empleada y los tiempos operatorios de isquemia y de circulación extracorpórea (CEC).

RESULTADOS: De los 39 pacientes trasplantados 12 (30,8%) presentaron HTP significativa (moderada y severa) previa al trasplante, todos ellos con vasorreactividad, bien en el test vasodilatador agudo (9 pacientes), o tras tratamiento con vasodilatadores pulmonares orales (3 pacientes). La HTP, de forma aislada, mostró una tendencia al aumento de mortalidad tras el trasplante (p=0,061). Sólo se observó un aumento en la mortalidad de forma significativa cuando se prolongó la cirugía por encima del tercer cuartil del tiempo de CEC (p=0,001) y del tiempo de isquemia (p=0,022).

CONCLUSIONES: Existe una tendencia al aumento de la mortalidad en los pacientes con HTP reversible. Se trata de pacientes de alto riesgo, que necesitan un seguimiento estrecho previo al trasplante y unos cuidados específicos postcirugía, sin que por ello deba ser considerado una contraindicación absoluta para el trasplante.

**COMUNICACIÓN 017****MASA VENTRICULAR IZQUIERDA INAPROPIADA Y FUNCIÓN CARDÍACA DURANTE EL ESFUERZO.**

Autores: Félix Valencia, Fernando Cabrera, Juan José Gómez Doblas, Isabel Rodríguez Bailón, Juan Caballero, Miguel A. Ramírez, Julia Fernández, Eduardo de Teresa.
C. Trabajo: Hospital Virgen de la Victoria, Málaga.

La presencia de una masa ventricular (MV) exagerada respecto a la esperada según sexo, talla y trabajo cardíaco en pacientes hipertensos (pHTA) se ha propuesto como indicador de la presencia de una respuesta inapropiada a un nivel dado de sobrecarga hemodinámica. El presente estudio evaluó la respuesta al ejercicio (mediante ecocardiografía de esfuerzo) en 55 pHTA divididos en dos grupos: Grupo I (26 con una masa ventricular apropiada, definida por la presencia de una relación masa ventricular observada/esperada >128) y Grupo II (29 con una relación <128). Todos los grupos mostraron un aumento significativo de la frecuencia cardíaca (FC), índice cardíaco (IC) y de la presión arterial sistólica así como una reducción en las resistencias vasculares totales (RVT). Los pacientes del Grupo II mostraron un menor IC en reposo y una menor FC durante el esfuerzo (2,7±0,7 l/m² versus 3,5±1,2 p<0,05 y 156,3±19 lpm versus 145,0±20,9 respectivamente), así como unas RVT mayores en reposo (2659,4±1000,4 versus 2132,8±623,8, p<0,05), en comparación con el Grupo I. La fracción de eyección fue comparable entre ambos grupos tanto en reposo como durante el esfuerzo. La adaptación cardíaca al esfuerzo se relacionó con una disminución significativa de la post-carga (expresada como estrés circunferencial tele-sistólico) en los pacientes del Grupo I y con un aumento en los pacientes del Grupo II. El estrés parietal fue significativamente menor en los pacientes del Grupo II comparados con los pacientes del Grupo I, desapareciendo éstas diferencias durante el esfuerzo. La contractilidad cardíaca, evaluada mediante el acortamiento mesocárdico corregido por niveles del post-carga, fue significativamente menor en reposo (80,5±14,0 versus 93,7±12,4, p<0,05) y durante el ejercicio (87,2±13,6 versus 107,6±13,6, p<0,05) en los pacientes del Grupo II comparado con los pacientes del Grupo I. La respuesta al esfuerzo está preservada en los pacientes hipertensos independientemente de la adecuación de la MVI a la sobrecarga hemodinámica, a pesar de que los pacientes con una MVI inapropiada presentan una contractilidad significativamente deprimida tanto en reposo como durante el esfuerzo.

COMUNICACIÓN 018**FACTORES PRONÓSTICOS DE MORTALIDAD A MEDIO-LARGO PLAZO EN PACIENTES DIABÉTICOS CON ENFERMEDAD CORONARIA MULTIVASO.**

Autores: Linde Estrella A., Domínguez Franco A., Leruite Martin I., García Pinilla JM., Gómez Doblas JJ., De Teresa Galvan E.
C. Trabajo: Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria

INTRODUCCIÓN: Los pacientes diabéticos tienen mayor proporción de enfermedad coronaria multivaso (ECM). El tratamiento de revascularización quirúrgica es de elección en estos pacientes. Estudiamos las características, la comorbilidad y la mortalidad en este grupo de pacientes.

MÉTODO: Tomamos una muestra de 170 pacientes con ECM consecutivos sometidos a revascularización quirúrgica entre 2000 y 2005. La edad media fue de 65 ± 8,6 años, con una proporción de mujeres del 32,7%. La prevalencia de HTA fue del 60%, de hipercolesterolemia del 46,5%, de tabaquismo del 42%, de anemia del 18,1% y de insuficiencia renal significativa fue del 21,6%. El 32% habían sufrido un IAM previo, el 12% padecía insuficiencia cardíaca, un 8,2% tenían historia de ACV y el 9,4% había presentado enfermedad arterial periférica. Un 11,7% se había sometido a revascularización percutánea previamente, mientras que en un 4,7% se trataba de su 2ª cirugía de revascularización. El 29,8% presentaba disfunción ventricular (FE < 45%), un 77% presentaba enfermedad de 3 vasos, y un 36% enfermedad de tronco. Se empleó circulación extracorpórea en un 29,2%, más de un injerto arterial en el 18,1%, alcanzando revascularización completa en el 49%. La mortalidad tras un seguimiento de 36±19 meses fue del 11% con un 3,6% de mortalidad perioperatoria. En un análisis bivariante la mortalidad se asoció con: anemia: 41% vs 16% p=0,016, insuficiencia renal significativa: 50% vs. 19,3% p=0,003, ACV previo: 27,8% vs. 5,5% p=0,001, disfunción ventricular: 61% vs 27% p=0,004, enfermedad de tronco coronario: 77,8% - 30,8% p<0,001 y la edad: 72,67 vs. 64,23 p<0,001. No encontramos diferencias para el resto de variables descritas. En el análisis multivariante por regresión de Cox encontramos diferencias significativas para la presencia de enfermedad de tronco (HR: 6,63 IC 95%: 1,76-24,91 p=0,005) sufrir un ACV previo (HR: 4,19, IC 95%: 1,009-17,470 p=0,049) y la edad (HR: 1,093 IC 95%: 1,001-1,195 p=0,048)

CONCLUSIONES: En los pacientes diabéticos con ECM sometidos a cirugía de revascularización los factores predictores independientes de mortalidad a medio largo plazo son la enfermedad de tronco, presencia de ACV previo y la edad.

COMUNICACIÓN 019**RESULTADOS DE DOS PROTOCOLOS DE TEST VASODILADOR AGUDO PARA LA VALORACIÓN DE LA HIPERTENSIÓN PULMONAR PREVIA AL TRASPLANTE CARDÍACO.**

Autores: M^o Victoria Mogollón, Rafael Hinojosa, Ernesto Lage, Ángel Herruzo, Manuel Sobrino, Manuel Frutos, Nieves Romero, Rocío Pérez de la Yglesia, Ángel Martínez Martínez
C. Trabajo: Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La estimación invasiva de las presiones pulmonares forma parte de protocolo habitual previo a trasplante cardíaco, sin embargo no existe unanimidad respecto a cual es el mejor fármaco para el test vasodilatador agudo (TVA).

OBJETIVOS: Exponer nuestra experiencia en el TVA con dos vasodilatadores diferentes y evaluar si es apropiado el uso indiferenciado de los dos test.

MATERIAL Y MÉTODOS: Análisis retrospectivo de los cateterismos derechos realizados en nuestro centro, dentro del estudio pretrasplante cardíaco, desde enero del 2000 hasta diciembre del 2006. Se incluyeron un total de 94 pacientes (80% hombres, 51,4±13,9 años).

RESULTADOS: En el estudio basal 17,6% no presentaban HTP, 12,1% tenían HTP leve, 13,2% moderada y 57,1% severa. Se realizó TVA a los pacientes con presión arterial pulmonar media (PAPm) superior a 35 mmHg o resistencias vasculares pulmonares (RVP) superiores a 4 Unidades Wood (UW). En 48 pacientes se realizó estudio vasodilatador con prostaciclina y en 14 con óxido nítrico (NO). Se observaron dos perfiles hemodinámicos bien diferenciado, uno con epoprostenol y otro con NO. A dosis máximas de epoprostenol se evidenció un descenso significativo tanto de la PAPm como de la RVP respecto a la basal, con variación media de PAPm de 8,96 mmHg (p<0,001) y de RVP de 3,26 UW (p<0,001), además se demostró una tendencia al aumento del gasto cardíaco con una diferencia media de 1,9 L/min (p<0,001). A dosis máxima de NO se evidenció una tendencia al descenso de la PAPm y de la RVP, con descenso medio en PAPm de 5,62 mmHg y de RVP de 1,14 UW, sin alcanzar la significación estadística. A diferencia del empleo de epoprostenol, con NO se objetivó una tendencia a la caída del GC, con descenso medio a dosis máxima de NO de 0,75 l/min (p=0,039).

CONCLUSIONES: Los distintos fármacos empleados en el TVA tienen mecanismos de acción y propiedades hemodinámicas diferentes, en nuestra experiencia el NO es el fármaco de elección por su mayor selectividad sobre el árbol pulmonar. El estudio con epoprostenol es complementario y puede permitir orientar el tratamiento en estos pacientes hasta el trasplante cardíaco.

COMUNICACIÓN 020**ANEMIA E INSUFICIENCIA RENAL Y SU INTERACCIÓN EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA**

Autores: Muñoz García AJ., Jiménez-Navarro M., García Pinilla JM., Domínguez Franco A., Linde Estrella A., Leruite I., de Teresa Galván E.
C. Trabajo: Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

La anemia y la insuficiencia renal (IR) condicionan un peor pronóstico en pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva (ICC). Sin embargo, es aún limitada la información disponible acerca de la relación entre la interacción de estas dos comorbilidades y el pronóstico en pacientes con descompensación aguda de la ICC.

OBJETIVO: Analizar la prevalencia y determinar si la asociación entre IR y anemia en pacientes con fracaso cardíaco congestivo agudo presentan un efecto aditivo o multiplicativo sobre la mortalidad.

MATERIAL: Incluimos a 92 pacientes con ICC hospitalizados de forma consecutiva en el servicio de Cardiología, analizamos la prevalencia de anemia e IR, con un seguimiento medio de 9,6 ± 4,6 meses. La presencia de anemia fue definida como la concentración de hemoglobina ≤ 12 g/dl. La IR la definimos como la tasa de filtrado glomerular (TFG) < 60 ml/min. Utilizamos el índice de sinergismo (S) entre dos factores definido por Rothman para cuantificar la interacción entre anemia e IR en relación con el pronóstico de la ICC. Considerándose un efecto sinérgico si S es > 1.

RESULTADOS: La distribución de hemoglobina (Hb) en la población de estudio fue de 12,3 ± 1,9 g/dl (9-17,7), siendo la prevalencia de anemia del 44,6%. La TFG media fue de 72 ± 32,7 ml/min (17,16-170) y 36 pacientes (39,2%) presentaban TFG < 60 ml/min. De los 41 pacientes con anemia, había 24 pacientes (58,2%) con disfunción renal. Los pacientes con anemia presentaban niveles más altos de creatinina sérica y tasas más bajas de TFG comparados con aquellos pacientes sin anemia 1,4 ± 0,6 vs 0,9 ± 0,3 mg/dl, p < 0,0001 y 58,3 ± 31,4 vs 83,5 ± 29,4 ml/min, p < 0,0001, respectivamente. La correlación entre Hb y TFG fue débil (r = 0,3 p < 0,001). Cuando anemia e IR están presentes encontramos una odds ratio (OR) de mortalidad de 1,32; intervalo de confianza (IC) del 95% 0,42-4,1. La OR para IR aislada fue de 0,83; IC 0,27-2,47 y la OR para anemia de 1,85; IC 0,6-5,3. Tras aplicar el índice de sinergismo, encontramos una S de 0,45 entre IR y anemia.

CONCLUSIONES: La presencia de anemia e insuficiencia renal son comunes en los pacientes con insuficiencia cardíaca aguda y parecen actuar de forma aditiva en el pronóstico de la ICC.



COMUNICACIÓN 021

VALOR PRONÓSTICO DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA.

Autores: J. Caballero-Borrego, J.J. Gómez-Doblas, F. Valencia, M. Ramírez, J. Fernández, A. Linde, I. Leruite, F. Cabrera, JM. García-Pinilla, MF. Jiménez-Navarro, E. de Teresa
C. Trabajo: Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen de la Victoria Málaga

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La insuficiencia cardíaca (IC) es la principal causa de hospitalización en mayores de 65 años. En fases avanzadas los pacientes presentan múltiples reingresos, siendo una de las principales causas de éstos el incumplimiento terapéutico. La adherencia al tratamiento en la IC y su influencia pronóstica han sido poco estudiadas hasta el momento.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se analizaron los pacientes ingresados en planta de Cardiología por IC de cualquier etiología durante el año 2005 (180 pacientes). Se obtuvieron datos demográficos, epidemiológicos, etiología de la insuficiencia cardíaca, factores desencadenantes, fracción de eyección ventricular izquierda, tratamiento al alta y durante el seguimiento, causa de abandono del mismo y reingreso por IC en el seguimiento.

RESULTADOS: El 50,6% eran mujeres, 64,4% hipertensos, 40,6% diabéticos; la etiología más frecuente fue la cardiopatía isquémica (38,9%), seguida de la valvular (26,1%) y de la hipertensiva (17,2%). La principal causa desencadenante fueron las infecciones (22,2%). Al alta, el 71,8% tenía prescrito betabloqueantes, el 79,4% IECAs/ARA-II, el 33,5% antiandrogénicos y el 27,1% digoxina. El 21,7% (39 pacientes) reingresaron en el seguimiento (mediana 16,8 meses), el 11% de los pacientes que tomaban betabloqueantes, el 4,5% de los que tomaban IECAs/ARA-II, el 4,6% de los que recibían antiandrogénicos y el 7,3% de los que tomaban digoxina, habían abandonado el tratamiento. Tras análisis multivariante mediante regresión de Cox, la presencia de reingreso por IC se relacionó con el abandono de IECAs/ARA-II (OR 30,07 IC 95% 1,11-814,5; p=0,043), siendo independiente del pronóstico el que el abandono se produjese por indicación médica (OR 0,32 IC 95% 0,02-3,50, p=0,35) o de forma voluntaria por el enfermo (OR 3,07 IC 95% 0,23-40,14, p=0,39). Asimismo, la fracción de eyección se identificó como factor relacionado de forma inversa e independiente con el ingreso por IC en el seguimiento (OR: 0,975 IC 95% 0,95-0,99, p=0,03).

CONCLUSIONES: 1. El abandono de IECAs/ARA-II por los pacientes ingresados por IC es un factor pronóstico independiente de reingreso. 2. Son necesarias acciones para mejorar la adherencia al tratamiento en pacientes con IC.

COMUNICACIÓN 022

PREVALENCIA DE HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA EN EL ELECTROCARDIOGRAMA EN PACIENTES HIPERTENSOS. ESTUDIO PREHVA

Autores: López Granados A., Martín Rioboo E., Anguita Sánchez M., Cea Calvo L., García Criado E., Pérula de Torres L., Ureña Fernández T., Molina Díaz R., García Matarín L., Espino Montoro A., e investigadores del estudio PREHVA
C. Trabajo: Sociedad Andaluza de Cardiología, Grupo de Trabajo de SAMFyC, Sociedad Andaluza de HTA y Riesgo Vascular.

OBJETIVO: Evaluar la prevalencia de hipertrofia ventricular izquierda (HVI) por los criterios electrocardiográficos más utilizados en una muestra de pacientes con hipertensión arterial (HTA) de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

MÉTODOS: Estudio epidemiológico, transversal y multicéntrico, con muestreo aleatorio del número de centros asignados, proporcional a población urbana/rural. Se incluyeron sujetos hipertensos de 35 o más años de edad seguidos en centros de Atención Primaria de Andalucía. Se realizó un ECG que se analizó por cada investigador, y de forma centralizada por un cardiólogo experto. Se diagnosticó la HVI cuando el paciente cumplía uno de los siguientes criterios: Cornell (RaVL + SV3 >20mm en mujeres y >28mm en varones), Sokolow-Lyon (SV1 + RV5-6 >38mm), o producto duración-voltaje de Cornell.

RESULTADOS: 583 pacientes fueron válidos para el análisis (54,7% mujeres, edad 65,2±10,9 años, 22,1% con enfermedad cardiovascular establecida, 5,3% con fibrilación auricular). Presentaron HVI 67 pacientes (prevalencia 11,5%; 11,3% cumplieron en criterio de Cornell y 1,7% el de Sokolow-Lyon). La prevalencia fue mayor en sujetos de mayor edad (9,5% en los de edad 40-59 años, 9,3% entre 60-69 años, 17,9 entre 70-79 años, 10,9% en los de 80 o más años, p=0,067). La prevalencia de HVI también fue mayor en mujeres (17,0% frente a 5,9% en varones, p<0,001), y, sin alcanzar significación estadística, en pacientes con enfermedad cardiovascular establecida y en diabéticos. En un análisis multivariante, los factores más asociados a la HVI fueron el sexo femenino (OR 3,74 [IC 95% 1,95-7,21], p<0,001), la enfermedad cardiovascular (OR 2,16 [IC 95% 1,17-3,99], p=0,017), y con la diabetes mellitus (OR 1,92 [IC 95% 0,99-3,71], p=0,043).

CONCLUSIONES: En esta población de pacientes con HTA en Andalucía, la prevalencia de HVI en el electrocardiograma fue de 11,5%, la mayoría por cumplir el criterio de voltaje de Cornell. La prevalencia fue mucho mayor en mujeres, y los factores asociados a la HVI fueron el sexo femenino, la enfermedad cardiovascular establecida y la diabetes mellitus. La elevada prevalencia de obesidad puede haber influido en la muy baja prevalencia de HVI por el criterio de Sokolow-Lyon.

COMUNICACIÓN 023

PAPEL PRONÓSTICO DE LA DIABETES MELLITUS EN PACIENTES INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA EN ANDALUCÍA

Autores: Beatriz Pérez Villardón, José Manuel García Pinilla, Manuel Jiménez Navarro, Manuel Anguita Sánchez, Ángel Martínez Martínez, Francisco Torres Calvo; en representación de los Investigadores del Estudio RAIC.
C. Trabajo: Grupo de Trabajo de Insuficiencia Cardíaca. Sociedad Andaluza de Cardiología

INTRODUCCIÓN: El pronóstico tras el ingreso por insuficiencia cardíaca (IC) es malo, con altas tasas de mortalidad y reingreso desde el primer mes del alta. Así mismo, la diabetes mellitus (DM) implica un peor pronóstico a medio plazo. Nuestro objetivo fue comparar el pronóstico de una muestra de p ingresados por IC según la asociación de DM.

MÉTODOS: Se comparó a los p incluidos en el Estudio RAIC (Registro Andaluz de Insuficiencia Cardíaca) según el diagnóstico previo de DM. Se registraron los eventos (ECV) durante el ingreso y en el seguimiento a 3 meses: mortalidad total, muerte cardiovascular y reingreso por IC.

RESULTADOS: Se incluyeron 795 pacientes (54,1% hombres, edad media 71 ± 11 años). El porcentaje de DM fue del 45,5% (362 p). La tasa de mortalidad cardiovascular a 3 meses fue del 7,9% y la de reingreso del 19,2%. 191 pacientes (24%) presentaron ECVs en el seguimiento. No se observaron diferencias en el porcentaje de p con grado funcional avanzado (III-IV de la NYHA) a 3 meses (27,1% en diabéticos frente a 23,6% en no diabéticos, p=0,255). Tampoco se objetivaron diferencias entre diabéticos y no diabéticos en la mortalidad total durante el ingreso (5,2% frente a 5,1%, p=0,915) o a 3 meses (8,3% frente a 9,5%, p=0,561), ni se evidenciaron diferencias en la tasa de mortalidad cardiovascular a 3 meses (7,7% frente a 8,1%, p=0,856), ni en la tasa de reingreso por IC (19,3% frente a 19,2%, p=0,952). En un modelo de análisis multivariante mediante Regresión de Cox, el ingreso en salas de Medicina Interna (HR 1,6, IC 95% 1,09-2,36, p=0,01), la insuficiencia renal crónica (HR 1,54, IC 95% 1,02-2,32, p=0,039) y la presencia de fibrilación auricular (HR 1,66, IC 95% 1,14-2,43, p=0,008) se identificaron como predictores independientes para la aparición de ECV en el seguimiento. La fracción de eyección ventricular izquierda (HR 0,98, IC 95% 0,96-0,99, p=0,037) se relacionó de forma inversa con la aparición de ECV en el seguimiento. La DM no fue predictor independiente de ECV (HR 1,06, IC 95% 0,73-1,54, p=0,750).

CONCLUSIONES: 1. En pacientes ingresados por IC, la coexistencia de DM no se relacionó con el pronóstico. 2. La DM no fue un predictor de eventos en el seguimiento a corto plazo.

COMUNICACIÓN 024

PERFIL ACTUAL DE LA DONACIÓN DE ÓRGANOS EN CÓRDOBA. DONANTES DE CORAZÓN.

Autores: Caballero Güeto FcoJ., Porras Pantojo MF., Reyes Parra MP., Robles Arista JC., Ortega Lopera V., Medina Almansa JC., Guerrero Pavón R.
C. Trabajo: Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba

INTRODUCCIÓN: Aunque España continúa aun siendo un país privilegiado en el número de trasplantes/millón habitantes, existe una tendencia en los últimos años a una desproporción donante-receptor debido fundamentalmente al descenso de donantes adecuados. El tiempo medio en lista de espera ha aumentado considerablemente (de 46 días en 1994 a 106 días en 2004) mientras que, a pesar de las innovaciones tecnológicas, la mortalidad en lista de espera no ha disminuido.

MATERIAL Y MÉTODOS: Analizamos la base de datos de donantes del Htal Universitario Reina Sofía de Córdoba con los datos recogidos desde el año 2000 a 2005.

RESULTADOS: El fichero consta de un total de 175 pacientes: Donantes válidos (39): edad media 32,9 (6/56), ♂ 79,5%, peso 71,6Kg (25-110). Estancia en UCI 2,7días (1/22), uso de aminas vasoactivas 61,5%. Causa de la muerte: Tráfico 30,8%, TCE 20,5%, ACV 48,7%. Nº órganos donados: 1 (2,6%), 2 (2,6%), 3 (17,9%), 4 (43,6%), 5 (28,2%), 6 (2,6%), 7 (2,6%). Donantes no válidos (136): edad media 51,6 (3/81), ♂ 79,5%, peso 72,8Kg (15-110). Estancia UCI 2,7días (0/16), uso de aminas vasoactivas 52,2%. Causa de la muerte: Tráfico 18,4%, TCE 12,5%, ACV 62,5%. Las causas de no extracción fueron: Edad 40,4%, problemas en RCP 1,5%, antecedentes patológicos 1,5%, problemas biológicos 53%, ausencia de receptor 2,2% y negativa familiar 1,5%.

CONCLUSIONES: El 77% de los potenciales donantes cardíacos no son válidos. La edad media más avanzada 51,6 años (frente a la media de 34 y 28 años en 2004 y década previa respectivamente) y el importante descenso en los accidentes de tráfico, con predominio actual de la hemorragia cerebral no traumática y la consiguiente mayor afectación orgánica-problemas biológicos, son los responsables. La aceptación de donantes menos óptimos se hace cada vez más necesaria.



2006
AF guidelines
ACC/AHA/ESC

Controla la FA con las **NUEVAS**
GUÍAS CLÍNICAS

APOCARD™

Acetato de flecainida

- ▶ En la Cardioversión farmacológica ⁽¹⁾
- ▶ En el mantenimiento del Ritmo Sinusal ⁽¹⁾

Corazones
a su

Ritmo

MEDA

Teléfono gratuito
de información médica
900 460 168

1. NOMBRE DE LA ESPECIALIDAD FARMACÉUTICA. APOCARD 10 mg/ml, solución inyectable. APOCARD 100 mg, comprimidos. **2. COMPOSICIÓN CUANTITATIVA Y CUALITATIVA.** Cada ampolla de APOCARD 10 mg/ml, solución inyectable proporciona 150 mg de flecaína (DOE) acetato. Cada comprimido de APOCARD 100 mg, proporciona 100 mg de flecaína (DOE) acetato. Para excipientes ver sección 6.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA.** Solución inyectable y comprimidos. **4. DATOS CLÍNICOS. 4.1 Indicaciones terapéuticas. A)** En pacientes con taquicardia supraventricular sin cardiopatía de base, APOCARD está indicado en: A.1 Prevención: - Taquicardia Paroxística Supraventricular (TPSV). - Taquicardia auriculoventricular por reentrada nodal. - Síndrome de Wolf-Parkinson-White y condiciones similares con vías accesorias de conducción anterógrada o retrógrada. - Fibrilación/Flutter supraventriculares paroxísticos sintomáticos, de forma especial la fibrilación auricular paroxística. A.2. Tratamiento: - Fibrilación Auricular asociada a la presencia de vías accesorias (síndrome de Wolf-Parkinson-White). - Reversión a ritmo sinusal de la Fibrilación/Flutter supraventriculares paroxísticos sintomáticos, de forma especial la fibrilación auricular paroxística. Las arritmias de inicio reciente responden más rápidamente. Flecaína oral o intravenosa es eficaz para la cardioversión de este tipo de arritmia. B) Tratamiento y prevención de arritmias ventriculares perfectamente documentadas y que, según juicio clínico, pongan en peligro la vida del paciente: - Extrasístoles Ventriculares y/o Taquicardia Ventricular no sostenida sintomáticas, resistentes a otras terapias o cuando no se toleran otros tratamientos. - Taquicardia Ventricular Sostenida sintomática. El tratamiento de la arritmia ventricular con APOCARD debe iniciarse en un hospital. No se recomienda el uso de APOCARD en pacientes con arritmia ventricular menos graves incluso si existen síntomas. Debido a los efectos proarrítmicos de APOCARD se debe reservar para pacientes en los que se esperen beneficios que excedan a los riesgos. APOCARD no se debe utilizar en pacientes con infarto de miocardio reciente. **4.2 Posología y forma de administración.** Inyectable. a) Bolus: Inyección intravenosa sin diluir en caso de urgencia o para obtener un efecto particularmente rápido. Se administrarán 2 mg/kg i.v. en no menos de 10 minutos. También puede administrarse en forma de mini-infusión diluyendo en glucosa al 5%. Nunca se administrará de esta forma más de 150 mg de acetato de flecaína. Se recomienda la monitorización ECG continua en todos los pacientes que reciben el bolus, interrumpiendo la administración del fármaco al conseguir controlar la arritmia. En pacientes con taquicardia ventricular persistente o con historia de insuficiencia cardíaca, debe inyectarse todavía más lentamente y bajo control electrocardiográfico. En estos pacientes se recomienda administrar la dosis inicial en el curso de un período de tiempo inferior a 30 minutos. b) Infusión intravenosa: Cuando se requiera administración parenteral prolongada, se recomienda iniciar la terapia con 2 mg/kg en inyección lenta durante 30 minutos, y continuar con la inyección intravenosa a las dosis siguientes: Primera hora: 1,5 mg/kg por hora. Segunda hora y siguientes: 0,1 – 0,25 mg/kg por hora. Se procederá al paso a la vía oral administrando 100 mg de APOCARD y disminuyendo la infusión un 20% cada hora hasta suprimirla a la cuarta hora: se administrará una nueva dosis de 100 mg a las 12 horas de la primera. Se recomienda la monitorización de niveles plasmáticos en pacientes que reciben las dosis más altas recomendadas. La dosis máxima acumulada administrada en las primeras 24 horas no debería exceder los 600 mg. En pacientes con deterioro renal (aclaramiento de creatinina inferior a 35 ml/min) las dosis recomendadas deben reducirse a la mitad. El tratamiento parenteral con APOCARD inyectable deberá realizarse bajo monitorización electrocardiográfica. Comprimidos. Arritmias Supraventriculares: La dosis de inicio recomendada es de 50 mg (medio comprimido) cada 12 horas. Después de 3-5 días de tratamiento, la dosis puede aumentarse en 50 mg cada 12 horas cada 3-5 días, según la respuesta terapéutica, hasta alcanzar la dosis máxima de 300 mg al día. Para revertir la Fibrilación Auricular Paroxística y/o de reciente comienzo a ritmo sinusal, se administrará por vía oral una dosis de 300 mg (3 comprimidos). Es aconsejable que el paciente permanezca tumbado. Arritmias ventriculares: La dosis de inicio recomendada es de 100 mg cada 12 horas. Después de 3-5 días de tratamiento, la dosis puede aumentarse en 50 mg cada 12 horas cada 3-5 días, según la respuesta terapéutica, hasta alcanzar la dosis máxima de 400 mg al día. Es posible reducir la dosis de mantenimiento con el tratamiento a largo plazo, ajustándola a la mínima necesaria para mantener el control de la arritmia. Pacientes de alto riesgo: - ancianos: La dosis inicial no debe sobrepasar los 50 mg cada 12 horas (100 mg/24 h), dado que la tasa de eliminación puede estar reducida en los ancianos. La dosis puede aumentarse o disminuirse en 50 mg al día, teniendo en cuenta que es necesario un período mínimo de 4 a 5 días para establecer los niveles plasmáticos en el nuevo estado estacionario tras cada modificación. Es esencial la vigilancia clínica y electrocardiográfica - con historia o síntomas sugestivos de insuficiencia cardíaca: El producto deberá administrarse con precaución bajo vigilancia clínica y electrocardiográfica. La dosis inicial no debe sobrepasar los 50 mg cada 12 horas (100 mg/24 h). La dosis puede aumentarse o disminuirse en 50 mg al día, teniendo en cuenta que es necesario un período mínimo de 4 a 5 días para establecer los niveles plasmáticos en el nuevo estado estacionario tras cada modificación. - con insuficiencia renal severa (aclaramiento de creatinina \leq 35 ml/min): La dosis inicial no debe sobrepasar los 50 mg cada 12 horas (100 mg/24 h). La dosis puede aumentarse o disminuirse en 50 mg al día, teniendo en cuenta que es necesario un período mínimo de 4 a 5 días para establecer los niveles plasmáticos en el nuevo estado estacionario tras cada modificación. Es esencial la vigilancia clínica y electrocardiográfica. **Niveles plasmáticos.** Los niveles plasmáticos basales están comprendidos entre 0,2 y 1,0 μ g/ml (200 a 1000 ng/ml). Los niveles basales superiores a 0,7 – 1,0 μ g/ml (700 – 1000 ng/ml) pueden favorecer la aparición de efectos adversos, especialmente cardíacos. Se recomienda monitorizar los niveles plasmáticos en aquellas circunstancias donde se prevea un deterioro de las vías de eliminación del fármaco: insuficiencia hepática y renal severa, y en pacientes con historia o síntomas sugestivos de insuficiencia cardíaca. **Dosificación en insuficiencia renal.** En pacientes con insuficiencia renal (aclaramiento de creatinina inferior a 35 ml/min) la dosis máxima inicial no será superior a 100 mg al día (50 mg cada 12 horas). En estos pacientes se recomienda la monitorización de niveles plasmáticos. **Pacientes tratados con otro antiarrítmico y que se cambian a flecaína:** Se deben tener en cuenta las características farmacocinéticas del fármaco antiarrítmico y su posible interacción con flecaína. Se valorará la necesidad de hospitalización del paciente, especialmente en aquellos casos en que la retirada del antiarrítmico pueda ocasionar la aparición de arritmias graves. Uso en niños: Actualmente se dispone de datos limitados en niños y por tanto el uso de APOCARD debería de estar supervisado por un cardiólogo habituado al manejo de arritmias en la población pediátrica (ver sección 4.4 Advertencias y precauciones especiales de uso). **4.3 Contraindicaciones.** 1. Insuficiencia cardíaca independientemente de la clasificación NYHA. 2. Bloqueo AV de 2º o 3º grado, o bloqueo de rama derecha asociado a hemibloqueo izquierdo (bloqueo bifascicular). 3. Infarto de miocardio (agudo o reciente) salvo en caso de que la arritmia ventricular amenace el pronóstico. 4. Fibrilación auricular de larga evolución en la que no se ha intentado la conversión a ritmo sinusal y en pacientes con valvulopatía clínicamente significativa. 5. Shock cardiogénico o en caso de hipersensibilidad conocida. 6. Si presenta alergia a la flecaína o a cualquier otro componente de este medicamento. **4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo.** Se ha probado la flecaína en un ensayo randomizado multicéntrico a doble ciego (CAST) en arritmias ventriculares asintomáticas que no amenazaban el pronóstico vital de los pacientes que habían sufrido un infarto de miocardio de 6 meses a 2 años antes del estudio. La incidencia de mortalidad y paros cardíacos no mortales fue superior en el grupo de flecaína que en el grupo controlado con placebo. Al igual que con los otros antiarrítmicos de clase I, no existen ensayos controlados que pongan en evidencia un efecto beneficioso de APOCARD sobre la supervivencia o incidencia de muerte súbita. **Efectos proarrítmicos de flecaína:** Flecaína puede producir nuevas arritmias o empeorar arritmias existentes. La manifestación de este efecto puede ir desde unas contracciones ventriculares prematuras hasta el desarrollo de arritmias ventriculares. **Uso de flecaína en arritmias ventriculares que no amenazan la vida del paciente:** Por lo dicho anteriormente en este apartado, se desaconseja la administración de flecaína en pacientes con arritmias ventriculares que no representan una amenaza para la vida del paciente. **Presencia de síntomas sugestivos de insuficiencia cardíaca:** En razón de su efecto inotropo negativo, el acetato de flecaína puede inducir o agravar una situación de insuficiencia cardíaca que pudiera no haber sido confirmada médicamente, APOCARD debe por ello ser prescrito bajo supervisión estricta de la función cardíaca en pacientes con historia o síntomas sugestivos de insuficiencia cardíaca. La flecaína disminuye la sensibilidad endocárdica de los marcapasos. En enfermos portadores de marcapasos no programables sólo debe administrarse flecaína en unidades cardiológicas que permitan la monitorización. **Pacientes con insuficiencia renal o hepática:** Como la eliminación de flecaína del plasma puede ser significativamente más lenta en pacientes con insuficiencia hepática o renal severa, flecaína no deberá utilizarse en estos casos a menos que los beneficios potenciales claramente superen los riesgos de su utilización. En tales casos se recomienda la monitorización de los niveles plasmáticos. Los niveles plasmáticos se deben mantener entre 0,2 y 1 μ g/ml. (Ver apartado 4.2 Posología y forma de administración). La suspensión del tratamiento con APOCARD debe hacerse preferiblemente en medio hospitalario. **Pacientes con enfermedad del seno coronario:** APOCARD deberá de ser usado con extrema precaución en estos pacientes dada la posibilidad de aparición de bradicardia sinusal o paro cardíaco. **Efectos sobre la conducción cardíaca:** APOCARD produce enlentecimiento de la conducción cardíaca con incrementos dosis dependientes de los intervalos PR, QRS y Q-T. Deberá disminuirse la dosis de APOCARD en caso de que el ensanchamiento del complejo QRS aumente más del 25% de los valores basales. APOCARD debe de ser administrado con precaución en pacientes con alteraciones previas de la conducción. El tratamiento deberá ser interrumpido si durante el mismo se produjese bloqueo auriculoventricular, bloqueo de rama completa permanente o bloqueos sinoauriculares. Si se modificase la posología de APOCARD o de otros tratamientos concomitantes que puedan afectar a la conducción cardíaca, los pacientes deberán ser controlados mediante electrocardiograma, especialmente aquellos pacientes con alteraciones previas de la conducción. **Pacientes con trastornos electrolíticos:** La hipocalcemia o hipercalcemia pueden modificar los efectos de los antiarrítmicos de la clase I. Deberían corregirse estos desequilibrios antes de iniciar un tratamiento con flecaína. **Uso de otros medicamentos:** La flecaína se metaboliza a nivel hepático (CYP2D6). La administración conjunta de flecaína con fármacos que son metabolizados por el mismo citocromo, tales como antiarrítmicos, betabloqueantes, antidepressivos tricíclicos, neurolépticos, debe hacerse con precaución ya que puede producirse un incremento en las concentraciones de ambos fármacos. No se recomienda la administración conjunta de flecaína con antiarrítmicos clase IV, bloqueantes de los canales del calcio (verapamil), antihistamínicos (mizolastina, terfenadina) y antivirales (ritonavir, indinavir, lopinavir). (Ver apartado 4.5 Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción). **Uso en niños:** Actualmente se dispone de datos limitados en niños y por tanto el uso de APOCARD debería de estar supervisado por un cardiólogo habituado al manejo de arritmias en la población pediátrica (ver sección 4.2 Posología y forma de administración). **4.5 Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción.** El uso de flecaína con otros antiarrítmicos o fármacos con potencial arritmogénico puede incrementar la incidencia de arritmias cardíacas. La flecaína se metaboliza a nivel hepático. La administración conjunta de flecaína con fármacos que incrementen o inhiban la actividad enzimática hepática, puede modificar su eficacia. **Las siguientes categorías de medicamentos pueden interferir con flecaína:** **Glucósidos cardíacos:** la flecaína puede producir un aumento de los niveles plasmáticos de digoxina de un 15%, lo que no tiene significado clínico para pacientes con niveles plasmáticos dentro del rango terapéutico. Se recomienda que, en pacientes digitalizados, los niveles plasmáticos se determinen con un mínimo de 6 horas después de la última dosis de digoxina, tanto antes como después de la administración de flecaína. **Antiarrítmicos clase IA (quinidina):** El aclaramiento de flecaína puede disminuir por la administración de quinidina, la cual inhibe el CYP2D6 responsable del metabolismo de la flecaína. **Antiarrítmicos clase II (propranolol, sotalol):** debe tenerse en cuenta la posibilidad de efectos inotropo negativos aditivos al administrar conjuntamente con flecaína betabloqueantes y otros fármacos depresores de la contractilidad miocárdica. **Antiarrítmicos clase III (amiodarona):** cuando se administra flecaína en pacientes que reciben amiodarona, la dosis de flecaína debería reducirse un 50% y monitorizar la presentación de posibles efectos adversos. En esta situación se recomienda la monitorización de los niveles plasmáticos. **Antiarrítmicos clase IV (verapamil, diltiazem):** no se recomienda la utilización de flecaína con otros bloqueantes de los canales de calcio. (Ver apartado 4.4. Advertencias y precauciones de empleo). **Antidepresivos:** Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina al inhibir el CYP2D6 (máxima inhibición con fluoxetina) pueden incrementar las concentraciones plasmáticas de flecaína. Con antiarrítmicos tricíclicos aumenta el riesgo de arritmias. Se recomienda administrar bexetoxina con precaución. **Antiépilepticos:** La administración de fenitoina, fenobarbital y carbamazepina, por su efecto inductor enzimático, produce un incremento del 30% en la tasa de eliminación de flecaína y consiguiente reducción de sus concentraciones plasmáticas. **Anti-psicóticos:** La clozapina aumenta el riesgo de arritmias. **Anti-histamínicos:** El riesgo de arritmias ventriculares aumenta con mizolastina y terfenadina (evitar el uso concomitante). (Ver apartado 4.4. Advertencias y precauciones de empleo). **Anti-malaria:** La quinina aumenta la concentración plasmática de flecaína. **Antivirales:** Ritonavir, lopinavir e indinavir aumentan la concentración plasmática de flecaína por competición con el citocromo CYP2D6, lo que aumenta el riesgo de arritmias ventriculares (evitar el uso concomitante). (Ver apartado 4.4. Advertencias y precauciones de empleo). **Diuréticos:** La aparición de hipo o hipercalcemia puede aumentar la toxicidad cardíaca (Ver apartado 4.4. Advertencias y precauciones de empleo). **Antituberculosa:** La cimetidina inhibe el metabolismo de la flecaína. En voluntarios sanos que recibieron cimetidina (1g/día) durante una semana, los niveles plasmáticos de flecaína aumentaron un 30% y la vida media aumentó cerca de un 10%. **Anti-tabaco:** La administración conjunta de bupropión con medicamentos que son metabolizados por el isoenzima CYP2D6, como la flecaína, debería hacerse con precaución. El riesgo de efectos anti-arrítmicos aumenta debido al enlentecimiento del metabolismo hepático de flecaína por la competición sobre el citocromo CYP2D6 por parte del bupropión. Deberá de considerarse tanto la adaptación posológica de flecaína durante el tratamiento con bupropión como la monitorización clínica del paciente. **Anticoagulantes:** El tratamiento con APOCARD es compatible con el uso de anticoagulantes orales. **4.6 Embarazo y lactancia.** A pesar de que no se ha demostrado que el acetato de flecaína presente toxicidad fetal, se desaconseja su utilización en el primer trimestre del embarazo, a menos que el beneficio potencial justifique el riesgo fetal. El acetato de flecaína se excreta por la leche materna. **4.7 Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar maquinaria.** Aunque no se han descrito efectos específicos, la capacidad de conducir o manejar maquinaria peligrosa puede verse afectada en pacientes con reacciones adversas individuales (cardíacas, oftalmológicas...). **4.8 Reacciones adversas.** Corporales: Astenia, fatiga, fiebre, edema. Cardiovasculares: Los efectos proarrítmicos es más probable que se presenten en pacientes con cardiopatía de base y/o deterioro ventricular izquierdo significativo. En pacientes con flutter auricular el uso de flecaína se ha asociado a conducción AV 1:1 resultando en una aceleración de la respuesta ventricular. Este efecto es más frecuente en pacientes que se les administra una inyección de flecaína en cardioversión. Este efecto es de corta duración y revierte rápidamente tras el cese del tratamiento. Bloqueo AV de segundo y tercer grado, bradicardia, fallo cardíaco/fallo cardíaco congestivo, dolor torácico, hipotensión, infarto de miocardio, palpitación pausa o paro sinusal y taquicardia (AT o VT). Piel y anexos: Se han descrito reacciones alérgicas de la piel incluyendo rash y urticarias raras pero graves. Se han descrito también casos aislados de fotosensibilidad. Sistema inmune: Se ha informado de un pequeño número de casos de aumentos en anticuerpos antinucleares, con o sin implicación inflamatoria sistémica. Hematológicos: Se han descrito casos de eritropenia, leucopenia y plaquetopenia. Estos cambios son generalmente leves. Psiquiátricos: Raramente se han comunicado alucinaciones, depresión, confusión, amnesia, ansiedad e insomnio. Gastrointestinales: Náuseas y vómitos ocasionales. Se ha informado también de: dolor abdominal, anorexia, constipación, diarrea, dispepsia y flatulencia (meteorismo). Hígado y sistema biliar: raramente lesión hepática (hepatocelular o colestásica) con ictericia, reversible al suspender el tratamiento. Neurológicos: Las más frecuentes son vértigo, mareo y cefalea que son generalmente de carácter transitorio. Se ha informado de casos raros de disinesia, que han mejorado al suspender el tratamiento con flecaína. Se ha informado también de casos raros de convulsiones, y durante los tratamientos a largo plazo unos pocos casos de neuropatía periférica, parestesia y ataxia. También se ha recogido casos de rubor, dolor de cabeza, hiestesia, aumento de transpiración, somnolencia, síncope, tinnitus, temblor y vértigo. Oftalmológicos: Pueden aparecer alteraciones visuales como visión borrosa o doble, generalmente transitorias y que desaparecen incluso continuando o reduciendo la dosificación. En rarísimas ocasiones se han descrito depósitos corneales. Respiratorios: Se ha descrito disnea y raros casos de pneumonitis. **4.9 Sobre-dosificación.** Hasta la fecha no se han descrito casos de intoxicación ni se conoce un antídoto específico. El acetato de flecaína no se elimina de la circulación mediante hemodiálisis. El posible tratamiento incluye un fármaco inotropo y la asistencia mecánica circulatoria y respiratoria. **5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS. 5.1 Electrofisiología.** La flecaína es un fármaco antiarrítmico que pertenece al Grupo IC de la clasificación de Vaughan Williams. Posee propiedades anestésicas locales y actúa como estabilizador de membrana, interfiriendo en la corriente rápida de entrada de Na⁺ durante la despolarización de la célula miocárdica, sin afectar la duración del potencial de acción. Deprieme la conducción tanto a nivel auricular como ventricular, aunque este efecto es mucho más marcado a nivel del sistema His-Purkinje. En pacientes portadores de vías accesorias funcionantes produce un aumento de los períodos refractarios de la vía anómala, tanto en sentido anterógrado como retrógrado, aunque el aumento es mucho más pronunciado a nivel de la conducción retrógrada. **5.2 Propiedades farmacocinéticas.** Por vía oral, la absorción de flecaína es superior al 90% de la dosis administrada. La absorción no se modifica por la ingesta de alimentos ni antiácidos. La flecaína no sufre transformación presistémica (efecto de primer paso). Los niveles plasmáticos pico se obtienen al cabo de 3 horas y tras la administración oral de 200 mg, el nivel plasmático pico alcanzado es de 341 ng/ml. El volumen medio de distribución es de 8,3 l/kg y la unión a proteínas es baja (alrededor del 40%). La vida media plasmática es de 20 horas (rango 12 a 27 horas) tras dosis orales múltiples en pacientes con extrasístoles ventriculares. Los niveles en estado de equilibrio se alcanzan en 3-5 días, no observándose acumulación plasmática del fármaco con el tratamiento crónico. En voluntarios sanos, aproximadamente el 30% de una dosis oral simple (rango 10 a 50%) se excreta de forma inalterada por la orina. Los 2 metabolitos urinarios principales son la meta-o-dealquil-flecaína (activa pero con 1/5 de potencia) y la meta-o-dealquil-lactam de flecaína (inactiva). El citocromo 2D6 contribuye al metabolismo de la flecaína pero el papel de la actividad polimórfica de la enzima es insignificante tras la administración de dosis terapéuticas. La administración repetida de flecaína no ha mostrado inducción enzimática ni acumulación. La eliminación plasmática de flecaína es mucho más lenta con pH urinario muy alcalino (8 o más). **5.3 Propiedades hemodinámicas.** Flecaína no suele modificar la frecuencia cardíaca ni la presión arterial. Flecaína ha demostrado poseer un efecto inotropo negativo moderado, con disminución de la fracción de eyección. **6. DATOS FARMACÉUTICOS. 6.1 Lista de excipientes.** Inyectables: Acetato sódico, ácido acético glacial y agua para inyección. Comprimidos: Almidón pregelatinizado, croscarmelosa sódica, celulosa microcristalina, aceite vegetal hidrogenado y estearato magnésico. **6.2 Incompatibilidades.** El acetato de flecaína precipita en soluciones salinas, pero es compatible con las soluciones glucosadas habituales. **6.3 Período de validez.** Inyectables y comprimidos: 3 años. **6.4 Precauciones especiales de conservación.** No conservar por encima de 30 °C. **6.5 Naturaleza y contenido del recipiente.** La solución inyectable se acondiciona en ampollas de vidrio Iolax transparente. Envase con 5 ampollas. Los comprimidos se acondicionan en paquetses blíster UPVC/PVDC. Envases con 30 y 60 comprimidos de 100 mg. **6.6 Instrucciones de uso y manipulación.** Ninguna. **7. PRESENTACIÓN Y PVP.** Comprimidos: Envase con 30 comprimidos de 100 mg: PVP: 13,21 €; PVP IVA: 13,74 €. Envase con 60 comprimidos de 100 mg: PVP: 25,58 €; PVP IVA: 26,60 €. Envase con 5 ampollas de 15 ml: PVP: 10,88 €; PVP IVA: 11,32 €. **8. CONDICIONES DE DISPENSACIÓN:** Comprimidos: Con receta médica.T.D. Aportación reducida. Inyectable: Con receta médica. Uso hospitalario. **9. NOMBRE Y DOMICILIO DEL TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN.** 3M España S.A. División Farmacéutica. Juan Ignacio Luca de Tena 19-25. 28027 Madrid. **10. NÚMEROS DE REGISTRO.** Inyectable: 57.514. Comprimidos: 57.532. **11. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN.** 15 de enero de 1988. **12. FECHA DE REVISIÓN DEL TEXTO.** Junio 2005.

BIBLIOGRAFÍA: 1.- ACC/AHA/ESC 2006 Guidelines for the management of patients with atrial fibrillation-executive summary. European Heart Journal (2006) 27, 1979-2030

**COMUNICACIÓN 025****CIERRE DE COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR CON DISPOSITIVO AMPLTZER: SEGURIDAD, EFICACIA Y RESULTADOS A MEDIO PLAZO**

Autores: Durrán C.; Suarez de Lezo J.; Pan M.; Mesa D.; Rodríguez A.; Delgado M.; Mazuelos F.; Esteban F.; Tejero I.; Ojeda S.; Segura J.; Romero M.; Pavlovic D.;

C. Trabajo: Hospital Reina Sofía

OBJETIVOS: El cierre percutáneo de la comunicación interventricular (CIV) es una alternativa a la cirugía. Nuestro objetivo es presentar los resultados a medio plazo, así como la seguridad y eficacia en estos pacientes (pts)

MÉTODOS: Entre Febrero de 2004 y Febrero de 2007, 31 pts han sido sometidos a cierre percutáneo de CIV. La edad de los pts estaba comprendida entre los 1 to 67 años, 18 eran varones (58%). Cuatro pts presentaron anomalías asociadas (3 estenosis pulmonares, 1 coartación, 1 foramen ovale permeable). La fracción de eyección media fue de 71.4±7% y el diámetro diastólico de ventrículo izquierdo, ajustado por talla (DdVI) y el sistólico (DsVI) fueron 35±10 y 21±6 mm/cm respectivamente. La media de la presión pulmonar (PSP) fue de 37 ± 18 mmHg y la media del QP/QS fue 1.8±0.32.

RESULTADOS: El dispositivo fue implantado con éxito en 26 pts. Se decidió no tratar en 3 pts (gran tamaño del defecto y muy próximo a la válvula aórtica) y no se consiguió en 2 pts por imposibilidad de posicionar el dispositivo (excesiva trabeculación del ventrículo derecho). El diámetro medio del dispositivo fue 10.7 ± 3.8 mm. Cinco pts se sometieron a procedimientos combinados (1 stent en coartación, 3 valvuloplastias pulmonares y 1 cierre de foramen ovale). Inmediatamente tras el cierre del defecto la PSP disminuyó a 25.3 ± 4.3 mmHg (p<0.005) y el QP/QS a 1.0±0.2 (p<0.05). El control angiográfico y ecocardiográfico inmediato mostró la oclusión completa del defecto en 16 pts y shunt leve en 9 pts. Se describieron complicaciones transitorias: embolización del dispositivo en 2 pts, trastornos del ritmo en 2 pts y ninguna complicación vascular. Tras un seguimiento medio de 22±12 meses, todos los pacientes se encuentran asintomáticos. Solamente un paciente requirió marcapasos definitivo, a los 14 meses del cierre de la CIV, por bloqueo auriculoventricular completo. El seguimiento ecocardiográfico demostró una ausencia de shunt residual en todos los pacientes, con una reducción del DdVI (30 ± 4 mm/cm; p<0.05) y del DsVI (18±3 mm/cm; p<0.05).

CONCLUSIONES: El cierre percutáneo de CIV es seguro y eficaz y puede ser una alternativa a la cirugía. A medio plazo los resultados son buenos con disminución de los diámetros ventriculares.

COMUNICACIÓN 026**PREDICTORES ECOCARDIOGRÁFICOS DE ESTENOSIS TARDÍA DEL HOMIINJERTO PULMONAR TRAS INTERVENCIÓN DE ROSS.**

Autores: Ruiz Ortiz M., Mesa Rubio D., Delgado Ortega M., Romo Peñas E., Bonilla JL., Gámiz A., Casares Mediavilla J., Alados Arboledas P., Concha Ruiz M., Suárez de Lezo J.

C. Trabajo: Servicios de Cardiología y *Cirugía Cardiovascular. Hospital Reina Sofía. Córdoba.

INTRODUCCIÓN: Un estudio previo ha descrito que el gradiente del homoinjerto pulmonar al año de seguimiento es un predictor independiente de estenosis tardía tras la intervención de Ross. Estos datos sugieren que la estenosis del homoinjerto es un evento precoz tras el procedimiento, pero esta observación no ha sido confirmada hasta ahora en una serie independiente. Nuestro objetivo es evaluar en nuestra población de pacientes con intervención de Ross si el gradiente del homoinjerto en el primer seguimiento ecocardiográfico puede predecir el desarrollo de estenosis a largo plazo.

MÉTODOS: Se realizó un seguimiento clínico y ecocardiográfico a 96 pacientes (edad 30±12 años -rango 6 a 54 años-, 69 varones -72%) con operación de Ross intervenidos consecutivamente en nuestro centro entre Noviembre de 1997 y Diciembre de 2006. El seguimiento fue de 63±30 meses, y obtuvimos datos clínicos en el 97% de los casos y ecocardiográficos en el 84%. Se definió estenosis como un gradiente máximo estimado por Doppler de 30 mmHg o mayor y se buscaron predictores ecocardiográficos de estenosis.

RESULTADOS: En el último seguimiento, 27 homoinjertos eran estenóticos y 4 pacientes habían necesitado intervención por estenosis del injerto (1 angioplastia, 2 implantación de stent y 1 cirugía). En el primer seguimiento ecocardiográfico (mediana 4 meses, percentiles 25-75 1-7.5 meses), el gradiente del homoinjerto fue significativamente mayor en aquellos pacientes que desarrollaron estenosis frente al resto de la serie (27±21 frente a 13±6 mmHg, p=0.006), así como el diámetro del anillo del homoinjerto fue significativamente menor (18±3 frente a 21±5 mm, p=0.037). Los pacientes con un gradiente del homoinjerto pulmonar de 20 mmHg o mayor en el primer seguimiento presentaron una probabilidad de supervivencia libre de estenosis del homoinjerto significativamente menor que el resto de la serie (67%, 43% y 43% tras 1, 3 y 5 años frente a 91%, 86% y 86%, p=0.0009).

CONCLUSIONES: La estenosis del homoinjerto es un evento precoz tras el procedimiento de Ross. Un gradiente máximo Doppler de 20 mmHg o más en el primer control ecocardiográfico predice la aparición de estenosis en el seguimiento.

COMUNICACIÓN 027**REEMPLAZO VALVULAR AÓRTICO MEDIANTE TÉCNICA DE ROSS. SEGUIMIENTO CLÍNICO Y ECOCARDIOGRÁFICO A LARGO PLAZO**

Autores: Delgado M., Mesa D., Ruiz M., Romo E., Bonilla JL., Gamez A., Esteban F., Mazuelos F., Casares J., Alados P., Concha M., Suarez de Lezo J.

C. Trabajo: Hospital Reina Sofía Córdoba

INTRODUCCIÓN: La técnica de Ross es una alternativa a la cirugía de reemplazo valvular aórtico con prótesis mecánica en pacientes jóvenes. Un estudio ecocardiográfico exhaustivo es absolutamente necesario para la selección y seguimiento de los candidatos.

OBJETIVOS: Analizar la evolución clínica y ecocardiográfica a largo plazo de los pacientes sometidos a reemplazo valvular aórtico mediante técnica de Ross.

PACIENTES Y MÉTODOS: Desde 1997, 96 pacientes (pts) (edad media 30±años, 72% varones) han sido intervenidos mediante técnica de Ross. En todos se realizó un ecocardiograma transtorácico antes del procedimiento, otro tras la intervención y al menos 1 al año durante el seguimiento.

RESULTADOS: La indicación de cirugía fue estenosis aórtica en 23% de los casos, insuficiencia aórtica en un 44% y doble lesión en un 33%. La etiología de la lesión aórtica fue congénita en un 66%, reumática en un 17%, degenerativa en un 10%, postendocarditis en un 3% y de otro origen en un 3%. Como lesiones asociadas destacamos la insuficiencia mitral (10%), la coartación de aorta (5%) y la obstrucción al tracto de salida ventricular izquierdo en 8 casos (7 membranas subaórticas y 1 síndrome de 30 meses, la supervivencia global es del 98%). Tras un seguimiento medio de 63 98% (1 muerte intraoperatoria y 1 a los 36 meses tras cirugía por pseudoaneurisma de autoinjerto e la o severa). Ocurrieron 3 endocarditis (2 sobre autoinjerto y 1 sobre homoinjerto). En el seguimiento ecográfico se detectaron 15 estenosis de homoinjerto con gradiente ecográfico sistólico máximo superior a 50 mmhg (3 casos se trataron de forma percutánea y 1 necesitó cirugía), 8 insuficiencias al menos moderadas del autoinjerto (5 reintervenciones con implante de prótesis mecánica), 1 estenosis moderada del autoinjerto y 2 pseudoaneurismas del autoinjerto (ambos intervenidos). La supervivencia libre de eventos a los 6 años de seguimiento fue del 87%.

CONCLUSIONES: El seguimiento a largo plazo de los pts sometidos a intervención de Ross es excelente en términos de supervivencia global y libre de eventos. La regurgitación del autoinjerto y estenosis del homoinjerto son, sin embargo, dos posibles complicaciones que pueden aparecer en el tiempo. Un seguimiento e

COMUNICACIÓN 028**RESULTADOS A MEDIO PLAZO DE LA ABLACIÓN CON CATÉTER PARA EL TRATAMIENTO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR.**

Autores: Isabel Almansa, Luis Tercedor, Miguel Álvarez, Mercedes González, Montserrat Figueras, Rocío García, José Miguel Lozano.

C. Trabajo: Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

La ablación con catéter de la fibrilación auricular (FA) es una técnica compleja y no exenta de riesgos. Establecer cual es su papel exacto en la práctica clínica requiere conocer sus resultados crónicos. Analizamos los resultados a medio plazo (23±17 meses, entre 2 y 72 meses) de los 72 pacientes (P) con FA tratados con ablación en nuestro centro. El protocolo de seguimiento post-ablación incluía la realización de Holter de 7 días el segundo mes y luego cada 6 meses, o antes si había síntomas, ecocardiograma prealita y al año, y cardioresonancia o TAC a los 6 meses. La edad media era de 52±12 años (9 mayores de 65 años). La prevalencia de factores de riesgo fue: hipertensión (45%), diabetes (8%) y ACV (8%). El 18% tenían disfunción tiroidea y cardiopatía 29 P (miocardiopatías 7 P, valvular 8 P, isquémica 4 P, hipertensiva 10 P). La FA era paroxística en 52 (68%), persistente en 11 (14%) y permanente en 14 (18%). Todos salvo 6 aquejaban síntomas. Habían fallado a una media de 2.8 antiarrítmicos, incluyendo amiodarona en el 62%. Se ablacionó un foco auricular en 2 P y una (9%), dos (16%), tres (6%) o cuatro (69%) venas pulmonares (VP) en el resto, sin líneas adicionales en aurícula izquierda, con ablación del istmo cavo-tricúspide en 8. En el seguimiento la fibrilación recurrió en el 55%, en tres de forma asintomática (Holter). Tras repetir la ablación en 18 P (25%) se consiguió éxito (ausencia de episodios de FA o flutter ≥ 30 segundos) en el 61% de P. Las únicas variables asociadas con el resultado fueron el tipo de FA paroxística o no (69% vs 42%, P<0.05) y las cifras de proteína C reactiva. Hubo complicación aguda en 4 P (5%): 1 ictus transitorio, dos vasculares y un derrame sin taponamiento. La resonancia encontró estenosis leve de 1 VP en 4 P asintomáticos. No ha habido embolias ni otras complicaciones tras suspender la anticoagulación en 34 P.

CONCLUSIONES: A medio plazo la ablación de venas pulmonares mantiene libres de arritmias al 70% de los pacientes tratados por fibrilación paroxística y sólo al 42% con FA persistente/permanente. Un 5% de pacientes tuvieron complicaciones, todas agudas. No hubo embolias en el seguimiento tras suspender en la mitad de los casos la anticoagulación.



COMUNICACIÓN 029

CAMBIOS ELECTROCARDIOGRÁFICOS DESPUÉS DEL TRATAMIENTO REGENERATIVO CON CÉLULAS MADRE EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO ANTERIOR REVASCULARIZADO.

Autores: Fátima Esteban, José Suárez de Lezo, José Segura, Manuel Pan, Francisco Mazuelos, Soledad Ojeda, Miguel Romero, Carmen Durán, Ana Rodríguez, Djorje Pavlovic, Álvaro Moreno, German Hernández.

C. Trabajo: Hospital Reina Sofía. Servicio Cardiología. Córdoba

OBJETIVOS: Varios ensayos clínicos han obtenido una mejora funcional después de un tratamiento regenerativo con células madre en pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM). Sin embargo, esta mejoría varía entre las diferentes series y es difícil diferenciarlas del beneficio obtenido por una precoz revascularización. El grado de regeneración miocárdica puede cambiar la electrogénesis después de un IAM, pudiendo ser valorado en el electrocardiograma de superficie (ECG). Así, poco se han descrito de los cambios electrocardiográficos observados en pacientes con un IAM revascularizado percutáneamente seguido de la infusión de células madre autólogas obtenidas de médula ósea (MNBMC).

MATERIAL Y MÉTODOS: Este estudio analiza los cambios eléctricos seriados observados en 21 pacientes con un IAM anterior revascularizado percutáneamente y con posterior infusión intracoronaria de células madre. Se obtuvieron ECG seriados en varios intervalos: antes del alta (C), a los 6 meses (C1) y al año del tratamiento (C2), en cada condición se determinaron varios parámetros: frecuencia cardíaca, eje eléctrico, duración del QRS (msec), Σ de ondas Q (mm), QT corregido (msec), amplitud de onda R en V6 (mm). La ganancia en fracción de eyección (FE) al seguimiento se obtuvo de la diferencia de FE inicial con la final (1 año).

RESULTADOS: No existieron diferencias significativas entre las condiciones de frecuencia cardíaca, eje eléctrico, duración de QRS, QT corregido y amplitud de R en V6. Sin embargo encontramos una reducción significativa y progresiva del Σ de ondas Q (33 ± 16 mm en C, 18 ± 13 mm en C1 y 14 ± 14 mm en C2; $p < 0.001$). Además, el Σ de ondas Q después de un año se correlacionó de forma inversa con la ganancia en la FE ($r = -0.67$; $p < 0.001$).

CONCLUSIONES: Podemos observar una mejoría eléctrica progresiva en pacientes con IAM anterior revascularizados percutáneamente y posterior infusión de células madre. Se observa también una correlación inversa entre el Σ de ondas Q al año y la mejoría de la función.

COMUNICACIÓN 030

EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA ABLACIÓN CIRCUNFERENCIAL CON AISLAMIENTO DE VENAS PULMONARES EN LA FIBRILACIÓN AURICULAR

Autores: Alonso Pedrote, Eduardo Arana, Lorena García-Riescos, Nieves Romero, M^a Victoria Mogollón, José M. Fernández, Juan I. Valle, Antonio Aranda y Francisco Errazquin

C. Trabajo: Unidad de Arritmias. Servicio de Cardiología. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

Se ha comunicado que la ablación circunferencial (AC) de la aurícula izquierda es más eficaz que el aislamiento segmentario de las venas pulmonares (VP) para la curación de la fibrilación auricular (FA). Hemos cambiado la técnica segmentaria por la AC con aislamiento de las VP y pretendemos mostrar los resultados.

MATERIAL Y MÉTODOS: Desde enero de 2006 a febrero de 2007 realizamos 26 procedimientos de AC a 22 pacientes (PC) consecutivos (1,2 \pm 4 procedimientos) con FA paroxística (PX) (n=14) o persistente (PS) (n=6), de antigüedad 75 \pm 56 meses y refractarios a 1.7 \pm 0.5 antiarrítmicos (FAA). La edad fue de 50 \pm 9 años, el 82% hombres, un 15% con cardiopatía y aurícula izquierda 37 \pm 3 mm. La AC se realizó con catéter irrigado realizando una corona en venas ipsilaterales apoyado con el sistema CARTO XP o MERGE, junto con un catéter circular en el ostium de las VP. El end point de AC fue el aislamiento de las 4 VP. Los PC fueron seguidos al 1,3,9 y 12 meses con entrevista personal, realización de ECG, Holter y ecocardiograma, además de un TAC de control. Se consideró éxito-inicial (EI) la ausencia de FA sin FAA a partir de 3 meses de la técnica (periodo de blanking con fármacos); curación (CU) el EI más los reprocedimientos sin FAA; éxito-final (EF) la suma de CU más los PC con mejoría con FAA (disminución de un 90% de la carga de FA).

RESULTADOS: No hubo complicaciones ni estenosis de VP. Se aislaron 79 de 88 VP (90%) y el end point lo alcanzaron el 80% de los PC. El seguimiento (7 \pm 4 meses) fue posible en 20 PC que habían completado el periodo de blanking. Se consiguió EI en 55% PC (PX 64%-PS 33% p=ns); CU en 70% PC (PX 79%-PS 50% p=ns); EF en 80% PC (PX 93%-PS 50% p=0.06). Analizando sólo los PC con EI, ni la edad, el tipo de FA, su antigüedad, el tamaño de la AI y haber aislado la 4 VP predecían recidivas. La presencia en el Holter inicial de extrasístoles auriculares (40%; p<0.03) predijo buen resultado de la AC, al contrario que la recidiva precoz (primer mes) (60%; p<0.03).

CONCLUSIONES: La AC con aislamiento de VP es una técnica segura con una eficacia inicial moderada, que mejora considerablemente con los reprocedimientos y la asociación de antiarrítmicos.

COMUNICACIÓN 031

UTILIDAD DE LA ECOCARDIOGRAFÍA EN EL DIAGNÓSTICO DE LOS TUMORES CARDÍACOS EN NIÑOS Y ADULTOS: ESTUDIO OBSERVACIONAL EN 12 AÑOS EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA.

Autores: A. Rodríguez-Almodovar, D. Mesa, C. Duran, M. Delgado, M. Ruiz, E. Romo, F. Esteban, F. Mazuelos, J. Bonilla, A. Gamez, A. Lopez Granados, I. Tejero, JC Castillo, M. Anguita, JM Arizón, J. Suarez de Lezo.

C. Trabajo: H. U. Reina Sofía Córdoba

OBJETIVOS: Los tumores cardíacos son infrecuentes tanto en niños como en adultos. La ecocardiografía es una herramienta útil en el diagnóstico de esta patología. Los objetivos son identificar las diferencias entre los tumores cardíacos de los niños y adultos y evaluar la utilidad de la ecocardiografía para diferenciar el tipo de tumor.

MÉTODOS: Realizamos un estudio observacional que incluyó 37 pacientes, 10 niños (≤ 14 años) y 27 adultos (media de edad 49.96 \pm 19.24 años), con tumores cardíacos evaluados consecutivamente con ecocardiografía entre Marzo 1995 y Enero 2007 en un hospital de referencia. Recogimos de cada paciente datos acerca del tipo de tumor, localización, tipo de diagnóstico y curso clínico.

RESULTADOS: En nuestro estudio, el 59.3% de los adultos y el 40% de los niños eran varones. La ecocardiografía diagnosticó con éxito el tipo de tumor en el 70% de los adultos y en el 60% de los niños. La ecocardiografía transesofágica fue utilizada en el 50% de los adultos, aunque solamente se utilizó en el 10% de los niños (p<0.05). El tumor más frecuente en los adultos fue el mixoma (40.74%) mientras que en los niños fue el rabiomioma (90%). En relación a la presentación clínica, el tumor cardíaco fue un hallazgo casual en la ecocardiografía en el 29.6% de los adultos y en el 80% de los niños (p<0.05). La disnea fue el síntoma más frecuente entre los adultos (42%). Solamente hubo 2 niños sintomáticos, uno con fiebre y el otro con clínica de insuficiencia cardíaca. En cuanto a la localización del tumor, la aurícula izquierda (51.9%) fue la más frecuente en los adultos y el ventrículo derecho (60%) en los niños. Un 23% de los tumores en adultos fueron malignos, no diagnosticándose ninguno en niños.

CONCLUSIÓN: Los tumores cardíacos malignos son raros en niños. Los tumores cardíacos suelen ser un hallazgo casual en la ecocardiografía en los niños mientras que en los adultos producen síntomas. La ecocardiografía es un método útil, no sólo para el diagnóstico del tumor, sino también para la discriminación del tipo, tanto en niños como en adultos.

COMUNICACIÓN 032

ENFERMEDAD CORONARIA DE TRES VASOS EN EL PACIENTE DIABÉTICO: REVASCULARIZACIÓN PERCUTÁNEA FRENTE A QUIRÚRGICA. SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO.

Autores: AJ Domínguez Franco, AL Linde Estrella, M Pérez Caravante, I Laruete Martín, JH Alonso Briales, MF Jiménez Navarro, JM Hernández García, E Olalla Mercadé, E de Teresa Galván.

C. Trabajo: Servicio de Cardiología y Servicio de Cirugía Cardíaca. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

INTRODUCCIÓN: La cirugía de revascularización miocárdica (CABG) ha probado superioridad frente a la revascularización percutánea con balón o stent convencional (BMS) en estudios randomizados de enfermedad multivaso. Desconocemos el impacto a largo plazo que ha tenido el uso de los stents farmacológicos (DES) en una población de elevado riesgo: los pacientes (p.) diabéticos con enfermedad de triple vaso.

MÉTODOS: Analizamos 344 p. diabéticos consecutivos con enfermedad coronaria de tres vasos que se realizaron coronariografía en nuestro centro (2000-2004) en los se decidió en sesión médica quirúrgica revascularización: con stent convencionales (grupo BMS): 109 p., con stents farmacológicos (rapamicina/pa-clitaxel) (grupo DES): 103 p. o bien con cirugía (grupo CABG): 132 p. Estudiamos la muerte cardíaca, infarto de miocardio no fatal y necesidad de nueva revascularización coronaria a 24 meses de seguimiento.

RESULTADOS: No encontramos diferencias en los factores de riesgo cardiovascular. Una tercera parte de la población eran mujeres. La edad media fue mayor en el BMS (68,1 a. vs 66,2 vs 65,3; p=0,02). En el grupo BMS existió más antecedente de insuficiencia cardíaca (25,7% vs 14,6% vs 13,6%; p=0,031) y una tendencia a mayor insuficiencia renal crónica (34,9% vs 28,2% vs 23,1%; p=0,16). La revascularización se realizó durante un ingreso por síndrome coronario agudo en mayor proporción en los grupos de stent (81,7% vs 86,4% vs 76,5%; p=0,01). No hubo diferencias en la proporción de p. con disfunción ventricular significativa (FEVI \leq 45%): (31,7% vs 35,3% vs 33,3%). La revascularización fue completa en el 75% de los p. del grupo quirúrgico frente al 13,2% del grupo BMS y 11,8% del DES (p<0,001). No encontramos diferencias en el calibre de los lechos distales entre los grupos, considerándose de buena calidad en el 44,2% de los p. A los 24 meses de seguimiento (94,1%) no hubo diferencias en la mortalidad cardíaca (15% vs 10,4% vs 10,2%; p=0,47), si una reducción del infarto no fatal en los grupos DES y CABG frente a BMS: (14% vs 4,2% vs 3,1%; p=0,003) y una menor necesidad de nueva revascularización del grupo de tratamiento quirúrgico frente al percutáneo (21% vs 13,5% vs 5,5%; p=0,002). En los grupos de stent la necesidad de revascularizar la lesión diana fue del 15% en el BMS y del 4,2% en el DES (p<0,001).

CONCLUSIONES: 1. En nuestra población de diabéticos con enfermedad de tres vasos, el uso de DES es seguro: no fue inferior a la cirugía en mortalidad o infarto de miocardio no fatal. 2. Sin embargo, aunque el uso de DES reduce la necesidad de nueva revascularización frente al BMS (al reducir la revascularización de la lesión tratada), la cirugía ofrece una revascularización más completa y una menor necesidad de revascularización frente al DES.

**COMUNICACIÓN 033****INTERRUPCIÓN DEL ARCO AÓRTICO EN EL ADULTO: ABORDAJE PERCUTÁNEO**

Autores: Duran C.; Suarez de Lezo J.; Pan M.; Romero M.; Segura J.; Pavlovic D.; Ojeda S.; Mazuelos F.; Esteban F.; Suarez de Lezo J.; Rodríguez-Almodovar A.; Hernandez G.; Moreno A.

C. Trabajo: Hospital Reina Sofía

OBJETIVO: La interrupción del arco aórtico es rara en el adulto. La reparación quirúrgica se asocia con alta morbilidad y mortalidad. Hemos analizado los resultados del tratamiento percutáneo de la interrupción del arco aórtico en nuestro hospital.

MÉTODOS: Desde Febrero de 1994 hasta Febrero de 2007, 92 pts por encima de 6 años fueron admitidos en nuestro hospital para tratamiento percutáneo con stent de la coartación de Aorta; angiográficamente, 5 mostraron discontinuidad entre aorta ascendente y descendente distal a la arteria subclavia. Había 3 varones y 2 mujeres en este grupo, con edades comprendidas entre 17 y los 66 años (media 44±22 años). Todos los pts tenían hipertensión arterial severa y 2 en insuficiencia cardíaca (clase funcional III). Los pts con interrupción del arco aórtico presentan un diámetro de aorta ascendente aumentado, ajustado por edad (49±21 mm vs 29 ±10 mm), tenían un gradiente elevado aorta ascendente-descendente (64±35 mmHg vs 39±12 mmHg), y eran de mayor edad (44±12 vs 22±13 años). En los 5 pts se realizó un abordaje simultáneo por arteria braquial izquierda y arteria femoral. La longitud del segmento ocluido (tras inyección simultánea en aorta ascendente y descendente) fue de 6±7mm (rango 2-18mm).

RESULTADOS: La interrupción fue recanalizada anterógradamente en 2 pts y retrógradamente en 3. Para la recanalización del segmento ocluido se utilizaron guías coronarias de 0.014" (en 3 de ellos se utilizaron guías de radiofrecuencia). Una vez pasada la guía se predilató con balón coronario. El procedimiento se completó con sucesivas guías y balones convencionales. El diámetro final del stent fue de 19±2mm (15-20mm). No existieron complicaciones y se obtuvo éxito primario en los 5 pacientes. El gradiente entre aorta ascendente y descendente disminuyó de 64±35 mmHg a 5±3 mmHg. 2 pts fueron sometidos a reemplazo quirúrgico de aorta ascendente de forma electiva por dilatación aneurismática (> 55 mm). Tras un seguimiento medio de 22±24 meses, 4 pts se encuentran asintomáticos. El pt restante murió por insuficiencia cardíaca, cinco años después del procedimiento con 71 años.

CONCLUSIÓN: El abordaje percutáneo de la interrupción aórtica es factible y podría ser una alternativa a la cirugía.

COMUNICACIÓN 034**EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO DE LOS PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA DILATADA PORTADORES DE UN DESFIBRILADOR IMPLANTABLE**

Autores: M^a Victoria Mogollón, Alonso Pedrote, Eduardo Arana, Nieves Romero, Lorena García Riesco, José M^a Fernández, M^a Dolores García Lizana, Manuel Frutos, Rocío Pérez de la Yglesia, Francisco Errazquin

C. Trabajo: Unidad de Arritmias. Hospital Universitario Virgen del Rocío.

INTRODUCCIÓN: El pronóstico de los pacientes portadores de un DAI con miocardiopatía dilatada idiopática (MCDI) es diferente al de los de origen isquémico.

OBJETIVOS: Pretendemos conocer la evolución a largo plazo, los predictores de arritmias ventriculares malignas (AVM) y el valor pronóstico de la estimulación eléctrica programada (EEP) en una población de pacientes con MCDI y DAI.

MATERIAL Y MÉTODO: Desde 1992 hasta el 2006 se implantó un DAI, como prevención secundaria, a un total de 43 pacientes (83.7% hombres, 60.3 ± 13 años). Todos los pacientes tenían una FE inferior al 40 % con media de 27.9±8%. La indicación del DAI fue muerte súbita abortada o taquicardia ventricular sincopal en el 52.6%, AVM no sincopal o inducida en EEP en el 34.2% y síncope no aclarado en el 13.2%. En la mayoría de los pacientes se realizó EEP (95.3%), de los cuales en el 58.5% se indujeron taquiarritmias ventriculares.

RESULTADOS: Con una mediana de seguimiento de 34 meses, fallecieron 8 pacientes (18.6%), 2 de ellos de muerte súbita, 1 por shock cardiogénico, los otros 5 pacientes por causa no cardiológica. Cuatro (9.3%) pacientes se perdieron durante el seguimiento. Se registraron descargas adecuadas en 30 pacientes (69.8%), con una mediana hasta la primera descarga de 4 meses (IQR de 1-12.75). Se analizó como predictores de descargas, mediante análisis univariante, la edad, la clase funcional, la FE, la presencia de alteraciones de la conducción intraventricular, el motivo de la indicación del DAI y el resultado de la EEP, evidenciando que sólo los pacientes con clínica de insuficiencia cardíaca (clase II-III) presentaban significativamente un mayor número de descargas adecuadas (p=0.038), así como una tendencia en los que se había inducido AVM en la EEP (p=0.075). El EEP presentó una sensibilidad del 67%, una especificidad del 61% para predecir eventos posteriores, con un valor predictivo positivo del 79% y negativo del 47%.

CONCLUSIONES: Con un seguimiento prolongado dos tercios de los pacientes con MCDI y DAI como prevención secundaria presentan descargas adecuadas. La clase funcional y la inducción de arritmias ventriculares en el EEP ayudan a predecir la aparición de eventos arritmicos posteriores.

DENOMINACIÓN DEL MEDICAMENTO. Disgren 600 mg polvo y disolvente para solución oral. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.** Cada envase contiene 600 mg de triflusal. Para la lista completa de excipientes, ver sección lista de excipientes. **FORMA FARMACÉUTICA.** Polvo y disolvente para solución oral. Cada envase unidosis contiene el disolvente transparente en el frasco y el polvo blanco en el interior del tapón. **DATOS CLÍNICOS. Indicaciones terapéuticas.** Profilaxis secundaria, tras un primer episodio isquémico coronario o cerebrovascular, de: Infarto de miocardio, Angina estable o inestable, Accidente cerebrovascular no hemorrágico transitorio o permanente. Reducción de la oclusión del injerto después de realizar un by-pass coronario. **Posología y forma de administración.** Adultos y ancianos: La dosis recomendada es de 600 mg/día en dosis única. Se recomienda que triflusal se tome preferentemente con las comidas. Vía de administración oral. La solución reconstituida debe ser transparente y de color amarillento. Desenroscar el tapón rojo y verter el contenido en un vaso con agua o zumo de frutas. También puede mezclarse con purés. Uso en niños: La seguridad y eficacia no se han establecido en sujetos menores de 18 años. Uso en pacientes con insuficiencia renal o hepática: La experiencia clínica en pacientes con insuficiencia renal o hepática es limitada, por lo que se recomienda un cuidado especial al iniciar el tratamiento en este tipo de pacientes. En pacientes con insuficiencia renal severa sometidos a hemodiálisis convencional, las concentraciones plasmáticas pre y postdiálisis del metabolito principal de triflusal, HTB (ácido 2-hidroxi-4-(trifluorometil)benzoico), no han mostrado variaciones significativas, por lo que no se precisa un ajuste de la dosis. **Contraindicaciones.** Disgren está contraindicado en pacientes con: hipersensibilidad a triflusal u otros salicilatos; úlcera péptica activa o antecedentes de úlcera péptica complicada; hemorragia activa. **Advertencias y precauciones especiales de empleo.** Insuficiencia renal o hepática: La experiencia es limitada. En pacientes con insuficiencia renal severa sometidos a hemodiálisis convencional, las concentraciones plasmáticas pre y postdiálisis del metabolito principal de triflusal, HTB (ácido 2-hidroxi-4-(trifluorometil)benzoico), son similares. Riesgo hemorrágico: A pesar de que triflusal ha producido una baja incidencia de complicaciones hemorrágicas en los estudios clínicos, deberá utilizarse con precaución en pacientes con riesgo de hemorragia debido a traumatismo u otras condiciones patológicas. Asimismo, los fármacos que pueden inducir hemorragias, como ácido acetilsalicílico (AAS) u otros antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), deberán utilizarse con precaución en pacientes tratados con triflusal. Si un paciente va a ser sometido a cirugía programada, debe evaluarse el riesgo hemorrágico y, en caso de que se considere necesario, debe suspenderse la administración de triflusal 7 días antes de la intervención. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción.** Estudios *in vitro* de unión a proteínas mostraron aumento de la fracción libre de HTB (principal metabolito activo de triflusal) en presencia de AINEs. Por otra parte, concentraciones elevadas de HTB hacen aumentar las fracciones libres y, con ello, posiblemente el efecto de AINEs, glicetida y warfarina. Puede ser necesario ajustar la dosis de estos fármacos si se administran conjuntamente con triflusal. En pacientes con infarto agudo de miocardio se evaluó la seguridad de la administración concomitante de triflusal con agentes trombolíticos (rt-PA y estreptoquinasa). La incidencia de hemorragia intracraneal fue menor que en pacientes tratados con una combinación de AAS y agentes trombolíticos (0,1% vs. 1,1%; p= 0,04). **Embarazo y lactancia.** No existen datos clínicos acerca de exposiciones a triflusal durante el embarazo. Los estudios en animales no indican efectos nocivos directos o indirectos con relación al embarazo, el desarrollo del embrión/feto, el parto ni el desarrollo postnatal. Por lo tanto, deberá valorarse el beneficio/riesgo cuando se administre a mujeres embarazadas. No se conoce si triflusal se excreta en la leche. Por lo tanto, deberá valorarse el beneficio/riesgo cuando se administre en el periodo de lactancia. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas.** No se han descrito efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas. **Reacciones adversas.** Las reacciones adversas que han sido notificadas como más frecuentes afectan al aparato digestivo y suelen desaparecer al cabo de pocos días incluso sin suspender el tratamiento. Las reacciones adversas ordenadas por sistemas y frecuencias fueron las siguientes: Muy frecuente ($\geq 1/10$), frecuente ($\geq 1/100$, $< 1/10$), poco frecuente ($\geq 1/1.000$, $< 1/100$), raramente ($\geq 1/10.000$, $< 1/1.000$), muy raramente ($< 1/10.000$), informes aislados. Piel y anejos: Poco frecuente: prurito / erupción cutánea. Sistema nervioso central y periférico: Frecuente: cefalea. Poco frecuente: confusión / vértigo / mareo / convulsiones. Audición y vestibular: Poco frecuente: acúfenos / hipoacusia. Otros sentidos: Poco frecuente: Alteración del gusto. Aparato digestivo: Muy frecuente: dispepsia. Frecuente: dolor abdominal / náuseas / estreñimiento / vómitos / flatulencia / anorexia. Poco frecuente: diarrea / hemorragia gastrointestinal / melenas / rectorragia. Cardiovasculares, general: Poco frecuente: hipertensión. Cardiovasculares, alteraciones vasculares extracardíacas: Poco frecuente: accidente isquémico transitorio / hemorragia cerebral. Respiratorias: Poco frecuente: disnea / infección respiratoria alta. Hematológicas, serie roja: Poco frecuente: anemia. Hematológicas, plaquetas y coagulación: Poco frecuente: epistaxis / hematoma / púrpura / hemorragia gingival. Aparato urinario: Poco frecuente: hematuria / infección de las vías urinarias. Generales: Poco frecuente: abdomen distendido / fiebre / síntomas de gripe. Se han descrito algunos casos aislados de reacción de fotosensibilidad. **Sobredosis.** No se han descrito casos de sobredosis. En caso de sobredosis accidental, que sólo puede producirse por la ingestión de dosis muy elevadas, pueden aparecer síntomas de intoxicación por salicilatos. En tal caso debe suspenderse la administración del medicamento y aplicarse un tratamiento sintomático así como las medidas de apoyo necesarias. **DATOS FARMACÉUTICOS. Lista de excipientes.** Carbonato sódico anhidro. Aroma de menta. Glicirrizato de amonio. Agua purificada. **Incompatibilidades.** No aplicable. **Periodo de validez.** 36 meses. **Precauciones especiales de conservación.** Conservar por debajo de a 30 °C. **Naturaleza y contenido del recipiente.** Envase unidosis formado por un frasco de polipropileno con 10 ml de disolvente y un tapón contenedor con percutor de color rojo con 600 mg de polvo. Caja de 30 envases unidosis. **Instrucciones de uso y manipulación.** Enroscar el tapón rojo hasta el final con ayuda de la pequeña llave de plástico incluida en el embalaje. Tras comprobar que el polvo del tapón ha caído en el líquido, agitar de forma enérgica durante un minuto aproximadamente. La solución obtenida debe ser transparente y de color amarillento. Este medicamento debe tomarse inmediatamente después de haber sido preparado. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** J. Uriach & Cía S.A. Av. Camí Reial 51-57. 08184 Palau-solità i Plegamans (Barcelona). **NÚMERO DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** 68135. **FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN / RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN.** Noviembre 2006. **PRESENTACIÓN Y PVP IVA.** Disgren 600 mg polvo y disolvente para solución oral. Caja de 30 envases unidosis. 18,17 euros. Estimación del coste del tratamiento: 0,60 euros / día. **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO.** Noviembre 2006.



*“A veces es tarde
para cambiar el pasado.
Incluso el presente.”*

*“Pero nunca es tarde
para cambiar el futuro.”*

Volver a Comenzar

la historia continúa...



Disgren

Triflusal  **solución oral**

Recupera la película de su vida



Viales monodosis de 600 mg
en toma única de fácil administración



COMUNICACIÓN 035

ENDOCARDITIS INFECCIOSA DERECHA: EPIDEMIOLOGÍA, ASPECTOS CLÍNICOS Y PRONÓSTICO.

Autores: JA. Urbano1, N. Romero1, A. de Alarcón1, J. Gálvez2, M. Frutos1, R. Pérez de la Yglesia1, M. Mogollón1, Jaime Nevado, Angel Martínez1

C. Trabajo: 1: HU Virgen del Rocío, 2: HU Virgen Macarena, Sevilla,

INTRODUCCIÓN: La endocarditis infecciosa derecha (EID) es una complicación del uso de drogas por vía parenteral (UDVP), siendo una de las infecciones más graves asociadas.

OBJETIVOS: Analizar los aspectos clínicos, epidemiológicos y pronósticos de la EID para mejorar las pautas establecidas de manejo de la enfermedad.

MÉTODO: Cohorte de casos de EID registrados en dos Hospitales diferentes desde 1984 hasta 2006. Fueron excluidos los casos con afectación de valvular izquierda concomitante y aquellos con implante de marcapasos en sus antecedentes.

RESULTADOS: Incluimos 152 casos en 148 pacientes: 146 con afectación tricuspídea, 2 pulmonares y 4 con afectación de ambas válvulas. El 87% fueron hombres con una edad media en el diagnóstico de 27,8 años (DS=8,3). Los factores predisponentes fueron: 93,4% asociado al UDVP, 12 casos de EID previa, 3 comunicaciones ventriculares y 1 rodete subpulmonar. El *S. aureus* fue el microorganismo más frecuente (80,1%) seguido del *S. viridans* (7,2%) y hongos (3,1%). La cirugía se utilizó en 7 casos. La mortalidad durante el ingreso fue del 12%, teniendo lugar sobretodo en las primeras dos semanas y sin diferencias significativas entre las etiologías y el tratamiento seguido. La estancia media fue mayor en el grupo VIH positivo (50,7 Vs 35,95 días) con una diferencia también significativa con respecto a la mortalidad asociada (18,9% Vs 7,8%). El análisis multivariado mostró que los factores predictores de mortalidad fueron las vegetaciones mayores de 2 cm, la EID previa y el Síndrome de distrés respiratorio del adulto (SDRA). Un 18,5% presentó insuficiencia cardíaca derecha (ICD) durante la hospitalización, todos en clase funcional I de la NYHA y con buen control mediante el uso de diuréticos

CONCLUSIONES: La EID continua siendo una de las complicaciones asociadas al UDVP más graves y la válvula tricúspide es la más frecuentemente afectada. *S. aureus* es el microorganismo más frecuente. La mortalidad tiene lugar sobretodo en las 2 primeras semanas de hospitalización y se incrementa con vegetaciones mayores de 2 cm, ante el segundo episodio de EID y cuando se asocia a un SDRA. La ICD aparece durante la hospitalización en menos del 20% de los casos

COMUNICACIÓN 036

UTILIDAD DEL ÍNDICE TOBILLO-BRAZO COMO PREDICTOR DE ENFERMEDAD CORONARIA EN PACIENTES CON UN PRIMER EVENTO ISQUÉMICO.

Autores: A. Cordero Aguilar, D. López Carmona, E. De Ramón Garrido, JL. Castillo Castro, D. Gaitán Román, R. Guijarro Merino, R. Gómez Huelgas, M. de Mora Martín, F. Malpartida de Torres

C. Trabajo: Servicio de Cardiología. Servicio de Medicina Interna. HRU Carlos Haya (Málaga).

OBJETIVOS: El propósito de este estudio fue determinar la prevalencia de índice tobillo-brazo (ITB) alterado en los pacientes con un primer evento isquémico remitidos para la realización de una coronariografía y analizar la posible relación entre la presencia de ITB alterado, las lesiones coronarias identificadas y su gravedad.

MÉTODOS: Durante un periodo de 20 semanas, se sometieron a una coronariografía 369 pacientes. De estos se eligieron aquellos que no tenían antecedentes de enfermedad arteriosclerótica, quedando una muestra de 138 pacientes. La medición del ITB se realizó durante el ingreso con una sonda doppler de 8 Mhz por un único investigador, considerándose patológico un valor <0.9. Se consideran lesiones significativas en la coronariografía aquellas que ocupan el 50% o más de la luz del vaso, clasificándose en cuatro grupos en función de su número (0,1, 2, y 3 o más lesiones).

RESULTADOS: La edad media fue 59,1±11 años, con 71% varones. La distribución de los factores de riesgo clásicos fue: HTA 52%, DM tipo 2 33%, dislipemia 40%, tabaquismo 40%. El motivo de realización de la coronariografía fue: SCASEST 26 %, SCASTE 40%, Angina inestable 15 %, otros 16%. Se realizó la medición del ITB en 80 pacientes. La prevalencia de ITB patológico fue del 19%. La distribución del ITB patológico por grupos de lesiones fue: ninguna lesión 13%, una lesión 8%, dos lesiones 28%, tres o más lesiones 53%, existiendo una asociación lineal significativa entre la presencia de ITB alterado y la gravedad de las lesiones coronarias (p=0.0028). La sensibilidad del ITB fue del 28% y la especificidad del 92% en relación a las lesiones coronarias.

CONCLUSIONES: Existe una asociación entre el ITB patológico y la gravedad de las lesiones coronarias. El ITB presenta una baja sensibilidad y alta especificidad diagnóstica de lesión coronaria en nuestra muestra.

COMUNICACIÓN 037

PREDICTORES DEL GRADO DE EXTENSIÓN DE LA ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA EN PACIENTES INGRESADOS POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL ST EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS DE CARDIOLOGÍA

Autores: Frutos López M., Campos Pareja A., Mogollón Jiménez MV., Pérez de la Yglesia R., Romero Rodríguez N., Cabeza Letrán ML., Cayuela A., Sánchez González A.

C. Trabajo: Hospitales Universitarios Virgen del Rocío (Sevilla)

INTRODUCCIÓN: El grado de extensión de la enfermedad arterial coronaria (EAC) está directamente relacionado con el pronóstico de los pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCASEST). Su estimación en la fase inicial del mismo puede ayudar a decidir la estrategia de diagnóstico y tratamiento más adecuada en cada caso.

OBJETIVOS: determinar qué variables recogidas en la historia clínica inicial se relacionan con la extensión de la EAC en los pacientes con SCASEST.

MATERIAL Y MÉTODO: 169 pacientes ingresaron consecutivamente entre Noviembre de 2005 y Enero de 2007 por SCASEST en nuestra unidad de cuidados intermedios (UCINT). El 68% eran varones, el 66,3% hipertensos, el 43,4% diabéticos, el 16,6 tenían insuficiencia renal crónica y el 26,4% antecedentes de enfermedad arterial periférica. Se objetivaron cambios dinámicos en el ST $\geq 0,05$ mV en el 52,6% de los casos. El riesgo TIMI calculado al ingreso fue bajo (0-2) en el 18,4% de los casos, moderado (3-4) en el 51,8% y alto (5-7) en el 29,8%. Fue realizado cateterismo en el 88,7% de los pacientes. Se determinó si existía relación entre cada una de las 7 variables citadas de forma independiente, con el número de vasos afectados vistos en el cateterismo. Con aquellas en las que en el análisis inicial se objetivó una significación estadística (p<0,05) se realizó un análisis univariante de la Varianza. La escala de riesgo TIMI fue el único factor que de forma independiente se relacionaba de manera directa con la extensión de la EAC (número de vasos afectados) de forma significativa (p=0,031).

CONCLUSIONES: la escala de riesgo TIMI permite de forma sencilla estimar precozmente la extensión de la EAC, y a su vez el pronóstico, en pacientes ingresados con SCASEST. Esto permite identificar a los pacientes que inicialmente se pueden beneficiar de medidas terapéuticas más o menos agresivas.

COMUNICACIÓN 038

ANGIOPLASTIA DE RESCATE: EXPERIENCIA ACTUAL

Autores: Rafael García-Borbolla Fernández, Pedro Cabeza Lainez, Ernesto Marante Fuertes, German Calle Pérez, Ricardo de Zayas Rueda, Roque Arana Granada, Sergio Gamaza Chulian y Manuel Sancho Jaldón

C. Trabajo: Hospital Universitario Puerta del Mar

OBJETIVOS: A pesar del papel creciente de la angioplastia primaria en el infarto de miocardio con ascenso del segmento ST, la trombolisis sigue siendo la principal línea de terapia en un alto porcentaje en el mundo entero. Nuestro objetivo es evaluar el resultado angiográfico y el curso clínico de los pacientes que se someten a una angioplastia de rescate tras fibrinólisis fallida.

MÉTODOS: Analizamos 142 pacientes consecutivos (58±11 años, 81,1% hombres) admitidos en nuestro laboratorio de hemodinámica tras trombolisis fallida. Se le realizó angioplastia de rescate a todos los pacientes. El flujo post-trombolisis se determinó de acuerdo con la definición del grupo TIMI (Trombolysis in Myocardial Infarction).

RESULTADOS: La prevalencia de factores de riesgo fue similar a la de estudios previos. Se empleó como agente fibrinolítico el tenecteplase en el 89% de pacientes. La mayoría de los pacientes presentaban enfermedad de un único vaso (56%), fundamentalmente la descendente anterior (DA) (44,9%). Un 46% de pacientes procedían de otros hospitales. La localización del infarto fue en cara anterior en el 56,7%. Al inicio del procedimiento el 48,8% presentaban un flujo TIMI 0 mientras que tras el procedimiento se objetivó flujo TIMI 3 en el 86,5% de los pacientes. Se hizo revascularización completa en acto único en un 51% de los pacientes con lesión en dos o más vasos. El pico de CPK de 3535±2848, CPKMB de 349±280 y Troponina I de 65±58. La mortalidad intrahospitalaria fue del 7,1%, presentándose fundamentalmente en los pacientes en clase Killip 4. La mortalidad al año fue del 8,2%, relacionándose de manera significativa con el flujo inicial TIMI 0, flujo TIMI final 0 y Killip mayor de 2 al ingreso (p=0.012;p=0.001; p=0.001 respectivamente). Otros predictores de mortalidad fueron la DA como lesión culpable, sexo femenino e infarto de localización anterior.

CONCLUSIÓN: La angioplastia de rescate es la terapia de elección tras una trombolisis ineficaz. Existen una serie de predictores clínicos y hemodinámicos que debemos considerar (sexo femenino, IAM anterior, enfermedad DA, clase Killip, flujo TIMI) para agilizar y optimizar el tratamiento de reperusión que conducirá a un mejor pronóstico de estos enfermos.

**COMUNICACIÓN 039****PAPEL PRONÓSTICO DE LOS AUTOANTICUERPOS ANTI-LDL OXIDADA TRAS EL INTERVENCIÓNISMO CORONARIO PERCUTÁNEO**

Autores: Alejandro Pérez Cabeza, José Manuel García Pinilla, Julia Fernández Pastor, Manuel Jiménez Navarro, Lourdes Garrido Sánchez, Antonio Domínguez Franco, Juan Caballero Borrego, Antonio Linde Estrella, Inés Leruite Martín, Juan Alonso Briales, José María Hernández García, Francisco Tinahones, Eduardo de Teresa Galván
C. Trabajo: Hospital Universitario Virgen De La Victoria. Málaga

INTRODUCCIÓN: El estrés oxidativo se ha relacionado con el desarrollo y la evolución de la arteriosclerosis coronaria pero su papel pronóstico es más controvertido. La modificación de las LDL circulantes por agentes oxidantes da lugar a la formación de autoanticuerpos (IgG-anti-LDL-ox) cuya función es desconocida.

MÉTODOS: Estudio prospectivo de cohortes para determinar el pronóstico de una serie de 109 pacientes (p) consecutivos sometidos a intervenciónismo coronario percutáneo (ICP) en base a los niveles basales de IgG-anti-LDL-ox.

RESULTADOS: La edad media fue de 59 años, 87.2% varones. Tras un seguimiento medio de 12 meses (mediana 11 meses) el 14.1% presentó eventos cardiovasculares (ECV). En aquellos que presentaron ECV, los niveles medios de IgG-anti-LDL-ox fueron inferiores (densidad óptica [DO]: 0.07 ± 0.03 frente a 0.09 ± 0.04 , $p=0.05$). En el análisis multivariante mediante Regresión de Cox, los niveles de IgG-anti-LDL-ox se relacionaron de forma inversa con la aparición de ECV en el seguimiento (OR 0.57 IC 95% 0.32-0.99, $p=0.04$) tras ajustar por potenciales confusores: sexo femenino (OR 3.78 IC 95% 1.29-11.13, $p=0.015$), hemoglobina glicosilada (OR 1.66 IC 95% 1.04-2.65, $p=0.03$) y enfermedad multivasa (OR 3.42 IC 95% 1.13-10.37, $p=0.03$).

CONCLUSIONES: 1. Se objetivaron menores niveles de IgG-anti-LDL-ox en pacientes sometidos a ICP que presentaron ECV en el seguimiento. 2. Los niveles bajos de IgG-anti-LDL-ox se asociaron de forma independiente a un peor pronóstico en p sometidos a ICP.

COMUNICACIÓN 040**MODELO DE OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS Y PLANIFICACIÓN EFECTIVA DE CONSULTAS EXTERNAS DE CARDIOLOGÍA. EXPERIENCIA DE 4 AÑOS.**

Autores: Carmen Rus Mansilla, M^a del Mar Martínez Quesada, Gustavo Cortez Quiroga, Gracia López Moyano, Manuela Delgado Moreno.
C. Trabajo: Hospital Alto Guadalquivir, Andújar, Jaén.

INTRODUCCIÓN: La alta resolución es un modelo que consiste en la integración de la valoración clínica y la realización de pruebas complementarias (Pr) en una única consulta para evitar pruebas diagnósticas diferidas. Aplicamos el concepto de revisión en el día (RD) que es la realización de pruebas complementarias en la misma visita. La RD puede realizarse a pacientes que concurren por primera vez (PV) o en pacientes conocidos sujetos a revisiones o consultas sucesivas (CS). De las PV, aquéllas en las que llegamos a un diagnóstico e indicamos un tratamiento las denominamos consulta única (CU), **OBJETIVO:** Análisis del modelo de alta resolución en consultas externas de cardiología durante los años 2003-2004-2005-2006.

RESULTADOS: Se atendieron un total de 13794 pacientes, 13,89 pacientes/día (7,17 CS y 6,72 PV, de estos últimos 5,05 fueron CU), realizándose 28309 consultas, 27,03 consultas por día (6689 PV, 7105 CS, y 14515 RD). Se realizaron 14515 pruebas complementarias (8437 electrocardiogramas, 3900 Ecocardiografías, 692 ergometrías, 1429 Holters y 57 Tilt Tests). De éstas, el 51,22% en CU (1,48 Pr/paciente) y el 48,77% se realizaron en CS (0,80 Pr/paciente). De las PV, 5030 (75,19%) fueron CU. De no utilizar este modelo se hubieran requerido para completar las Pruebas 248,5 días más por año (994 días) para llegar a los diagnósticos, administrar los tratamientos y realizar las revisiones, o se hubieran necesitado el doble de los profesionales.

DISCUSIÓN: Este modelo disminuye la demora, la necesidad de desplazamiento del paciente y la incertidumbre generada por el retraso en el diagnóstico y tratamiento, y permite llegar al diagnóstico en la primera visita en un alto porcentaje de los pacientes. Es un modelo que se puede implementar en cardiología, ya que las pruebas no requieren una preparación específica y las pueden realizar los mismos profesionales que las solicitan.

COMUNICACIÓN 041**PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD CORONARIA DOCUMENTADA EN LOS PACIENTES QUE INICIAN DIÁLISIS E INCIDENCIA EN SU EVOLUCIÓN**

Autores: Eduardo Vázquez, Carmen Sánchez-Perales*, Juana López López, Cristóbal Lozano, Antonio Fajardo, Hipólito Pousibet, Ada Tarabini, Carlos Pagola
C. Trabajo: Servicios de Cardiología y *Nefrología. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén

La elevada frecuencia de enfermedad coronaria (EC) en los pacientes (p) en diálisis ha sido estimada >20%, si bien, su diagnóstico es difícil en estos enfermos, debido a la dificultad en la valoración de la sintomatología, del ECG y de los marcadores de daño miocárdico. Son escasos los estudios que han establecido la frecuencia de EC en esta población basándose en hallazgos objetivos.

OBJETIVO: Establecer la prevalencia de infarto de miocardio (IAM) o EC documentada en los pacientes que inician diálisis y su incidencia en la evolución.

MÉTODOS: Analizamos la prevalencia de cardiopatía isquémica, documentada por la presencia lesiones coronarias obstructivas y/o IAM, en los p que iniciaron diálisis entre 1/1/1999 y 31/12/2005. Realizamos seguimiento hasta salida de diálisis o cierre del estudio y valoramos la incidencia de nuevos casos.

RESULTADOS: 449 p (edad $64,4 \pm 16$ años; 55%, hombres) fueron incluidos. De ellos, 29 (6,5 %) tenían diagnóstico de EC al iniciar diálisis. Durante un seguimiento de $27,2 \pm 22$ meses (1017 p-año), 27 (6%) p presentaron nuevo evento o se documentó nueva EC (incidencia de 2,65/100 p-año). En el análisis multivariante el diagnóstico previo de EC, diabetes, y niveles elevados de colesterol y parathormona condicionaron la presentación de un nuevo IAM. En aquellos p sin diagnóstico de EC al inicio de diálisis (n=420), 18(4 %) presentaron la enfermedad (incidencia de 1,85 nuevos diagnósticos/100 p-año, persistiendo los niveles elevados de colesterol y parathormona como factores condicionantes de presentación de la enfermedad. De los 29 p con diagnóstico de EC al inicio de diálisis, 9 (31%) presentaron nuevo episodio o precisaron revascularización (incidencia de 18/100 p-año).

CONCLUSIONES: 1*) La prevalencia de EC en los p que inician diálisis es tres veces inferior a lo estimado cuando se exigen criterios diagnósticos objetivos. 2*) 2,65 de cada 100 p, cada año, presentaron un nuevo IAM o desarrollado la enfermedad. 3) Durante el seguimiento, uno de cada tres de los p con diagnóstico previo de EC presentaron nuevo IAM o requirieron revascularización, siendo inferior al 2% anual el desarrollo de EC en los que no tenían enfermedad documentada al inicio de diálisis.

COMUNICACIÓN 042**ESTUDIO DE DIFERENCIAS DE GÉNERO EN EL MANEJO INTRAHOSPITALARIO DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST.**

Autores: M.A. Ramírez Marrero, M. Jiménez Navarro, J.M. García Pinilla, J.J. Gómez Doblas, J.H. Alonso Briales, J.M. Hernández García, E. De Teresa Galván
C. Trabajo: Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga

INTRODUCCIÓN: Existe controversia sobre la existencia de un sesgo de género en el manejo del síndrome coronario agudo, así como en el manejo del síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST). Nuestro objetivo fue comparar los datos del manejo intrahospitalario del SCASEST en relación al sexo.

MATERIAL Y MÉTODO: Analizamos las características clínicas, tratamiento y realización de pruebas diagnósticas en 715 pacientes ingresados en nuestro hospital por SCASEST, desde Enero de 2004 a Diciembre de 2005.

RESULTADOS: El 31,9% (228 pacientes) eran mujeres, con una edad más avanzada ($70,5 \pm 9,9$ años vs. $64,2 \pm 11,3$ años, $p=0,0001$), más hipertensas (70,2% vs. 59,8%, $p=0,004$) y diabéticas (49,6% vs. 35,9%, $p=0,0001$). Presentaban con mayor frecuencia anemia (34,8% vs. 23,1%, $p=0,001$), mayor comorbilidad (índice de Charlson $2,64 \pm 2,3$ vs. $2,20 \pm 1,9$, $p=0,0001$) y mayor porcentaje de TIMI ≥ 3 (71,5% vs. 56,6%, $p=0,0001$). No encontramos diferencias significativas en los porcentajes de angina inestable ni IAM no Q en relación al sexo (73,7% vs. 73,3% $p=0,49$ y 25,9% vs. 25,7%, $p=0,51$), determinación de la función ventricular izquierda (84,6% vs. 85,2%, $p=0,9$) ni en la presencia de disfunción ventricular sistólica (26,8% vs. 25,2%, $p=0,36$). A las mujeres se les realizó menos ergometrías (11,1% vs. 19,4%, $p=0,03$), cateterismo cardiaco (66,2% vs. 74,5%, $p=0,01$) y angioplastia con implante de stent (53% vs. 62,5%, $p=0,028$). Las mujeres presentaron mayor porcentaje de coronarias normales (24,7% vs. 9,7%, $p=0,0001$) y enfermedad de 3 vasos (41,3% vs. 27,4%, $p=0,001$). Al alta, las mujeres recibieron menos clopidogrel (40,8% vs. 55,9%, $p=0,0001$) y betabloqueantes (73,2% vs. 80%, $p=0,03$) y más IECAs-ARA-II (72,8% vs. 54,3%, $p=0,0001$). En el análisis multivariado, el sexo femenino no fue predictor independiente para la realización de cateterismo cardiaco (OR 0,79, 0,53-1,19, $p=0,26$), aunque sí para la realización de angioplastia coronaria (OR 0,58, 0,38-0,9, $p=0,01$).

CONCLUSIONES: 1. Existen diferencias globales en el manejo diagnóstico y terapéutico de pacientes ingresados por SCASEST en relación al género. 2. Estas diferencias desaparecen al incluir en el análisis factores que pudieran justificarlas



COMUNICACIÓN 043

SUPERVIVENCIA A 6 AÑOS DE UN GRUPO DE PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO IDENTIFICADOS CON ARREGLO A LA NUEVA DEFINICIÓN.

Autores: Antonio Fajardo Pineda, Juana López López, Cristóbal Lozano Cabezas, Manuel Guzmán Herrera, Hipólito Pousibet Sanfeliú, Juan Bautista Armenteros Lechuga, Eduardo Vázquez Ruiz de Castoviejo, Carlos Pagola Vilardebó.

C. Trabajo: Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén.

La definición de IAM publicada a finales del 2000 implicaba que ciertos pacientes, que se diagnosticaban de angina inestable (AI), pasarían a engrosar el número de pacientes con IAM. Está por determinar si este grupo tiene un pronóstico distinto del resto de pacientes con AI de los que se segregarán.

OBJETIVO: Estudio de supervivencia de este grupo de IAM comparado con el de AI del que se segregan.

MÉTODO: Seguimiento a 6 años de 80 pacientes dados de alta con diagnóstico de AI (antes de ser publicada nueva definición de IAM), redefinido a IAM ó AI con arreglo a la nueva definición.

RESULTADOS: 14 pacientes (17,5%) diagnosticados de AI tenían criterio de IAM y 66 (82,5%) seguían como AI (sin diferencias significativas en edad y factores de riesgo). Mortalidad a 3 años: Grupo IAM: 7 (50%) vs 12 (18,2%) del grupo AI (p 0,011) Mortalidad a 6 años: Grupo IAM: 8 (57,1%) vs 21 (31,8%) del grupo AI (p 0,07) Se muestra la curva de Kaplan-Meier de supervivencia actuarial a 6 años.

CONCLUSIONES: 1) La mortalidad de los pacientes que con la nueva definición de IAM se segregan del grupo de AI es mayor. 2) La nueva definición de IAM identifica a un grupo con peor pronóstico que el resto de pacientes de AI del que antes formaban parte.

COMUNICACIÓN 044

PREDICTORES DE ÉXITO EN LA ANGIOPLASTIA DE OCLUSIONES CORONARIAS CRÓNICAS: VALOR DE LAS NUEVAS GUÍAS DE OCLUSIÓN COMPLETA

Autores: R. Lázaro, M. Gómez Recio, R. Fajardo, M. Vida, C. Gómez Navarro

C. Trabajo: Complejo Hospitalario Torrecárdenas de Almería

El tratamiento percutáneo de las oclusiones coronarias crónicas sigue constituyendo un reto debido a su frecuencia en la práctica clínica, consumo de tiempo y material en el laboratorio de hemodinámica, requerimientos técnicos del operador y, a pesar de todo ello, la baja tasa de éxito inicial y a medio plazo. Los nuevos dispositivos en el tratamiento de estas lesiones podrían mejorar estas tasas. Presentamos un análisis retrospectivo de 36 meses, en los que realizamos coronariografía a 3993 pacientes, encontrando 1399 oclusiones completas, que por análisis clínico y/o angiográfico documentado se definieron como crónicas (tiempo de oclusión mayor de 3 meses) en 696 pacientes. En 103 pacientes se consideró que existía indicación de tratamiento percutáneo. Se consideraron dos periodos a estudio: en el inicial (A) que incluye 42 pacientes se utilizaron guías convencionales y en el más reciente (B) con 61 p. se emplearon las nuevas guías de oclusión crónica de alto peso. De rutina el operador dispuso de balones coaxiales de bajo perfil y microcatéteres hidrofílicos. En todos los casos en los que se dilató la lesión se implantaron stents fármacoactivos. En caso necesario se usó atereotomía rotacional.

RESULTADOS: El éxito angiográfico se consiguió en 19 p. del grupo A (45,24%) y en 40 p. del grupo B (65,57%) (p<0,05). En un análisis multivariado los predictores de fracaso fueron la calcificación moderada o severa, la longitud de la lesión >15mm o no cuantificable, la enfermedad multivascular y la pertenencia al grupo A.

CONCLUSIONES: En el abordaje percutáneo de las oclusiones coronarias crónicas a pesar de la persistencia de un alto índice de fracaso y reestenosis, el uso de las nuevas guías de alta capacidad de penetración junto a balones coaxiales de muy bajo perfil y microcatéteres hidrofílicos mejora significativamente la tasa de éxito inicial.

COMUNICACIÓN 045

DISMINUCIÓN DE LA RESERVA FUNCIONAL EN PACIENTES HIPERTENSOS CON FUNCIÓN SISTÓLICA CONSERVADA

Autores: Félix Valencia. Fernando Cabrera. Juan José Gómez Doblaz. Isabel Rodríguez Bailón. Juan Caballero. Miguel A. Ramírez. Julia Fernández. Eduardo de Teresa.

C. Trabajo: Hospital Virgen de la Victoria, Málaga.

La presencia de un acortamiento miocárdico ajustado a post-carga deprimido en reposo (sc-MWS) se ha mostrado como parámetro útil en la valoración pronóstica de pacientes hipertensos. La presencia de una reserva funcional inadecuada se ha propuesto como posible explicación. Sin embargo los mecanismos que subyacen a la misma se desconocen. El objetivo del presente estudio fue establecer la respuesta contráctil durante el ejercicio y sus posibles determinantes en 55 pacientes hipertensos divididos en dos grupos en función del acortamiento mesocárdico en reposo: grupo I, n=41 pacientes con un sc-MWS normal en reposo y grupo II, n=14 pacientes con sc-MWS deprimido en reposo, y en 15 controles sanos. Los tres grupos demostraron una respuesta hemodinámica adecuada durante el ejercicio. La adaptación cardíaca al ejercicio fue diferente entre los grupos a pesar de que en todos se produjo un aumento significativo de la fracción de eyección. En los sujetos sanos y del grupo I la respuesta al esfuerzo se caracterizó por una caída de la post-carga, expresada como estrés circunferencial tele-sistólico (de 175,6±33,5 Kdynas/cm² a 155,3±35,5, p<0,05 en el grupo control y de 158,5±39,5 a 151,9±46,4 p=n.s. en el grupo I), así como con un aumento moderado de la precarga, expresada como volumen telediastólico. En los pacientes del grupo II no se produjeron cambios significativos en la postcarga (de 161,0±49,2 Kdynas/cm² a 164,0±39,8 p= n. s.) y el aumento del volumen sistólico durante el esfuerzo se relacionó principalmente con una dilatación ventricular excesiva durante el esfuerzo. A pesar de presentar tanto en reposo como en esfuerzo un sc-MWS deprimido los pacientes del grupo II mostraron un aumento significativo del mismo. El ejercicio desenmascará en los sujetos del grupo I un acortamiento miocárdico deprimido. La respuesta hemodinámica al ejercicio está conservada en los pacientes hipertensos sin insuficiencia cardíaca independientemente del sc-MWS en reposo. Sin embargo esta respuesta está relacionada con diferentes mecanismos. Por último, el ejercicio desenmascara la presencia de un miocardio disfuncionante en pacientes hipertensos.

COMUNICACIÓN 046

INFLUENCIA DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA MODERADA EN LA MORTALIDAD A LARGO PLAZO TRAS LA REVASCULARIZACIÓN DEL PACIENTE DIABÉTICO CON ENFERMEDAD CORONARIA MULTIVASO.

Autores: A.J. Domínguez Franco, AL. Linde estrella, M. Pérez Caravante, MF. Jiménez Navarro, JH. Alonso Briales, JM. Hernández García, E. Olalla Mercadé, E. de Teresa Galván.

C. Trabajo: Servicio de Cardiología y Servicio de Cirugía Cardíaca. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

INTRODUCCIÓN: Es conocido que los pacientes (p.) con insuficiencia renal crónica (IRC) presentan peor pronóstico tras la revascularización coronaria. La prevalencia de IRC en los pacientes con diabetes mellitus es alta y la influencia de un daño renal moderado (a menudo con cifras normales de creatinina) sobre la mortalidad a largo plazo tras revascularización no es bien conocido.

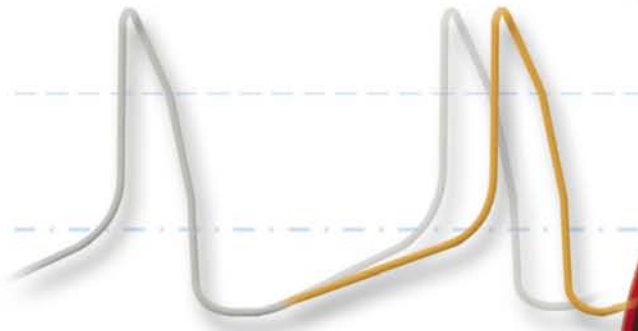
MÉTODOS: Analizamos 561 p. diabéticos consecutivos (2000-2004) con enfermedad coronaria multivascular (≥ 2 vasos con estenosis > 70%) en los que se realizó revascularización: ya fuese quirúrgica (CABG): 168 p. o percutánea (PCI): 393 p. (183 p. con stents convencionales/ 210 p. con stents recubiertos). La IRC fue definida mediante la fórmula MDRD modificada (Modification of Diet in Renal Disease) como una tasa de filtrado glomerular (TFG) <60 ml/min/1,73m² área de superficie corporal. Estudiamos la mortalidad cardíaca a 24 meses en función de la TFG.

RESULTADOS: Previa a la intervención 138 p. (24,6% del total) tenían IRC. Sólo el 51,4% (71/138) tenían una creatinina ≥1,3 mgr/dl. La edad media fue mayor en el grupo con IRC (70,8 vs 64,7; p<0,001). Hubo más mujeres (50,7% vs 28,8%; p<0,001), una tendencia a más hipertensión arterial (65,9% vs 57,4%; p=0,07), más antecedentes de arteriopatía periférica (18,11% vs 11,1%; p=0,01), accidente cerebrovascular (14,5% vs 7,3%; p=0,01) e insuficiencia cardíaca congestiva (23,9% vs 12,5%; p=0,001) en el grupo IRC. Existió más disfunción ventricular izquierda significativa (FEVI≤ 45%): 36,8% vs 27,5% (p=0,04) y enfermedad de triple vaso (64,5% vs 54,4%; p=0,03) en el grupo IRC. Se alcanzó una revascularización completa en el 23,2% de los p. con IRC frente al 37,1% de los p. sin IRC (p=0,003). La mortalidad cardíaca a 24 meses de seguimiento fue del 9,7% en el total de los p. sin diferencias en el tipo de revascularización (percutánea o quirúrgica). Los p. con IRC tuvieron una mortalidad del 21,8% vs 5,6% en los p. sin IRC (p<0,0001). En el análisis multivariado de regresión de Cox, fueron predictores independientes de mortalidad: la presencia de disfunción ventricular (LVEF≤ 45%); (HR 2,4 CI 95%: 1,31-4,54; p=0,005), insuficiencia cardíaca; (HR 2,1 CI 95%: 1,14-3,87; p=0,017), IRC; (HR 1,8 CI 95%: 1,03-3,41; p=0,03) y la edad; (HR 1,06 CI 95%: 1,02-1,11; p=0,004).

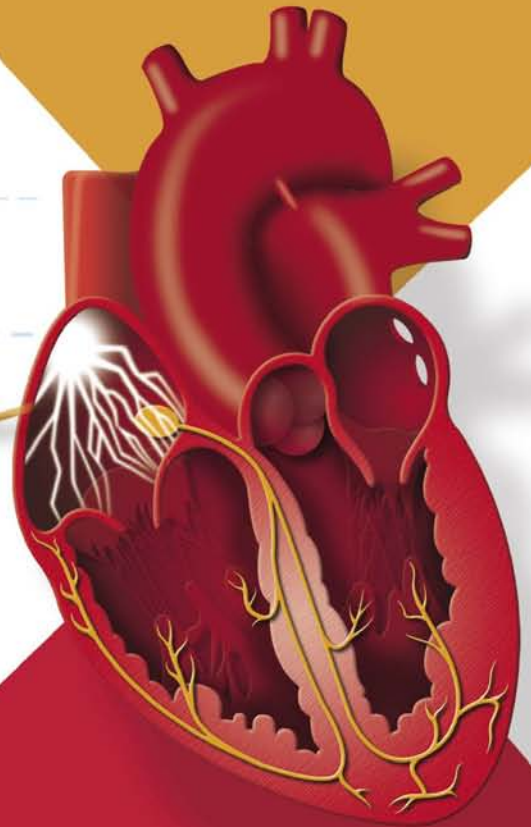
CONCLUSIONES: 1. La IRC estaría infradiagnosticada atendiendo a las cifras de creatinina en nuestra población diabética con enfermedad coronaria multivascular. 2. La IRC, disfunción ventricular, la presencia de insuficiencia cardíaca y la edad fueron predictores independientes de mortalidad a largo tras la revascularización coronaria.

NUEVO en
ANGINA ESTABLE

Laboratorios Servier
innova con...



...el PRIMER y ÚNICO
fármaco que reduce
exclusivamente la
FRECUENCIA CARDÍACA



Procoralan®

Ivabradina Primer inhibidor I_f

La frecuencia Cardíaca
BAJO CONTROL



1. DENOMINACIÓN DEL MEDICAMENTO. Procortalan 5 mg y 7,5 mg comprimidos recubiertos con película.

2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA. Procortalan 5 mg Un comprimido recubierto con película contiene 5 mg de ivabradina (equivalentes a 5,390 mg de ivabradina clorhidrato). Procortalan 7,5 mg Un comprimido recubierto con película contiene 7,5 mg de ivabradina (equivalentes a 8,085 mg de ivabradina clorhidrato). Lista de excipientes, ver epígrafe 6.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA.** Comprimido recubierto con película. Procortalan 5 mg comprimido recubierto con película, de color salmón, oblongo, ranurado por ambos lados, grabado con "5" en una cara y el logo de Servier en la otra. Procortalan 7,5 mg comprimido recubierto con película, de color salmón, triangular, grabado con "7,5" en una cara y el logo de Servier en la otra. **4. DATOS CLÍNICOS 4.1 Indicaciones terapéuticas.** Tratamiento sintomático de la angina de pecho estable crónica en pacientes con ritmo sinusal normal, que presentan una contraindicación o intolerancia a los beta-bloqueantes. **4.2 Posología y forma de administración.** Para las diferentes dosificaciones se encuentran disponibles comprimidos recubiertos con película que contienen 5 mg y 7,5 mg de ivabradina. Habitualmente, la dosis inicial recomendada de ivabradina es de 5 mg dos veces al día. Después de tres a cuatro semanas de tratamiento, la dosis se puede incrementar a 7,5 mg dos veces al día en función de la respuesta terapéutica. Si, durante el tratamiento, la frecuencia cardíaca disminuye de forma persistente por debajo de 50 latidos por minuto (lpm) en reposo o el paciente presenta síntomas relacionados con la bradicardia, tales como mareos, fatiga o hipotensión, la dosis se reducirá progresivamente hasta incluso 2,5 mg dos veces al día (medio comprimido de 5 mg dos veces al día). El tratamiento se suspenderá si la frecuencia cardíaca sigue manteniéndose por debajo de 50 lpm o persisten los síntomas de bradicardia (ver epígrafe 4.4). Los comprimidos deben administrarse por vía oral, dos veces al día, es decir, por la mañana y por la noche, con el desayuno y la cena, respectivamente (ver epígrafe 5.2). Ancianos. Dado que ivabradina se ha estudiado en un número limitado de pacientes de 75 años o más, se considerará una dosis inicial más baja en este tipo de pacientes (2,5 mg dos veces al día, es decir, medio comprimido de 5 mg dos veces al día), antes de aumentar la dosis si fuera necesario. Insuficiencia renal. Los pacientes con insuficiencia renal y un aclaramiento de creatinina mayor de 15 ml/min no precisan ningún ajuste posológico (ver epígrafe 5.2). No existen datos en pacientes con un aclaramiento de creatinina menor de 15 ml/min. Por tanto, la ivabradina debe utilizarse con precaución en esta población. Insuficiencia hepática. No se requiere un ajuste de dosis en pacientes con insuficiencia hepática leve. Se recomienda usar ivabradina con precaución en pacientes con insuficiencia hepática moderada. Ivabradina está contraindicada en pacientes con insuficiencia hepática grave, puesto que no ha sido estudiada en esta población, y se prevé un gran incremento en la exposición sistémica (ver epígrafes 4.3 y 5.2). Niños y adolescentes. Procortalan no está recomendado en niños ni adolescentes, ya que la eficacia y la seguridad de ivabradina no se han investigado en estas poblaciones. **4.3 Contraindicaciones.** Hipersensibilidad a la ivabradina o a alguno de sus excipientes (ver epígrafe 6.1) Frecuencia cardíaca en reposo inferior a 60 latidos por minuto antes del tratamiento, Shock cardiogénico, Infarto agudo de miocardio, Hipotensión grave (< 90/50 mmHg), Insuficiencia hepática grave, Enfermedad del nodo sinusal, Bloqueo sinoauricular, Pacientes con insuficiencia cardíaca de clase III-IV según la NYHA debido a falta de datos, Dependencia del marcapasos, Angina inestable, Bloqueo A-V de 3er grado, Combinación con inhibidores potentes del citocromo P450 3A4 tales como antifúngicos azólicos (ketoconazol, itraconazol), antibióticos macrólidos (claritromicina, eritromicina por vía oral, josamicina, telitromicina), inhibidores de la proteasa del VIH (nelfinavir, ritonavir) y nefazodona (ver epígrafes 4.5 y 5.2), Embarazo y lactancia (ver epígrafe 4.6). **4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo.** Advertencias especiales Arritmias cardíacas. La ivabradina no es eficaz en el tratamiento o la prevención de arritmias cardíacas y probablemente pierde su eficacia cuando aparece una taquiarritmia (ej. taquicardia ventricular o supraventricular). Por tanto, la ivabradina no se recomienda en pacientes con fibrilación auricular u otras arritmias cardíacas que interfieren con la función del nodo sinusal. Se recomienda una monitorización clínica regular de los pacientes tratados con ivabradina para detectar la aparición de fibrilación auricular (sostenida o paroxística), que debería también incluir monitorización electrocardiográfica si está indicado clínicamente (ej. en caso de angina exacerbada, palpitations, pulso irregular). Uso en pacientes con bloqueo A-V de 2º grado. Ivabradina no está recomendada en pacientes con bloqueo A-V de 2º grado. Uso en pacientes con una frecuencia cardíaca baja. No se debe iniciar el tratamiento con ivabradina en pacientes con una frecuencia cardíaca en reposo previa al tratamiento inferior a 60 latidos por minuto (ver epígrafe 4.3). Si, durante el tratamiento, la frecuencia cardíaca en reposo disminuye de forma persistente por debajo de 50 latidos por minuto o el paciente presenta síntomas relacionados con la bradicardia, tales como mareos, fatiga o hipotensión, se reducirá progresivamente la dosis o se suspenderá el tratamiento si la frecuencia cardíaca sigue manteniéndose por debajo de 50 lpm o persisten los síntomas de bradicardia (ver epígrafe 4.2). Combinación con otros tratamientos antianginosos. No se recomienda el uso concomitante de ivabradina con antagonistas del calcio reductores de la frecuencia cardíaca tales como verapamilo o diltiazem (ver epígrafe 4.5). No se han observado problemas de seguridad al combinar la ivabradina con los nitratos y con los antagonistas del calcio derivados de la dihidropiridina tales como amlodipino. No se ha establecido una eficacia adicional de ivabradina en asociación con los antagonistas del calcio derivados de la dihidropiridina (ver epígrafe 5.1). Insuficiencia cardíaca crónica. Antes de considerar el tratamiento con ivabradina hay que controlar adecuadamente la insuficiencia cardíaca. El uso de ivabradina está contraindicado en pacientes con insuficiencia cardíaca de clase III-IV según la NYHA debido a una falta de datos sobre la eficacia clínica y la seguridad (ver epígrafe 4.3). Es necesario tener precaución en pacientes con disfunción ventricular izquierda asintomática, así como en pacientes con insuficiencia cardíaca de clase II según la NYHA debido al número limitado de pacientes estudiados. Ictus. No se recomienda el uso de ivabradina inmediatamente después de un ictus, puesto que no se dispone de datos en estas situaciones. Función visual. Ivabradina influye sobre la función retiniana (ver epígrafe 5.1). Hasta la fecha, no existe evidencia de un efecto tóxico de la ivabradina sobre la retina, pero los efectos a largo plazo sobre la función retiniana del tratamiento con ivabradina durante más de un año no se conocen actualmente. Se considerará la suspensión del tratamiento si aparece un deterioro inesperado de la función visual. Se tendrá precaución en pacientes con retinitis pigmentosa. Excipientes. Como los comprimidos contienen lactosa, los pacientes con problemas hereditarios raros de intolerancia a la galactosa, deficiencia de Lapp lactasa o malabsorción de glucosa-galactosa no deben tomar este medicamento. Precauciones de uso. Pacientes con hipotensión. Se dispone de datos limitados en pacientes con hipotensión leve o moderada, y por tanto la ivabradina debe usarse con precaución en estos pacientes. Ivabradina está contraindicada en pacientes con hipotensión grave (presión arterial < 90/50 mmHg) (ver epígrafe 4.3). Fibrilación auricular - Arritmias cardíacas. No existe evidencia de riesgo de bradicardia (excesiva) al restablecerse el ritmo sinusal cuando se inicia una cardioversión farmacológica en pacientes tratados con ivabradina. Sin embargo, al no disponer de datos suficientes, la cardioversión con corriente continua de carácter no urgente deberá considerarse 24 horas después de la última dosis de ivabradina. Uso en pacientes con síndrome congénito de alargamiento del intervalo QT o tratados con medicamentos que prolongan el intervalo QT. Debe evitarse el uso de ivabradina en pacientes con síndrome congénito de alargamiento del intervalo QT o tratados con medicamentos que prolongan dicho intervalo (ver epígrafe 4.5). Si fuera necesaria la asociación terapéutica, se requerirá una cuidadosa monitorización cardíaca. Uso en pacientes con insuficiencia hepática moderada. Se recomienda usar ivabradina con precaución en pacientes con insuficiencia hepática moderada (ver epígrafe 4.2). Uso en pacientes con insuficiencia renal grave. Se recomienda usar ivabradina con precaución en pacientes con insuficiencia renal grave (aclaramiento de creatinina < 15 ml/min) (ver epígrafe 4.2). **4.5 Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción.** Interacciones farmacodinámicas Uso concomitante no recomendado. Medicamentos que prolongan el intervalo QT Medicamentos cardiovasculares que prolongan el intervalo QT (ej. quinidina, disopiramide, bepridil, sotalol, ibutilida, amiodarona). Medicamentos no cardiovasculares que prolongan el intervalo QT (ej. pimozida, ziprasidona, sertindol, mefloquina, halofantrina, pentamida, cisaprida, eritromicina IV). Debe evitarse el uso concomitante de ivabradina con medicamentos cardiovasculares y no cardiovasculares que prolongan el intervalo QT, puesto que el alargamiento del intervalo QT podría exacerbarse con el descenso de la frecuencia cardíaca. Si fuera necesaria la asociación, se requerirá una cuidadosa monitorización cardíaca (ver epígrafe 4.4). Interacciones farmacocinéticas. Citocromo P450 3A4 (CYP3A4) Ivabradina se metaboliza únicamente por el CYP3A4 y es un inhibidor muy débil de este citocromo. Se ha demostrado que ivabradina no influye en el metabolismo ni en las concentraciones plasmáticas de otros sustratos del CYP3A4 (inhibidores leves, moderados y potentes). Los inhibidores e inductores del CYP3A4 pueden interactuar con la ivabradina e influir en su metabolismo y farmacocinética en un grado clínicamente significativo. En los estudios de interacción con otros medicamentos se ha comprobado que los inhibidores del CYP3A4 aumentan las concentraciones plasmáticas de ivabradina, mientras que los inductores las disminuyen. Las concentraciones plasmáticas elevadas de ivabradina pueden estar asociadas con el riesgo de bradicardia excesiva (ver epígrafe 4.4). Contraindicación del uso concomitante. El uso concomitante de inhibidores potentes del CYP3A4 tales como antifúngicos azólicos (ketoconazol, itraconazol), antibióticos macrólidos (claritromicina, eritromicina por vía oral, josamicina, telitromicina), inhibidores de la proteasa del VIH (nelfinavir, ritonavir) y nefazodona está contraindicado (ver epígrafe 4.3). Los inhibidores potentes del CYP3A4 ketoconazol (200 mg una vez al día) y josamicina (1 g dos veces al día) aumentaron la exposición plasmática media de ivabradina de 7 a 8 veces. Uso concomitante no recomendado. Inhibidores moderados del CYP3A4: estudios específicos de interacción en voluntarios sanos y pacientes han demostrado que la asociación de ivabradina con los fármacos reductores de la frecuencia cardíaca diltiazem o verapamilo produjo un aumento de la exposición a la ivabradina (incremento de la AUC de 2 a 3 veces) y un descenso adicional de la frecuencia cardíaca de 5 lpm. No se

recomienda el uso concomitante de ivabradina con estos medicamentos (ver epígrafe 4.4). Uso concomitante con precauciones. Inhibidores moderados del CYP3A4: el uso concomitante de ivabradina con otros inhibidores moderados del CYP3A4 (ej. flucanazol) puede plantearse a la dosis inicial de 2,5 mg dos veces al día, siempre que la frecuencia cardíaca en reposo sea superior a 60 lpm y con monitorización de la frecuencia cardíaca. Zumo de pomelo: la exposición a la ivabradina se duplicó tras la coadministración de zumo de pomelo. Por tanto, se restringirá la ingesta de zumo de pomelo durante el tratamiento con ivabradina. Inductores del CYP3A4: los inductores del CYP3A4 (ej. rifampicina, barbitúricos, fenitoína, Hypericum perforatum [hierba de San Juan]) pueden reducir la exposición y la actividad de la ivabradina. El uso concomitante de medicamentos inductores del CYP3A4 puede requerir un ajuste de la dosis de ivabradina. Se observó que la asociación de ivabradina a la dosis de 10 mg dos veces al día, con la hierba de San Juan reducía a la mitad el AUC de ivabradina. Deberá restringirse la ingesta de hierba de San Juan durante el tratamiento con ivabradina. Otros usos concomitantes. En estudios específicos de interacción con otros medicamentos no se ha hallado ningún efecto clínicamente significativo de los siguientes medicamentos sobre la farmacocinética ni sobre la farmacodinamia de la ivabradina: inhibidores de la bomba de protones (omeprazol, lansoprazol), sildenafil, inhibidores de la HMG CoA reductasa (simvastatina), antagonistas del calcio derivados de la dihidropiridina (amlodipino, lacidipino), digoxina y warfarina. Además, no hubo ningún efecto clínicamente significativo de la ivabradina sobre la farmacocinética de simvastatina, amlodipino, lacidipino, ni sobre la farmacocinética y farmacodinamia de digoxina, warfarina, ni sobre la farmacodinamia del ácido acetilsalicílico. En los ensayos clínicos principales de fase III no se restringió ninguno de los siguientes medicamentos y por tanto se combinaron de forma rutinaria con la ivabradina sin evidencia de problemas de seguridad: inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina, antagonistas de la angiotensina II, diuréticos, nitratos de acción corta y prolongada, inhibidores de la HMG CoA reductasa, fibratos, inhibidores de la bomba de protones, antiabéticos orales, ácido acetilsalicílico y otros antiagregantes plaquetarios. **4.6 Embarazo y lactancia.** No existen datos suficientes sobre la utilización de la ivabradina en mujeres embarazadas. En los estudios de reproducción animal se han observado efectos embriotóxicos y teratogénos (ver epígrafe 5.3). Se desconoce el riesgo potencial en humanos. Por tanto, ivabradina está contraindicada durante el embarazo. Los estudios en animales muestran que la ivabradina se excreta en la leche materna. Así pues, ivabradina está contraindicada en mujeres en periodo de lactancia. **4.7 Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas.** Se ha realizado un estudio específico en voluntarios sanos para evaluar la posible influencia de ivabradina sobre la capacidad para conducir, en el que no se evidenció ninguna alteración de la capacidad para conducir. Ivabradina no influye sobre la capacidad para conducir y usar maquinaria. Sin embargo, la ivabradina puede producir fenómenos luminosos pasajeros, que consisten fundamentalmente en fosfenos (ver epígrafe 4.8). La posible aparición de dichos fenómenos luminosos se tendrá en cuenta a la hora de conducir vehículos o utilizar maquinaria en situaciones donde pueden producirse cambios repentinos en la intensidad de la luz, especialmente cuando se conduce de noche. **4.8 Reacciones adversas.** Procortalan se ha estudiado en ensayos clínicos en los que han intervenido cerca de 5.000 participantes. En los estudios de fase III-II aproximadamente 2.900 pacientes fueron tratados con ivabradina. Las reacciones adversas más frecuentes con la ivabradina son dosis dependiente y están relacionadas con el efecto farmacológico del medicamento. Las siguientes reacciones o acontecimientos adversos han sido notificados durante los ensayos clínicos: Trastornos oculares: Muy frecuentes (>1/10) Fenómenos luminosos (fosfenos): notificados por el 14,5% de los pacientes, descritos como un aumento pasajero de la luminosidad en un área limitada del campo visual. Normalmente se desencadenan por variaciones bruscas de la intensidad luminosa. Los fosfenos empiezan, generalmente, durante los dos primeros meses de tratamiento y después pueden repetirse. Los fosfenos fueron notificados generalmente como de intensidad leve a moderada. Todos los fosfenos remitieron durante o después del tratamiento; de los cuales una mayoría (77,5%) remitió durante el tratamiento. Menos del 1% de los pacientes modificó su rutina diaria o suspendió el tratamiento debido a los fosfenos. Frecuentes (>1/100; <1/10) Visión borrosa. Trastornos cardiovasculares: Frecuentes (>1/100; <1/10) Bradicardia: 3,3% de los pacientes, principalmente durante los 2-3 primeros meses de tratamiento. 0,5% de los pacientes experimentó una bradicardia intensa igual o inferior a 40 lpm. Bloqueo A-V de 1er grado. Extrasístoles ventriculares. Poco frecuentes (>1/1000; <1/100). Palpitaciones, extrasístoles supraventriculares. Los siguientes acontecimientos notificados durante los ensayos clínicos tuvieron una incidencia similar a los comparadores y/o estaban posiblemente relacionados con la enfermedad subyacente: arritmia sinusal, angina inestable, angina de pecho agravada, fibrilación auricular, isquemia miocárdica, infarto de miocardio y taquicardia ventricular. Trastornos gastrointestinales: Poco frecuentes (>1/1000; <1/100). Náuseas. Estreñimiento. Diarrea. Trastornos generales: Frecuentes (>1/100; <1/10) Cefaleas, generalmente durante el primer mes de tratamiento. Mareos, posiblemente relacionados con la bradicardia. Poco frecuentes (>1/1000; <1/100) Vértigo. Deseño. Cambios musculares. Exploraciones complementarias: Poco frecuentes (>1/1000; <1/100). Hiperuricemia. Eosinofilia. Creatinina elevada en sangre. **4.9 Sobredosis.** La sobredosis puede motivar una bradicardia intensa y prolongada (ver epígrafe 4.8). La bradicardia intensa requiere tratamiento sintomático en un entorno especializado. En caso de bradicardia con escasa tolerancia hemodinámica, se planteará el tratamiento sintomático, incluyendo agentes beta-estimulantes por vía intravenosa, tales como la isoprenalina. Si fuera necesario, se procederá a la estimulación eléctrica cardíaca temporal. **5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS. 5.1 Propiedades farmacodinámicas.** Grupo farmacoterapéutico: Otros preparados para el corazón, código ATC: C01EB17. Ivabradina es un fármaco que reduce de manera exclusiva la frecuencia cardíaca, actuando mediante la inhibición selectiva y específica de la corriente If del marcapasos cardíaco que controla la despolarización diastólica espontánea en el nodo sinusal y regula la frecuencia cardíaca. El descenso de la frecuencia cardíaca, a las dosis usuales recomendadas, es de aproximadamente 10 lpm en reposo y durante el esfuerzo. Esto conlleva una reducción del trabajo cardíaco y del consumo miocárdico de oxígeno. Ivabradina no altera la conducción intracardiaca, la contractilidad (carece de efecto inotrope negativo) ni la repolarización ventricular: en los estudios de electrofisiología clínica, la ivabradina no modificó los tiempos de conducción auriculoventricular, intraventricular, ni los intervalos QT corregidos; la ivabradina no causó ningún efecto nocivo sobre la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) en pacientes con disfunción ventricular izquierda (FEVI del 30% al 45%). La eficacia antianginosa y antiisquémica de Procortalan ha sido estudiada en cuatro ensayos aleatorizados, de carácter doble ciego (dos controlados con placebo y otros dos con atenolol y amlodipino, respectivamente). Estos ensayos incluyeron un total de 3.222 pacientes con angina de pecho estable crónica, de los cuales 2.168 recibieron ivabradina. Ivabradina 5 mg dos veces al día, mostró ser eficaz sobre los parámetros de la prueba de esfuerzo al cabo de 3 a 4 semanas de tratamiento. La eficacia se confirmó con la dosis de 7,5 mg dos veces al día. En concreto, el beneficio adicional sobre 5 mg dos veces al día, se demostró en un estudio controlado con un producto de referencia, el atenolol: la duración total del ejercicio en el valle se incrementó en aproximadamente 1 minuto después de un mes de tratamiento con 5 mg dos veces al día, y mejoró en aproximadamente 25 segundos más tras un trimestre adicional, en el que se ajustó obligatoriamente la dosis hasta 7,5 mg dos veces al día. En este estudio, se confirmaron los efectos antianginosos y antiisquémicos beneficiosos de la ivabradina en pacientes de 65 años o más. La eficacia de las dosis de 5 y 7,5 mg administradas dos veces al día, resultó uniforme a lo largo de los estudios sobre los parámetros de la prueba de esfuerzo (duración total del ejercicio, tiempo hasta la angina limitante, tiempo hasta el inicio de la angina y tiempo hasta la depresión de 1 mm del segmento ST) y se asoció con un descenso de aproximadamente un 70% en la frecuencia de los episodios de angina. La pauta posológica de la ivabradina, basada en dos tomas diarias, proporcionó una eficacia uniforme durante las 24 horas. La eficacia de ivabradina se mantuvo íntegra a lo largo de los periodos de tratamiento de 3 ó 4 meses en los ensayos de eficacia. No hubo indicios de desarrollo de tolerancia farmacológica (pérdida de eficacia) durante el tratamiento, ni de efecto rebote tras la suspensión brusca del mismo. Los efectos antianginosos y antiisquémicos de la ivabradina se asociaron con reducciones dosis dependiente de la frecuencia cardíaca y con una disminución significativa del doble producto (frecuencia cardíaca x presión arterial sistólica), tanto en reposo como durante el ejercicio. Los efectos sobre la presión arterial y la resistencia vascular periférica fueron leves y sin relevancia clínica. Se demostró una reducción sostenida de la frecuencia cardíaca en pacientes tratados con ivabradina durante al menos un año (n = 713). No se observó ninguna influencia sobre el metabolismo de la glucosa o de los lípidos. La eficacia antianginosa y antiisquémica de la ivabradina se mantuvo en los pacientes diabéticos (n = 457) con un perfil de seguridad similar al de la población general. **6. DATOS FARMACÉUTICOS. 6.1 Lista de excipientes.** Núcleo: Lactosa monohidratada, Estearato de magnesio (E 470 B), Almidón de maíz, Maltodextrina, Silice coloidal anhidra (E 551). Película de recubrimiento: Hipromelosa (E 464), Dióxido de titanio (E 171), Macrogol 6000, Glicerol (E 422), Estearato de magnesio (E 470 B), Óxido de hierro amarillo (E 172), Óxido de hierro rojo (E 172). **6.2 Incompatibilidades.** No aplicable. **6.3 Periodo de validez.** 3 años. **6.4 Precauciones especiales de conservación.** No requiere condiciones especiales de conservación. **6.5 Naturaleza y contenido del recipiente.** Blisters de aluminio/PVC, envasado en cajas de cartón. Presentaciones. Envases calendario con 14, 28, 56, 84, 98, 100 ó 112 comprimidos recubiertos con película. Posible comercialización solamente de algunos tamaños de envases. **6.6 Instrucciones de uso y manipulación.** Ninguna especial. **7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** Les Laboratoires Servier, 22 rue Garnier, 92200 Neuilly sur Seine, Francia. **8. REGIMEN DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN POR EL SNS.** Con receta médica. Financiado por la Seguridad Social. Aportación normal. **9. PRESENTACIÓN Y P.V.P. IVA.** PROCORALAN 5 mg Caja con 56 comprimidos, 70,40 €. PROCORALAN 7,5 mg Caja con 56 comprimidos, 72,12 €. **10. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN:** Octubre 2005.

**COMUNICACIÓN 047****PRONÓSTICO A LARGO PLAZO EN UNA POBLACIÓN NO SELECCIONADA DE PACIENTES DIABÉTICOS TRATADOS CON STENT FARMACOACTIVO.**

Autores: AJ Domínguez Franco, AJ Muñoz García, M Pérez Caravante, JH Alonso Briales, MF Jiménez Navarro, JM Hernández García, E de Teresa Galván.

C. Trabajo: Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

INTRODUCCIÓN: Los stents farmacoactivos han demostrado reducir la reestenosis en diferentes escenarios y fundamentalmente en poblaciones de alto riesgo como los pacientes (p.) diabéticos. Recientemente se han comunicado dudas sobre su seguridad a largo plazo, debido a una mayor tasa de trombosis tardía y una posible mayor morbimortalidad en especial en el subgrupo de diabéticos.

MÉTODOS: Analizamos 655 p. diabéticos consecutivos (1999-2004) en los que se realizó revascularización percutánea: 335 p. con stent convencional (BMS) y 320 p. con stent farmacoactivo (DES): (154 p. con stent de rapamicina y 166 p. con stent de paclitaxel). Se recomendó un régimen de doble antiagregación (aspirina y clopidogrel) 3 meses (m) tras el implante del stent de rapamicina y 6 m. tras el de paclitaxel. Estudiamos los eventos cardiovasculares mayores (muerte cardíaca, infarto no fatal, necesidad de revascularización) atendiendo a la secuencia temporal, según ocurrieran en los primeros 6 m o entre los 6-24 m.

RESULTADOS: No hubo diferencias en edad (media 65,2 a.), sexo (35,1% de mujeres) o factores de riesgo cardiovascular. Existió una tendencia a mayor p. insulino dependientes en el grupo DES (40,3% vs 33,7%; p=0,08). El 83% de las intervenciones se produjeron durante un ingreso por síndrome coronario agudo. El 23,5% presentaban disfunción ventricular izquierda significativa (FEVI \leq 45%) y el 68,1% tenían enfermedad coronaria multivasa, alcanzándose revascularización completa en el 49,2% (p=ns). El grupo DES presentó más lesiones complejas (B2/C): 80,9% vs 68,1%; p<0,001, mayor longitud de lesión (mm): 18,1 vs 13,5; p<0,001 y más uso de abciximab: 70,9% vs 60,3%; p=0,004. En los 6 primeros meses la mortalidad fue del 3% en el grupo DES vs 6,4% en el BMS (p=0,054), el infarto fue del 2,7% vs 4,4% (p=0,27) y la necesidad de revascularización fue: 4% vs 10,4% (p=0,003), a expensas de reducir la revascularización de la lesión tratada (2% vs 8,7%). Analizando los eventos entre 6-24 meses, la mortalidad fue 4,7% con DES vs 3,3% con BMS (p=0,39), el infarto de miocardio no fatal fue del 4% en DES vs 4,1% con BMS y la necesidad de revascularización fue del 10,5% con DES vs 11,4% con BMS, persistiendo una menor necesidad de revascularizar la lesión tratada en el grupo DES (1,8% vs 8,1%; p<0,001).

CONCLUSIONES: 1. En los 6 primeros meses los DES ofrecen una tendencia a menor mortalidad e infarto y una menor necesidad de revascularización con respecto a los BMS en nuestra población diabética. 2. En el seguimiento a largo plazo y tras el cese de la doble antiagregación plaquetaria (6-24 m), existe una tendencia a atenuarse dicho beneficio, sin incrementar la muerte o el infarto.

COMUNICACIÓN 048**CIERRE PERCUTÁNEO DE LEAKS PERIPROTÉSICOS MITRALES: ¿LA ALTERNATIVA A UNA CIRUGÍA DE ALTO RIESGO?**

Autores: Rafael García-Borboilla Fernández, German Calle Pérez, Ricardo de Zayas Rueda, Roque Arana Granada, Ernesto Marante Fuertes, Pedro Cabeza Láinez, Antonio Gómez Menchero y Manuel Sancho Jaldón

C. Trabajo: Hospital Universitario Puerta del Mar

INTRODUCCIÓN: La insuficiencia mitral periprotésica secundaria a la presencia de leaks perivalvulares es una complicación de la cirugía de reemplazo valvular mitral. La mayoría son asintomáticos, pero en muchos casos, la severidad de la insuficiencia o la presencia de hemólisis pueden causar síntomas severos. El tratamiento quirúrgico en algunos de estos pacientes conlleva una gran morbimortalidad. El cierre percutáneo puede ser una alternativa para la mejoría sintomática de estos pacientes.

MÉTODOS: presentamos una serie de 8 casos consecutivos con insuficiencia mitral periprotésica severa sintomática, con 2 o más intervenciones valvulares previas que fueron rechazadas para nueva cirugía por alto riesgo quirúrgico y en los que se decidió el cierre del leak periprotésico mitral de forma percutánea. El procedimiento se efectuó con anestesia general guiados por fluoroscopia y ecocardiograma transesofágico (ETE). Previamente al procedimiento se practicó un ETE para localizar la zona y severidad de la fuga periprotésica. Se realizó punción transeptal sondando el leak por vía anterógrada en 6 casos y en 2, el sondaje del leak perivalvular tuvo que realizarse por vía retrógrada. En todos se utilizaron dispositivo Amplatzer de cierre de ductus.

RESULTADOS: El procedimiento fue exitoso en 5 (62,5%) de los pacientes, objetivándose disminución significativa de la insuficiencia periprotésica en el ETE de control así como mejoría sintomática. El tamaño del dispositivo varió de 4 a 14 mm. Se implantó un único dispositivo en 4 pacientes y tres dispositivos en uno de ellos. Hubo 3 casos en los que no se pudo implantar el Amplatzer, en 2 casos por interferencia con los discos de la prótesis y uno por imposibilidad de paso por la zona del leak. De los 5 pacientes con éxito inicial, uno murió en el seguimiento a los 6 meses por complicaciones no relacionadas con la insuficiencia valvular. El resto han experimentado una mejoría clínica sintomática significativa, con insuficiencia periprotésica leve-moderada en los ecocardiogramas de control.

CONCLUSIONES: El cierre percutáneo de leaks perivalvulares en pacientes con alto riesgo quirúrgico es un procedimiento alternativo a la cirugía con una tasa de éxito clínico aceptable.

COMUNICACIÓN 049**ADMINISTRACIÓN DE ABCIXIMAB INTRAVENOSA FRENTE A INTRACORONARIA EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO SOMETIDOS A ANGIOPLASTIA PRIMARIA: COMPARACIÓN MEDIANTE ESTUDIO PROSPECTIVO Y ALEATORIZADO**

Autores: Nieves Romero, Luis Díaz de la Llera, Jaime Nevado, Sara Ballesteros, Rocío Pérez, Manuel Frutos, Ángel Sánchez, Manuel Villa, Monica Fernández, Gabriel Retegui.

C. Trabajo: Hospital General Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

INTRODUCCIÓN: La administración de abciximab (ABX), en pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM) sometidos a angioplastia primaria (AP), disminuye los eventos cardíacos adversos mayores (ECAM). La administración intracoronaria (IC), frente a la intravenosa (IV), podría modificar el efecto inhibidor plaquetario localmente y disminuir los ECAM a corto (30 días) y medio plazo (6 meses).

MÉTODOS: Estudio unicéntrico, prospectivo, aleatorizado y con enmascaramiento doble ciego, que incluyó a 143 pacientes (P) sometidos a AP entre Mayo 2004 y Octubre del 2005, siendo los criterios de exclusión, situación de shock cardiogénico y contraindicación para el uso de ABX. Se randomizaron aleatoriamente, en dos grupos, el primero de administración IC y el segundo de administración IV. Se analizó como variable principal la incidencia de ECAM definidos como muerte de origen cardíaco, reinfarcto y necesidad de nueva revascularización urgente sobre el vaso tratado, realizándose un seguimiento clínico a 30 días y 6 meses.

RESULTADOS: Las características clínicas, angiográficas y del procedimiento intervencionista fueron similares tanto en el grupo de administración IC (n=72) como en el de administración IV (n=71). Todos recibieron stents, sin diferencias en el tipo empleado (recubierto: 50,5% vs. 51,4% respectivamente), en su longitud y en el flujo TIMI final. El intervencionismo se realizó con éxito en el 95,8% del grupo IC frente al 97,2% del grupo IV. No se detectaron complicaciones relacionadas directamente con la vía de administración. En el seguimiento clínico no se hallaron diferencias significativas en la incidencia de ECAM entre ambos grupos, ni a 30 días (4,2% vs. 4,2%; p NS), ni a los 6 meses (4,2% vs. 8,4%; p NS). La eficacia del tratamiento se analizó mediante el riesgo relativo de ECAM del grupo IC frente al grupo IV y fue de 0,693 (IC 95%; 0,337-1,427). El análisis se realizó empleando el paquete estadístico SPSS.

CONCLUSIONES: La administración de ABX IC, en pacientes sometidos a AP en fase aguda de IAM, no disminuye de forma significativa la incidencia de ECAM a corto y medio plazo respecto a aquellos que recibieron el tratamiento por vía IV.

COMUNICACIÓN 050**DILATACIÓN SIMULTÁNEA VERSUS DILATACIÓN CONSECUTIVA EN PACIENTES CON LESIONES BIFURCADAS TRATADAS CON STENT: ESTUDIO RANDOMIZADO CON ULTRASONIDOS INTRACORONARIOS.**

Autores: A. Moreno; J. Suárez de Lezo; M. Pan; M. Romero; J. Segura; D. Pavlovic; S. Ojeda; F. Mazuelos; F. Esteban; A. Rodríguez; C. Durán y G. Hernández.

C. Trabajo: Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

La deformación de los stents tras la dilatación de la rama hija en lesiones bifurcadas ha sido previamente descrita. La dilatación simultánea con balón (Kissing) se ha propuesto como mejor método para conservar la geometría original del stent. No obstante, hay poca información en estudios "in vivo". El ultrasonido intravascular (IVUS) permite estudiar los cambios morfológicos de los stents postdilatación.

OBJETIVOS: Comparar parámetros del IVUS tras dilatación simultánea versus consecutiva de lesiones bifurcadas. El objetivo primario fue comparar el área luminal del vaso principal a lo largo del stent. El objetivo secundario comparar la incidencia de eventos cardíacos adversos mayores en el seguimiento.

MÉTODOS: Se randomizaron 40 pacientes consecutivos con lesiones bifurcadas tratadas con éxito mediante un stent en el vaso principal y postdilatación con balón de la rama hija; veinte a postdilatación simultánea de la rama hija y del vaso principal (grupo A) y los otros veinte a postdilatación aislada de la rama hija (grupo B). La edad media de los pacientes fue de 62 \pm 9 años, varones el 70% de los mismos. La lesión diana se localizó en el tronco coronario en 4 casos (10%), en la descendente anterior en 21 (52%), en la circunfleja en 10 (25%) y en la coronaria derecha en 5 pacientes (12%).

RESULTADOS: No existieron diferencias significativas en factores de riesgo vascular, clínica de presentación o patrones angiográficos. No hubo muertes, infartos o trombosis del stent en el primer mes de seguimiento. El seguimiento a medio plazo se presentará en el congreso. La postdilatación simultánea incrementó significativamente el área intrastent (mm²) inmediatamente bajo la bifurcación (5,6 \pm 1,7 vs. 5,4 \pm 1,6, p<0,03) respecto al área pre-kissing, aunque no hubo diferencias significativas con el grupo tratado mediante postdilatación aislada (5,0 \pm 1,4). En cambio, el área de la luz intrastent proximal sí resultó significativamente superior en los tratados con dilatación simultánea respecto a postdilatación aislada (8,4 \pm 3 vs 6,7 \pm 1,6, p< 0,02).

CONCLUSIONES: El tratamiento de las lesiones bifurcadas con kissing ha demostrado ser superior a la postdilatación aislada exclusivamente en el área proximal del stent.



COMUNICACIÓN 051

FACTORES DETERMINANTES DE LA MORTALIDAD TARDÍA EN PACIENTES CON LESIONES CORONARIAS COMPLEJAS TRATADAS CON STENTS LIBERADORES DE FÁRMACOS

Autores: Rodríguez-Almodovar A.; Suarez de Lezo J.; Pan M.; Romero M.; Pavlovic D.; Segura J.; Ojeda S.; Mazuelos F.; Esteban F.; Duran C.; Hernandez G.; Moreno A.
C. Trabajo: Hospital Reina Sofía

OBJETIVO: Los stents liberadores de fármacos (SLF) reducen el riesgo de reestenosis. Actualmente existen dudas sobre la seguridad de estos dispositivos a largo plazo. El objetivo es conocer los factores determinantes de mortalidad tardía en pacientes(pts) con lesiones coronarias complejas tratados con SLF del estudio CORPAL.

MÉTODO: El estudio CORPAL fue diseñado para comparar la seguridad y eficacia inicial y a largo plazo de los 2 SLF más utilizados: sirolimus(SES) y paclitaxel(PES). Estudiamos 646 pts con 870 lesiones complejas (bifurcaciones, oclusiones crónicas, vaso pequeño, lesiones difusas y reestenosis in-stent) tratados con SLF. La edad media fue de 62±10 años; 230(36%) eran diabéticos, 381(59%) presentaban angina inestable, 106 angina estable(16%) y 159(25%) isquemia documentada tras un infarto de miocardio. La longitud media stentada fue de 27±14 mm; 331 pts recibieron SES y 315 PES. No hubo diferencias significativas ni en los parámetros basales ni en el procedimiento entre los grupos. Tras un seguimiento medio de 2.5±0.7 años, realizamos un análisis univariante y multivariante de los factores que pudieran influir en la mortalidad.

RESULTADOS: Treinta y nueve pts murieron durante el seguimiento(6%). Las muertes fueron de origen cardiaco en 10 pts (26%) (muerte súbita(4) insuficiencia cardíaca (4) e infarto de miocardio(2)); no cardiaco en 20 (51%) (10 relacionadas con cáncer); y de causa desconocida en 9(23%). El análisis univariante identificó los siguientes factores: la mayor edad (62±11 vs 68±8 años, p<0.001); la menor fracción de eyección (FE) basal (53±15 vs 59±12; p<0.01), la presencia de diabetes (59% vs 37%; p=0.01), y la historia más larga de enfermedad coronaria (4.4±6.8 vs 2.3±4.5 años;p=0.01). El tipo de stent no influyó en la mortalidad. En el multivariante la mayor edad (OR 0.947±0.019 DE; β -0.054;p=0.004) y la FE más baja (OR 1.031±0.014 DE; β 0.031 p=0.026) fueron predictores independientes de mortalidad.

CONCLUSIONES: La mortalidad tardía en pts con lesiones complejas tratadas con SLF es baja. Los factores que influyen en la mortalidad son principalmente clínicos(edad y FE).

COMUNICACIÓN 052

SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DEL TRONCO CORONARIO IZQUIERDO TRATADOS CON STENTS RECUBIERTOS

Autores: G. Hernández-Herrera, J. Suárez de Lezo, M. Pan, M. Romero, J. Segura, D. Pavlovic, S. Ojeda, F. Mazuelos, F. Esteban, A. Rodríguez, C. Durán, A. Moreno.
C. Trabajo: Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

El tratamiento del tronco coronario izquierdo (TCI) con stents recubiertos (DES) parece ser una alternativa prometedora a la cirugía. Sin embargo, su seguridad y eficacia a medio-largo plazo no está aún establecida. El objetivo fue analizar la evolución a largo plazo de pacientes con enfermedad del TCI tratados con DES.

MÉTODOS: Desde mayo - 02 hasta enero - 07, se incluyeron 269 pacientes consecutivos con afectación del TCI no protegido y tratados con DES. La edad media fue de 64 ± 11 años, 202 (75%) varones y 98 (36%) diabéticos. La presentación fue angor inestable en 236 (88%) y estable en 33 (12%). La fracción de eyección media fue 58 ± 13%. Las lesiones en TCI se localizaron en ostium o cuerpo en 58 casos (22%) y en bifurcación en 211 (78%). En 81 pacientes el estudio fue realizado mediante ultrasonido intracoronario. 155 (58%) requirieron stents adicionales en lesiones remotas del árbol coronario. En la mayoría de los casos, con afectación de la bifurcación (194; 92%), la lesión fue tratada con un solo DES orientado hacia la arteria descendente anterior; requiriendo dilatación con balón del origen de la circunfleja en 128 casos (48%) y doble stent en T en 17 (6%). El diámetro medio final post-stent en TCI fue 3.3 ± 0.4 mm.

RESULTADOS: Se obtuvo éxito primario en 256 pacientes (95%). En el primer mes post-tratamiento 13 (5%) pacientes presentaron eventos adversos cardíacos mayores (MACE): 6 muertes y 7 infartos agudos de miocardio no fatales (IAM). Tras un seguimiento medio de 2 ± 1 años, 34 pacientes (13%) presentaron MACE tardíos: revascularización de la lesión diana en 23 pacientes (9%), IAM en 4 (2%) y 7 muertes (3%). Del total de pacientes fallecidos, 7 fueron de causa cardíaca (3%) (4 por muerte súbita, 1 por insuficiencia cardíaca y 2 por IAM), 8 de causa no cardíaca (3%) (3 por cáncer) y uno de causa desconocida (0.4%). Tanto el menor diámetro del TCI (3.51 ± 0.4 vs. 3.66 ± 0.4 mm; p < 0.05) como un menor diámetro intraluminal post-tratamiento (3.14 ± 0.4 vs. 3.3 ± 0.4 mm; p < 0.05) fueron factores relacionados con mayor aparición de MACE tardíos.

CONCLUSIONES: El tratamiento con DES de la enfermedad del TCI es un procedimiento eficaz y seguro a largo plazo, con baja incidencia de complicaciones.

COMUNICACIÓN 053

TROMBOSIS DE LOS STENTS FARMACOACTIVOS DOCUMENTADAS ANGIOGRÁFICAMENTE: INCIDENCIA, PRESENTACIÓN CLÍNICA, TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN.

Autores: AJ Muñoz García, AJ Domínguez Franco, MF Jiménez Navarro, JH Alonso Briales, JM Hernández García, E de Teresa Galván.
C. Trabajo: Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

INTRODUCCIÓN: La trombosis del stent es una complicación temida del intervencionismo coronario percutáneo (ICP) por su mal pronóstico. Los stents recubiertos de fármacos (SRF) reducen de forma significativa la tasa de reestenosis. Sin embargo, la incidencia de trombosis tardías parece incrementarse. Nuestro objetivo ha sido determinar la incidencia de trombosis de SRF documentadas angiográficamente y analizar las características de presentación clínica, tratamiento realizado y evolución clínica.

MÉTODOS: Hemos tratado 1990 pacientes (p.) con SRF (Abril 02-Diciembre 06). Se han analizado todos los casos documentados de trombosis de SRF durante este intervalo. Se consideró trombosis cuando hubo recurrencia de isquemia con documentación angiográfica de oclusión del vaso o la presencia de un trombo limitante del flujo en la localización del implante del stent. Consideramos como trombosis aguda a la que acontecía en las primeras 24 horas tras el procedimiento, subaguda a la que ocurría desde 24 horas hasta el día 30 y tardía la que sucedía más allá del día 30.

RESULTADOS: 991 p. recibieron stent liberadores de paclitaxel (49,8%), 820 de rapamicina (41,2%) y 179 de ABT-578 (9%). Hemos documentado 16 casos de trombosis (0,8%), siendo 2 casos de trombosis agudas, 10 subagudas y 4 tardías (25% para taxol, 50% para rapamicina y 25% zotarolimus). La tasa de trombosis tardía fue del 0,20%, sin encontrar diferencias entre los tres grupos de SRF (p=0,18) y éstas acontecieron entre el primer mes y los 9 meses postimplante. Hubo suspensión precoz y/o abandono de la doble terapia antiagregante en 8 casos (53,3%). En un caso se objetivó resistencia a AAS. La trombosis del stent cursó habitualmente como infarto agudo de miocardio (73,3%), siendo la localización anterior del 87,5% y hubo un caso de muerte súbita recuperada. Se empleó abciximab en el 60%. Durante el procedimiento se usó aspiración en el 42,9%, siendo en la mayor parte tratados con balón (85,7%). Se implantó un nuevo stent en 6 p. (42,8%), siendo el 55,6% de los stents no liberadores de fármacos. Tras la revascularización, el éxito angiográfico fue alto, con flujo TIMI 3 en el 92,9%. Durante el ingreso hospitalario un p. sufrió una nueva trombosis. Tras el procedimiento se indicó doble terapia antiagregante entre 6-12 meses. Al alta presentaban disfunción ventricular severa un 68,7%. Tras un seguimiento medio de 11±10 meses, se ha reportado un caso de mortalidad extracardiaca, 2 p. han precisado revascularización programada con cirugía aortocoronaria del vaso tratado y 2 p. sufrieron infarto de miocardio no fatal.

CONCLUSIONES: La incidencia de trombosis tardía documentada angiográficamente con los SRF es baja, siendo un evento clínico asociado con una elevada morbilidad. La tasa de trombosis tardía fue similar para los tres tipos de stents farmacoactivos.

COMUNICACIÓN 054

TROMBOSIS DEL STENT DOCUMENTADAS ANGIOGRÁFICAMENTE: INCIDENCIA Y PATRONES ANGIOGRÁFICOS DE TROMBOSIS EN STENTS RECUBIERTOS DE DROGAS Y CONVENCIONALES.

Autores: AJ. Muñoz García, AJ. Domínguez Franco, JH. Alonso Briales, MF. Jiménez Navarro, JM. Hernández García, E. de Teresa Galván.
C. Trabajo: Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

INTRODUCCIÓN: La trombosis del stent es una complicación temida del intervencionismo. Recientes estudios han reportado un incremento del riesgo de la trombosis tardía con el uso de los stents liberadores de fármacos (DES), en comparación con los stents convencionales (BMS).

Objetivo: analizar la incidencia y características angiográficas de la trombosis de los dos tipos de stent.
MATERIAL: Hemos evaluado a 3021 pacientes (p.) tratados con BMS y 1990 p. con implantación de DES (991 paclitaxel, 821 rapamicina y 179 zotarolimus). Consideramos trombosis cuando hubo recurrencia de isquemia con documentación angiográfica de oclusión del vaso o la presencia de un trombo limitante del flujo en la localización del implante previo del stent. Se consideró trombosis aguda la acontecida en las primeras 24 horas tras el procedimiento, subaguda desde 24 horas hasta el día 30 y tardía la que sucedía más allá del día 30.

RESULTADOS: En el grupo de p. tratados con stents convencionales hemos documentado 25 trombosis: 8 agudas, 15 subagudas y 2 tardías. En el grupo de DES hubo 16 trombosis: 2 agudas, 10 subagudas y 4 tardías. La incidencia de trombosis tardía en el grupo de DES fue del 0,20%, frente a 0,06% en el BMS, p = 0,06. No encontramos diferencias significativas con respecto a las variables clínicas (edad, sexo, factores de riesgo cardiovascular, indicación clínica de ACTP) ni en la forma de presentación clínica de la trombosis (infarto agudo en el 73,2% de los casos). Sobre las características angiográficas de la lesión inicialmente tratada: en el grupo DES, se trataron 50% de lesiones tipo C frente al 32% con BMS (p=0,09), la longitud de la lesión era mayor (mm) 23±16 vs 15±10 (p=0,05), la longitud del stent (mm) fue 30,8±19 vs 22,9±11 (p=0,1), el diámetro del stent (mm) fue menor: 2,7±0,2 vs 3±0,3, (p=0,03) y la presión de inflado (atm) mayor; 15,6±2,4, vs 14,2±1,8 (p=0,03). El vaso tratado fue la descendente anterior en el 87% del grupo DES y en el 68% del grupo BMS (p=0,3). No hubo diferencias en cuanto al número de stent/lesión: vs 1,7±1 vs 1,4±0,8 o uso de abciximab (37,5% vs 31,3%). La presencia de disección residual posterior a la dilatación de la lesión fue del 20,8% en el grupo BMS vs 0%, p=0,051. Hubo 6 p. (25%) tratados con BMS que habían abandonado la terapia antiagregante en el momento de la trombosis frente a 8 p. (53,3%) en el grupo DES, p=0,07.

CONCLUSIONES: La trombosis tardía documentada angiográficamente representa una complicación relativamente baja tras la implantación de ambos grupos de stents, sin embargo, es más frecuente con los stent recubiertos de drogas comparados con los stents convencionales.

**COMUNICACIÓN 055****VALOR PRONÓSTICO A LARGO PLAZO DE DIFERIR LA REVASCULARIZACIÓN CORONARIA TRAS SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS BASADO EN EL FLUJO FRACCIONAL DE RESERVA.**

Autores: AJ. Domínguez Franco, AJ. Muñoz García, C. Sánchez González, JH. Alonso Briales, MF. Jiménez Navarro, JM. Hernández García, E. de Teresa Galván.

C. Trabajo: Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

INTRODUCCIÓN: El cálculo del Flujo Fraccional de Reserva (FFR) mediante guía de presión intracoronaria es un método validado y útil en la aproximación fisiológica de la circulación coronaria en lesiones estables. Existe controversia sobre su valor en pacientes (p) que han sufrido un síndrome coronario agudo (SCA).

MÉTODOS: Estudiamos 222 lesiones coronarias de severidad intermedia (40-70%) entre 1997-2004 con FFR. En los p. en los que la intervención fue diferida en base a los resultados del FFR, comparamos los eventos clínicos mayores (muerte cardiovascular, infarto, necesidad de revascularización) según fueran p. con angina estable/dolor torácico o p. en los que estudio se realizó durante un ingreso por SCA. Se utilizó adenosina intravenosa para alcanzar máxima hiperemia (140 µg/kg/min). Seguimiento medio de 30±21 meses (completado en todos los p.).

RESULTADOS: La revascularización fue diferida en 144 lesiones (136 p.) with FFR ≥ 0,75. 88 lesiones (61,1%) se realizaron en 84 p. tras un SCA y 56 lesiones en 52 p. con angina estable. No encontramos diferencias en los factores de riesgo cardiovascular entre ambos grupos. En los p. con SCA existió más enfermedad multivaso (61,1% vs 38,9%; p=0,04). En dichos casos la guía se utilizó para evaluar una lesión no culpable, en base a criterios clínicos, pruebas de detección de isquemia y angiográficos. En los dos grupos el vaso más frecuentemente evaluado fue la descendente anterior (55,76% vs 53,6%). El valor medio del FFR tras adenosina fue 0,87 en p. tras SCA y 0,86 en p. con angina estable. En el seguimiento a largo plazo no hubo diferencias en muerte cardiovascular (3,4% vs 5,4%) o infarto (2,3% vs 0%). El 7,1% de los p. con angina estable, frente al 12,5% de los p. evaluados tras SCA precisaron revascularización de la lesión inicialmente evaluada con guía de presión con resultado negativo (p=0,30).

CONCLUSIONES: Nuestros resultados sugieren la seguridad de diferir la intervención coronaria sobre lesiones moderadas, en base a los resultados de la guía de presión, en pacientes ingresados por SCA.

COMUNICACIÓN 056**IMPACTO DE DIFERENTES TÉCNICAS DE ABORDAJE DE LA ENFERMEDAD DISTAL DEL TRONCO DE LA CORONARIA IZQUIERDA NO PROTEGIDO EN LOS RESULTADOS A LARGO PLAZO**

Autores: Soledad Ojeda, José Suárez de Lezo, Manuel Pan, Miguel Romero, José Segura, Djordje Pavlovic, Francisco Mazuelos, Fátima Esteban, Carmen Durán, Ana Rodríguez, Alvaro Moreno, Germán Hernández

C. Trabajo: H. Universitario Reina Sofía. Córdoba

INTRODUCCIÓN: El tratamiento percutáneo del tronco coronario izquierdo (TCI) distal sigue siendo una situación desafiante. Se han propuesto diferentes técnicas aunque ninguna de ellas ha demostrado ser claramente superior. Objetivo: Analizar los resultados a largo plazo del tratamiento de las lesiones del TCI distal utilizando diferentes estrategias de abordaje de la bifurcación.

MÉTODOS: Desde Mayo-02 a Diciembre-06, 211 pacientes (pts) con enfermedad del TCI distal han sido tratados con stents Cypher (n=123) o Taxus (n=88). La edad media fue 64±10 años y el 76% eran varones. Se utilizaron las siguientes estrategias para el tratamiento de la bifurcación del TCI: 1) Implantación de 1 stent a través de la bifurcación sin intervención adicional (n=78); 2) Predilatación de la rama lateral (RL) e implantación de 1 stent a través de la bifurcación (n=16); 3) 1 stent a través de la bifurcación y posterior dilatación de la RL (n=49); 4) 1 stent a través de la bifurcación y kissing balloon final (n=46); 5) Implantación de 1 stent ajustado proximal o distalmente a la bifurcación, sin cubrirla (n=5); 6) Implantación de stent en la rama principal y en la RL (n=17). Se han registrado los eventos cardíacos adversos mayores (MACE) acontecidos, definidos como muerte cardíaca, infarto de miocardio y necesidad de revascularización de la lesión diana (TLR).

RESULTADOS: Se resumen en la tabla adjunta. el tiempo medio de seguimiento fue 25±14 meses.

CONCLUSIONES: Pts con enfermedad del TCI distal pueden ser tratados con éxito mediante una técnica simple o muy simple. El Kissing balloon final no parece proporcionar beneficios adicionales

Abordaje bifurcación	n	TLR	MACE
1 stent a través de la bifurcación:			
- No predilatación RL	78	6 (8%)	10 (13%)
- Predilatación RL	16	0	0
- Post-dilatación RL	49	6 (12%)	7 (14%)
- Kissing balloon final	46	9 (20%)	13 (28%)
Ajuste proximal/distal	5	0	1 (20%)
Estrategia compleja	17	2 (12%)	2 (12%)

COMUNICACIÓN 057**TROMBOSIS DE LOS STENTS FARMACOACTIVOS: INCIDENCIA, CARACTERÍSTICAS Y PRONÓSTICO EN UNA COHORTE DE 1103 PACIENTES**

Autores: Rocío Pérez, Mónica Fernández Quero, Jaime Nevado, Manuel Frutos, Sara Ballesteros, Manuel Villa, Luis Díaz, Ángel Sánchez, Ángel Martínez.

C. Trabajo: Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

INTRODUCCIÓN: La trombosis (T) de los stents farmacoactivos (DES) es un tema actualmente en revisión. Los últimos estudios sugieren un pequeño, aunque significativo incremento de la incidencia de TDES en relación a la observada en los stents convencionales. OBJETIVO: Determinar la incidencia, factores clínicos y angiográficos, manifestaciones clínicas y tratamiento de la TDES en una cohorte de 1103 pacientes (p) consecutivos sometidos a implante con éxito de un DES en nuestro Hospital.

PACIENTES Y MÉTODO: Estudio descriptivo observacional retrospectivo de los casos de TDES en una cohorte de 1103 p. (1152 angioplastias) con implante exitoso de un DES (620 de Paclitaxel-483 de Rapamicina), entre mayo del 2005 y diciembre del 2006. Para el diagnóstico de TDES se exigió la documentación angiográfica. Según el tiempo de aparición dividimos en aguda (primeras 24 horas tras el procedimiento), subaguda (24 horas a 30 días), tardía (30 días a 1 año) y muy tardía (más de 1 año después).

RESULTADOS: Un total de 13 pacientes, todos varones, sufrieron TDES (1'17%), 5 en liberador de sirolimus (1'03%) y 7 en liberador de paclitaxel (1'12%). Fue aguda en 2 pacientes (0'18%), subaguda en 7 (0'63%), tardía en 1 (0'09%) y muy tardía en 3 (0'27%), con una incidencia a partir de los 30 días de 0'36%. Es destacable que un 23% de p con TDES presentaban FE deprimida en el implante y que en 6 (46%) la angioplastia era primaria en un infarto agudo con elevación de ST. En el 84,7% la TDES ocurrió en la arteria descendente anterior y el 61% de las TDES ocurrieron en lesiones bifurcadas. La presentación clínica fue como infarto agudo de miocardio con elevación de ST y la mortalidad fue de 30'7% a pesar de que en todos los casos el tratamiento realizado fue angioplastia primaria con balón.

CONCLUSIONES: La incidencia de (TDES) en nuestro medio fue de 1'17%, siendo del 0'36% a partir de los 30 días. La mortalidad fue del 30'7%. La mayoría de las TDES ocurren en casos tratados con DES fuera de las recomendaciones de la FDA.

COMUNICACIÓN 058**SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE LESIONES DIFUSAS TRATADAS CON STENTS LIBERADORES DE FÁRMACOS**

Autores: Francisco Mazuelos, José Suárez de Lezo, Manuel Pan, Fátima Esteban, Soledad Ojeda, Ana Rodríguez, Carmen Durán, Miguel Romero, Djordje Pavlovic, German Hernández, José Segura, Alvaro Moreno

C. Trabajo: Hospital Reina Sofía. Servicio Cardiología. Córdoba

OBJETIVO: Los stents liberadores de fármacos (SLF) han demostrado reducir las tasas de estenosis. Nuestro objetivo es describir el seguimiento tanto clínico como angiográfico en una amplia serie de pacientes con lesiones difusas tratadas con SLF

MÉTODOS: Entre mayo de 2002 y mayo de 2006, se han tratado con SLF 672 pacientes consecutivos (74% hombres) con 755 lesiones difusas (longitud >20 mm). La edad media fue 65±10,4 años. El 26% de los pacientes presentaban infarto previo de miocardio, el 42% diabetes y el 85% se encontraban en situación inestable. El 58% de los pacientes presentaban enfermedad multivaso. LA longitud media de las lesiones fue de 30,31±10 mm. El 18% de las lesiones eran además oclusiones crónicas, el 11% era reestenosis y el 14% lesiones calcificadas. El diámetro de referencia medio fue de 3,0±0,3 mm. El diámetro luminal mínimo (DLM) antes de tratamiento fue de 0,64±0,5 (79±14% de estenosis). El DLM post fue de 2,67±0,4 mm (10±0,4 % de estenosis). Se usaron stents liberadores de rapamicina en el 68% de los pacientes, de paclitaxel en el 25% y de sirolimus en el 7%. El 45% de las lesiones se trató con un único stent, el 43% con varios stents solapados y el 12% con varios stents no solapados.

RESULTADOS: En el 97,5% se consiguió el éxito primario. Se realizó reevaluación angiográfica en 421 casos (56%), con un tiempo medio de 7 meses. El DLM en el seguimiento fue de 2,04±0,8 mm, con una pérdida tardía de 0,63±0,6. Presentaron reestenosis el 23% de los casos. El seguimiento medio fue de 26±15 meses. La tasa de revascularización al mes al año, a los dos años y acumulada fue 1%, 8,4%, 3,7% y 15%, respectivamente. De infarto de miocardio, 2%, 1,4%, 1,2% y 5,3%. De muerte cardíaca, 1%, 1,5%, 1,2% y 4%. La tasa global de eventos fue de 3%, 10%, 4,9% y 20%. La incidencia de trombosis fue del 1% (8/755), 4 casos (0,5%) ocurrieron en el primer mes. LA tasa de trombosis tardía (>1 mes) fue del 0,5%.

CONCLUSIONES: SLF proporcionan una ventaja a largo plazo comparado con las series históricas de stents convencionales. Sin embargo, la tasa de eventos adversos sigue siendo mayor que en otro tipo de lesiones complejas

Eventos Cardíacos Principales	1 mes	1 año	2 años	acumulada
Tasa de revascularización	4 (1%)	49 (8,4%)	19 (3,7%)	72 (15%)
Infarto de miocardio	15 (2%)	8 (1,4%)	6 (1,2%)	29 (5,3%)
Muerte cardíaca	6 (1%)	9 (1,5%)	6 (1,2%)	21 (4%)
Global	17 (3%)	59 (10%)	25 (4,9%)	101 (20%)

32
nueva
PRESENTACIÓN



PARAPRES®

CANDESARTÁN

Para vivir más y mejor

1. DENOMINACIÓN DEL MEDICAMENTO PARAPRES® 4 mg Comprimidos; PARAPRES® 8 mg Comprimidos; PARAPRES® 16 mg Comprimidos; PARAPRES® 32 mg Comprimidos. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA** Cada comprimido contiene 4 mg, 8 mg, 16 mg o 32 mg de candesartán cilexetilo. Lista de excipientes, ver 6.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA** Parapres 4 mg Comprimidos: comprimidos ranurados de color blanco. Parapres 8 mg Comprimidos: comprimidos ranurados de color rosa pálido. Parapres 16 mg Comprimidos: comprimidos de color rosa pálido con una cara convexa marcada con 16 y otra cara plana ranurada. Parapres 32 mg Comprimidos son comprimidos de color rosa pálido con dos caras convexas, una marcada con 32 y la otra con una ranura. **4. DATOS CLÍNICOS 4.1. Indicaciones terapéuticas** Hipertensión esencial. Tratamiento de pacientes con insuficiencia cardíaca y reducción de la función sistólica ventricular izquierda (fracción de eyección del ventrículo izquierdo $\leq 40\%$) como tratamiento añadido a los inhibidores de la ECA o cuando los inhibidores de la ECA no se toleren (ver apartado 5.1. **Propiedades farmacodinámicas**). **4.2. Posología y forma de administración** **Posología para hipertensión** La dosis inicial recomendada y la dosis habitual de mantenimiento es de 8 mg una vez al día. La dosis puede aumentarse a 16 mg una vez al día. Si tras 4 semanas de tratamiento con 16 mg una vez al día, la tensión arterial no está suficientemente controlada, la dosis puede aumentarse de nuevo hasta un máximo de 32 mg una vez al día (ver apartado 5.1. **Propiedades farmacodinámicas**). Sin esta dosis no se consigue controlar la tensión arterial, deben considerarse tratamientos alternativos. El tratamiento deberá ajustarse en función de la respuesta de la tensión arterial. El efecto antihipertensivo máximo se alcanza dentro de las 4 semanas en que se ha iniciado el tratamiento. **Uso en ancianos** No es necesario un ajuste inicial de la dosis en pacientes ancianos. **Uso en pacientes con reducción del volumen intravascular** Se puede considerar una dosis inicial de 4 mg en pacientes con riesgo de hipotensión, tales como pacientes con una posible reducción del volumen intravascular (ver también apartado 4.4. **Advertencias y precauciones especiales de empleo**). **Uso en pacientes con insuficiencia hepática alterada** En pacientes que presentan una alteración de la función renal, incluidos pacientes sometidos a hemodiálisis, la dosis inicial es de 4 mg. La dosis debe ir ajustándose de acuerdo a la respuesta. Se dispone de una experiencia limitada en pacientes con insuficiencia renal de carácter muy grave o terminal ($Cl_{creatinina} < 15$ ml/min). Ver apartado 4.4. **Advertencias y precauciones especiales de empleo**. **Uso en pacientes con función hepática alterada** En pacientes que presentan una alteración de la función hepática de carácter leve a moderado se recomienda una dosis inicial de 2 mg una vez al día. La dosis deberá ajustarse de acuerdo a la respuesta. No existe experiencia en pacientes con insuficiencia hepática grave. **Tratamiento concomitante** Se ha demostrado que la adición de un diurético tipo tiazida como la hidroclorotiazida ejerce un efecto antihipertensivo adicional con Parapres. **Uso en pacientes de raza negra** El efecto antihipertensivo de candesartán es menor en pacientes de raza negra que en pacientes de otras razas. Por tanto, en pacientes de raza negra puede ser necesario, con más frecuencia que en pacientes de otras razas, aumentar la dosis de Parapres y de los tratamientos concomitantes para controlar la presión arterial (ver apartado 5.1. **Propiedades farmacodinámicas**). **Posología para insuficiencia cardíaca** La dosis inicial habitualmente recomendada de Parapres es 4 mg una vez al día. La titulación hasta la dosis máxima de 32 mg una vez al día o hasta la dosis máxima tolerada debe realizarse doblando la dosis a intervalos de al menos 2 semanas (ver apartado 4.4. **Advertencias y precauciones especiales de empleo**). **Poblaciones especiales de pacientes** No es necesario un ajuste inicial de la dosis en pacientes ancianos o en pacientes con reducción del volumen intravascular, con insuficiencia renal o con insuficiencia hepática leve a moderada. **Tratamiento concomitante** Parapres suele administrarse con otros tratamientos para la insuficiencia cardíaca, incluyendo inhibidores de la ECA, beta-bloqueantes, diuréticos y digitales o una combinación de dichos medicamentos (ver también apartado 4.4. **Advertencias y precauciones especiales de empleo** y 5.1. **Propiedades farmacodinámicas**). **Administración** Parapres se tomará una vez al día con o sin comida. **Uso en niños y adolescentes** No se ha establecido la seguridad y eficacia de Parapres en niños y adolescentes (menores de 18 años). **4.3. Contraindicaciones** Hipersensibilidad a candesartán cilexetilo o a cualquiera de los excipientes. Embarazo y lactancia (ver apartado 4.6. **Embarazo y lactancia**). Insuficiencia hepática grave y/o colestasis. **4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo** **Insuficiencia renal** Al igual que con otros agentes inhibidores del sistema renina-angiotensina-aldosterona, cabe esperar que se produzcan cambios en la función renal en pacientes sensibles tratados con Parapres. Cuando Parapres sea administrado a pacientes hipertensos con insuficiencia renal, se recomienda la realización de controles periódicos de los niveles de potasio sérico y de creatinina. Se dispone de una limitada experiencia en pacientes con insuficiencia renal muy grave o terminal ($Cl_{creatinina} < 15$ ml/min). En estos pacientes, Parapres debe ser cuidadosamente ajustado con una minuciosa monitorización de la presión arterial. La evaluación de los pacientes con insuficiencia cardíaca debe incluir controles periódicos de la función renal, especialmente en ancianos a partir de 75 años de edad y pacientes con función renal alterada. Durante el ajuste de la dosis de Parapres se recomienda realizar controles periódicos de los niveles séricos de potasio y de creatinina. En los ensayos clínicos en insuficiencia cardíaca no se incluyeron pacientes con niveles de creatinina sérica $> 265 \mu\text{mol/l}$ (> 3 mg/dl). **Tratamiento concomitante de la insuficiencia cardíaca con inhibidores de la ECA** Cuando se emplea candesartán en combinación con un inhibidor de la ECA, el riesgo de que se produzcan reacciones adversas, especialmente alteración de la función renal e hipotensión, puede aumentar (ver apartado 4.8. **Reacciones adversas**). Los pacientes que están recibiendo dicho tratamiento deberán ser monitorizados regular y cuidadosamente. **Hemodiálisis** Durante la diálisis la presión arterial puede ser especialmente sensible al bloqueo de los receptores AT₁ como resultado de la reducción del volumen plasmático y la activación del sistema renina-angiotensina-aldosterona. Por lo tanto, debe ajustarse cuidadosamente la dosis de Parapres mediante una monitorización minuciosa de la presión arterial en pacientes sometidos a hemodiálisis. **Estenois de la arteria renal** Otros medicamentos que actúan sobre el sistema renina-angiotensina-aldosterona, por ejemplo los medicamentos inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA), pueden incrementar la urea sanguínea y la creatinina sérica en pacientes con estenosis de la arteria renal bilateral o unilateral en casos de riñón único. Cabe esperar un efecto similar con los receptores de la angiotensina II. **Trasplantes renales** No se dispone de experiencia en la administración de Parapres a pacientes sometidos a trasplante renal reciente. **Hipotensión** En pacientes con insuficiencia cardíaca puede producirse hipotensión durante el tratamiento con Parapres. Como se ha descrito para otros agentes que actúan sobre el sistema renina-angiotensina-aldosterona, esto también puede producirse en pacientes hipertensos con una reducción del volumen intravascular (por ejemplo, en aquellos pacientes que reciben altas dosis de diuréticos). Debe tenerse precaución al iniciar el tratamiento e intentar corregir la hipovolemia. **Anestesia y cirugía** En los pacientes tratados con antagonistas de la angiotensina II, puede aparecer hipotensión durante la anestesia y la cirugía debido al bloqueo del sistema renina-angiotensina. Muy raramente, la hipotensión puede ser tan grave como para requerir la administración de fluidos intravenosos y/o vasopresores. **Estenosis aórtica y de la válvula mitral (cardiomiopatía hipertrófica obstructiva)** Al igual que con otros vasodilatadores, debe tenerse especial precaución en pacientes con estenosis aórtica o de la válvula mitral hemodinámicamente importante, o con cardiomiopatía hipertrófica obstructiva. **Hiperaldosteronismo primario** Generalmente, los pacientes con hiperaldosteronismo primario no responden a medicamentos antihipertensivos que actúan mediante la inhibición del sistema renina-angiotensina-aldosterona. Por ello, no se recomienda el uso de Parapres. **Hipotensión** En base a la experiencia con el uso de otros medicamentos que afectan al sistema renina-angiotensina-aldosterona, el uso concomitante de Parapres y diuréticos ahorradores de potasio, suplementos de potasio, sustitutos de la sal que contengan potasio u otros medicamentos que puedan causar un aumento de los niveles de potasio (como la heparina) pueden dar lugar a un incremento del potasio sérico en pacientes hipertensos. En pacientes con insuficiencia cardíaca tratados con Parapres puede producirse hipotensión. Durante el tratamiento con Parapres en pacientes con insuficiencia cardíaca se recomienda el control periódico de potasio sérico, especialmente cuando se administra de forma concomitante con inhibidores de la ECA y diuréticos ahorradores de potasio como la esparacilactona. **General** En pacientes en los que el tono vascular y la función renal dependan predominantemente de la actividad del sistema renina-angiotensina-aldosterona (p.ej. pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva grave o enfermedad renal subyacente, incluyendo estenosis de la arteria renal), el tratamiento con otros medicamentos que afectan este sistema se ha asociado a hipotensión aguda, azotemia, oliguria, o raramente, insuficiencia renal aguda. La posibilidad de efectos similares no puede excluirse con antagonistas de receptores de la angiotensina II. Al igual que con otros agentes antihipertensivos, un descenso excesivo de la tensión arterial en pacientes con cardiopatía isquémica o enfermedad cerebrovascular isquémica puede provocar infarto de miocardio o accidente vascular cerebral. Los pacientes con problemas hereditarios raros como intolerancia a la galactosa, insuficiencia de lactasa Lapp o malabsorción de glucosa-galactosa no deben tomar este medicamento. **4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción** No se han identificado interacciones farmacológicas de significación clínica. Los compuestos que se han evaluado durante los estudios de farmacocinética clínica incluyen hidroclorotiazida, warfarina, digoxina, anticonceptivos orales (etinilestradiol/levonorgestrel), glibenclámid, nefedipino y enalapril. Candesartán es eliminado selectivamente en baja proporción por el metabolismo hepático (CYP2C9). Los estudios de interacción disponibles no muestran que exista un efecto sobre el CYP2C9 ni CYP3A4, aunque todavía se desconoce el efecto sobre los restantes isoenzimas del citocromo P450. La administración de otros medicamentos con propiedades antihipertensivas, que puedan ser prescritos como antihipertensivos o para otras indicaciones, puede aumentar el efecto antihipertensivo de candesartán. En base a la experiencia con el uso de otros medicamentos que afectan al sistema renina-angiotensina-aldosterona, el uso concomitante de diuréticos ahorradores de potasio, los suplementos de potasio, los sustitutos de la sal que contengan potasio u otros medicamentos que puedan causar un aumento de los niveles de potasio (como la heparina) pueden dar lugar a un incremento del potasio sérico. Se han descrito aumentos reversibles de las concentraciones séricas de litio y su toxicidad durante la administración concomitante de litio con inhibidores de la ECA. Un efecto similar puede producirse con antagonistas de receptores de la angiotensina II, recomendándose un cuidadoso control de los niveles séricos de litio durante el uso concomitante. Al igual que con otros agentes antihipertensivos, el efecto antihipertensivo de candesartán puede verse disminuido por medicamentos antiinflamatorios no-esteroides como indometacina. La biodisponibilidad de candesartán no se afecta con la comida. **4.6. Embarazo y lactancia** **Uso durante el embarazo** Se dispone de información muy limitada acerca del uso de Parapres en mujeres embarazadas. Estos datos son insuficientes para permitir establecer conclusiones sobre el riesgo potencial para el feto cuando se emplea durante el primer trimestre. En seres humanos, la perfusión renal fetal, que depende del desarrollo del sistema renina-angiotensina-aldosterona, se inicia durante el segundo trimestre. Por lo tanto, el riesgo para el feto se ve incrementado si se administra Parapres durante el segundo y tercer trimestre del embarazo. Los medicamentos que actúan directamente sobre el sistema renina-angiotensina pueden causar daños fetales y neonatales (hipotensión, insuficiencia renal, oliguria y/o anuria, oligohidramnios, hipoplasia craneal, retraso en el crecimiento intrauterino) y muerte cuando se administran durante el segundo y tercer trimestre del embarazo. Se han descrito también casos de hipoplasia pulmonar, anomalías faciales y contraturas de las extremidades. En estudios en animales realizados con candesartán cilexetilo se han observado lesiones renales durante la última fase de desarrollo fetal y en neonatos. Este efecto se cree debido a la acción farmacológica sobre el sistema renina-angiotensina-aldosterona. De acuerdo a lo expuesto anteriormente, Parapres no deberá administrarse durante el embarazo. En el caso de que la paciente quede embarazada durante el tratamiento con Parapres, éste deberá interrumpirse (ver apartado 4.3. **Contraindicaciones**). **Uso en lactancia** No se conoce si el candesartán pasa a la leche materna en humanos. Sin embargo, el candesartán se excreta en la leche en ratas en período de lactación. Debido al potencial de efectos adversos en el lactante, Parapres no deberá administrarse durante la lactancia materna (ver apartado 4.3. **Contraindicaciones**). **4.7. Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas** El efecto de candesartán sobre la capacidad para conducir y utilizar maquinaria no ha sido estudiado, pero en base a sus propiedades farmacodinámicas, es improbable que candesartán afecte esta capacidad. Al conducir vehículos o utilizar maquinaria, deberá tenerse presente que durante el tratamiento puede producirse desvanecimiento o cansancio. **4.8. Reacciones adversas** **Tratamiento de la hipertensión** Los acontecimientos adversos ocurridos durante los ensayos clínicos controlados fueron leves y transitorios y comparables a los ocurridos durante el tratamiento con placebo. La incidencia global de acontecimientos adversos no mostró relación con la dosis o la edad. Los abandonos durante el tratamiento debido a acontecimientos adversos fueron similares con candesartán cilexetilo (3,1%) y placebo (3,2%). En un análisis conjunto de los datos de los ensayos clínicos, se observaron las siguientes reacciones adversas frecuentes ($> 1/100$) con candesartán cilexetilo en base a una incidencia de reacciones adversas con candesartán cilexetilo de al menos 1% mayor que la incidencia observada con placebo: **Trastornos del sistema nervioso:** Mareo/vértigo, cefalea. **Infecciones e infestaciones:** Infección respiratoria. **Resultados analíticos:** En general, no se ha observado que Parapres produzca alteraciones clínicamente importantes de los parámetros de laboratorio habituales. Al igual que otros inhibidores del sistema renina-angiotensina-aldosterona, se han observado pequeños descensos de hemoglobina. Se han observado aumentos de creatinina, urea o potasio y descensos de sodio. Algunos acontecimientos adversos como incrementos en 5-ALAT (5-GPT), se han notificado de forma ligeramente más frecuente con Parapres que con placebo (1,3% frente a 0,5%). Normalmente no es necesaria la monitorización rutinaria de los parámetros de laboratorio en pacientes que están tomando Parapres. Sin embargo, en pacientes con insuficiencia renal, se recomienda la monitorización periódica de los niveles de potasio sérico y de creatinina. **Tratamiento de la insuficiencia cardíaca** El perfil de acontecimientos adversos de Parapres en pacientes con insuficiencia cardíaca es consistente con la farmacología del fármaco y el estado del paciente. En el programa de ensayos clínicos CHARM, en el que se comparó Parapres en dosis de hasta 32 mg (n=3.803) con placebo (n=3.796), el 21,0% del grupo de candesartán cilexetilo y el 16,1% del grupo placebo interrumpieron el tratamiento debido a acontecimientos adversos. Las reacciones adversas frecuentemente observadas (2/100, $< 1/10$) fueron: **Trastornos vasculares:** Hipotensión. **Trastornos del metabolismo y de la nutrición:** Hipotensión. **Insuficiencia renal:** Insuficiencia renal. **Resultados analíticos:** Aumento de la concentración de creatinina, urea y potasio. Se recomienda el control periódico de los niveles séricos de creatinina sérica y potasio (ver apartado 4.4. **Advertencias y precauciones especiales de empleo**). **Post-comercialización** Durante su comercialización, se han notificado muy raramente ($< 1/10.000$) las siguientes reacciones adversas: **Trastornos de la sangre y del sistema linfático:** Leucopenia, neutropenia y agranulocitosis. **Trastornos del metabolismo y de la nutrición:** Hipotensión, hiponatremia. **Trastornos del sistema nervioso:** Mareo, cefalea. **Trastornos gastrointestinales:** Náuseas. **Trastornos hepatobiliares:** Aumento de enzimas hepáticas, función hepática anormal o hepatitis. **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo:** Angioedema, erupción cutánea, urticaria, prurito. **Trastornos musculoesqueléticos, del tejido conjuntivo y óseo:** Dolor de espalda, artralgia, migraña. **Trastornos renales y urinarios:** Alteración renal, incluyendo insuficiencia renal en pacientes sensibles. (ver apartado 4.4. **Advertencias y precauciones especiales de empleo**). **4.9. Sobredosis** **Síntomas** Considerando su actividad farmacológica, la manifestación más probable es hipotensión sintomática y mareo. En informes de casos individuales de sobredosis de hasta 672 mg de candesartán cilexetilo, la recuperación del paciente no resultó problemática. **Tratamiento** Si se produce una hipotensión sintomática, deberá instaurarse un tratamiento sintomático y monitorizar las constantes vitales. El paciente se colocará en posición supina con las piernas elevadas. Si todo esto no fuera suficiente, deberá aumentarse el volumen plasmático mediante la infusión de, por ejemplo, solución salina isotónica. Si las medidas antes mencionadas no resultan tan efectivas, pueden administrarse medicamentos simpaticomiméticos. Candesartán no se elimina por hemodiálisis. **5. DATOS FARMACÉUTICOS 5.1. Lista de excipientes** Carmelosa de calcio, Hidroxipropilcelulosa, Óxido de hierro rojo E172 (solamente los comprimidos de 8, 16 y 32 mg), Lactosa monohidrato, Estearato de magnesio, Almidón de maíz, Macrogol. **5.2. Incompatibilidades** No aplicable. **5.3. Período de validez** 3 años. **5.4. Precauciones especiales de conservación** No conservar por encima de los 30°C. **5.5. Naturaleza y contenido del recipiente** PARAPRES 4 mg Comprimidos: Envase calendario. Cada envase contiene 14 comprimidos en blister de polipropileno (PP) termoformado recubierto con una lámina de aluminio. PARAPRES 8 mg Comprimidos: Envase calendario. Cada envase contiene 28 comprimidos en blister de polipropileno (PP) termoformado recubierto con una lámina de aluminio. Envase clínico de 500 comprimidos. PARAPRES 16 mg Comprimidos: Envase calendario. Cada envase contiene 28 comprimidos en blister de polipropileno (PP) termoformado recubierto con una lámina de aluminio. Envase clínico de 300 comprimidos. **5.6. Instrucciones de uso y manipulación** No existen requerimientos especiales. **6. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN** Laboratorios Almirall, S.A. General Mitre, 151 08022 - Barcelona **7. NÚMERO DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN** PARAPRES 4 mg Comprimidos: 62.006. PARAPRES 8 mg Comprimidos: 62.007. PARAPRES 16 mg Comprimidos: 62.008. PARAPRES 32 mg Comprimidos: 66.729. **8. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/REVALIDACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN** PARAPRES 4 mg Comprimidos: Julio de 1998/Abril de 2002. PARAPRES 8 mg Comprimidos: Julio de 1998/Abril de 2002. PARAPRES 16 mg Comprimidos: Julio de 1998/Abril de 2002. PARAPRES 32 mg Comprimidos: Abril de 2005. **9. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO** Junio de 2005. **10. FECHA DE LA ELABORACIÓN DEL MATERIAL** Marzo de 2007. **11. PRESENTACIONES Y PVP** PARAPRES 4 mg Comprimidos, envase con 14 comprimidos de 4 mg, 10,01 € (I.V.A.). PARAPRES 8 mg Comprimidos, envase con 28 comprimidos de 8 mg, 23,78 € (I.V.A.). PARAPRES 16 mg Comprimidos, envase con 28 comprimidos de 16 mg, 25,93 € (I.V.A.). PARAPRES 32 mg Comprimidos, envase con 28 comprimidos de 32 mg, 34,95 € (I.V.A.). Con receta médica. Financiado por el SNS con aportación reducida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Elmfield D et al. The relationship between dose and antihypertensive effect of four AT₁ receptor blockers. Differences in potency and efficacy. Blood Pressure 2002; 11:293-301. 2. Bakris G and the CLAIM study investigators. Antihypertensive efficacy of candesartan in comparison to losartan. The CLAIM study. J Clin Hypertens 2001; 3:16-21. 3. Lacourcière Y et al. for the candesartan/losartan study investigators. A comparison of efficacy and duration of action of candesartan cilexetil and losartan as assessed by clinical and ambulatory blood pressure after a missed dose, in truly hypertensive patients. A placebo-controlled, forced titration study. Am J Hypertens 1999; 12:1181-1187. 4. Pfeffer MA et al. Effects of candesartan on mortality and morbidity in patients with chronic heart failure: the CHARM-Overall programme. Lancet 2003; 362:759-766. 5. Young JB et al. Mortality and morbidity reduction with candesartan in patients with chronic heart failure and left ventricular systolic dysfunction. Results of the CHARM low-left ventricular ejection fraction trials. Circulation 2004; 110:2618-2626. 6. McMurray JJ et al. Effects of candesartan in patients with chronic heart failure and reduced left-ventricular systolic function taking angiotensin-converting-enzyme inhibitors: The CHARM-Added trial. Lancet 2003; 362:767-771. Fichas técnicas Parapres®

IC: insuficiencia cardíaca

Licenciado por:
TAKEDA CHEMICAL INDUSTRIES LTD.



Almirall

Soluciones pensando en ti

32
nueva
PRESENTACIÓN



PARAPRES® 32

CANDESARTÁN

Para vivir más y mejor



Parapres® 32 mg, **más potencia y más protección cardiovascular** para su paciente hipertenso

- Más potencia antihipertensiva que otros ARA II^{1,2}
- Más allá de 24 horas de eficacia en una sola dosis³
- Único ARA II que reduce la morbi-mortalidad cardiovascular* 4,5
- Único ARA II que ha demostrado protección cardiovascular en combinación con IECA y β -bloqueantes* 6,7
- Ahora, nueva indicación en insuficiencia cardiaca⁷



*En pacientes con IC



 **Almirall**

Soluciones pensando en ti

www.almirall.es



COMUNICACIÓN 059

ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ESTABLECIDA EN PACIENTES HIPERTENSOS EN ANDALUCÍA. IMPACTO DE LA HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA Y LA FIBRILACIÓN AURICULAR: ESTUDIO PREHVA

Autores: Ureña Fernández T., Martín Rioboo E., Anguita Sánchez M., López Granados A., García Criado E., Cea Calvo L., Pélula de Torres L., Molina Díaz R., García Matarín L., Espino Montoro A., e investigadores del estudio PREHVA

C. Trabajo: Grupo HTA de SANFYC, Sociedad Andaluza de Cardiología, Sociedad Andaluza de HTA y Riesgo Vascular

OBJETIVO: Evaluar la prevalencia de enfermedad cardiovascular establecida (ECV) en una muestra de pacientes con hipertensión arterial (HTA) de la Comunidad Autónoma de Andalucía, y los factores asociados a la misma.

MÉTODOS: Estudio epidemiológico, transversal y multicéntrico con muestreo aleatorio del número de centros asignados, proporcional a población urbana/rural. Se incluyeron sujetos hipertensos de 35 o más años de edad seguidos en centros de Atención Primaria de Andalucía. Se diagnosticó la hipertrofia ventricular izquierda (HVI) cuando el paciente cumplía uno de los siguientes criterios: Cornell (RaVL + SV3 >20mm en mujeres y >28mm en varones), producto duración/voltaje de Cornell, o de Sokolow-Lyon (SV1 + RV5-6 >38mm). La ECV se diagnosticó conforme a los datos de la historia clínica.

RESULTADOS: 583 pacientes fueron válidos para el análisis (54,7% mujeres, edad 65,2±10,9 años, 50,5% con obesidad). El 21,1% presentaron un filtrado glomerular <60 ml/min/1,73m², y el 11,5% HVI electrocardiográfica. Cumplieron objetivos de control de presión arterial el 40,6% de los pacientes (el 51,0% de los no diabéticos y el 14,3% de los diabéticos). Presentaron ECV establecida el 22,1% de los pacientes, y fibrilación auricular el 5,3%. La prevalencia de las distintas ECV fue: infarto de miocardio 3,6%, angina 9,9%, insuficiencia cardíaca 7,0%, claudicación intermitente 6,9% y enfermedad cerebrovascular 5,7%. En un análisis multivariante, los factores más asociados a la ECV establecida fueron la edad, el sexo, la diabetes mellitus, la HVI, la fibrilación auricular y la obesidad. Los pacientes con HVI presentaron casi el doble de ECV (OR 1,90 [IC 95% 1,00-3,61], p=0,051), mientras que la fibrilación auricular multiplicó por tres la prevalencia de ECV (OR 2,89 [IC 95% 1,25-6,65], p=0,013). La diabetes mellitus (OR 1,53 [IC 95% 0,96-2,44], p=0,077) y la obesidad (OR 2,11 [IC 95% 0,96-4,60], p=0,062) también se asociaron con la presencia de ECV (sin significación estadística).

CONCLUSIONES: En pacientes con HTA en Andalucía, el 22,1% presentaron algún tipo de ECV establecida, y ésta mostró una fuerte asociación con la presencia de fibrilación auricular, así como, con menor intensidad, con la HVI, obesidad y diabetes

COMUNICACIÓN 060

ANÁLISIS DE LAS DIFERENCIAS DE GÉNERO EN EL PRONÓSTICO A LARGO PLAZO DE PACIENTES SEGUIDOS EN CONSULTA DE INSUFICIENCIA CARDÍACA

Autores: I. Leruite Martín, M.A. Ramírez Marrero, J.M. García Pinilla, A. Domínguez Franco, M. Jiménez Navarro, E. De Teresa Galván

C. Trabajo: Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga

INTRODUCCIÓN: Existen datos controvertidos sobre la influencia del género en el pronóstico de pacientes con insuficiencia cardíaca (IC). Nuestro objetivo fue analizar la repercusión pronóstica del sexo en pacientes atendidos en consulta de IC.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudiamos a 191 pacientes atendidos en consulta de IC, desde Mayo de 2005 a Julio de 2006, analizando la influencia del sexo sobre las tasas de mortalidad, ingreso hospitalario por IC, y un objetivo combinado formado por mortalidad, ingreso hospitalario por IC, ingreso hospitalario por infarto agudo de miocardio (IAM), necesidad de revascularización coronaria o cirugía valvular y derivación para trasplante cardíaco, completándose un seguimiento con una mediana de 13 meses.

RESULTADOS: El 28,8% (55 pacientes) eran mujeres, más ancianas (47,3% mayores de 70 años, frente al 28,7% de los hombres, p=0,012) e hipertensas (61,8% vs 42,6%, p=0,012). Predominó la etiología isquémica de la IC en los hombres (40,4% vs 20%, p=0,005). No encontramos diferencias respecto a la mortalidad cardiovascular (3,8% en mujeres vs. 7,5% en varones, p=0,28), reingreso por IC (15,1% vs. 13,4%, p=0,46), ingreso por IAM (1,9% vs. 2,2%, p=0,68), necesidad de revascularización coronaria (1,9 vs 2,2%, p=0,68) o cirugía valvular (0% vs. 0,7%, p=0,71), derivación para trasplante (1,9% vs. 5,2%, p=0,28) ni en el objetivo combinado (18,9% vs. 14,9%, p=0,32). El análisis multivariante reveló que el sexo no era predictor independiente de mortalidad ni de eventos cardiovasculares adversos.

CONCLUSIONES: En nuestra serie, el sexo no se relaciona con el pronóstico a largo plazo de pacientes atendidos en consulta de IC.

COMUNICACIÓN 061

EFFECTO A LARGO PLAZO DE LA TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN CARDÍACA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA AVANZADA.

Autores: A. Rodríguez-Almodovar, D. Mesa, M. Delgado, C. Duran, E. Romo, M. Ruiz, F. Esteban, F. Mazuelos, A. Gamez, J.L. Bonilla, A. Lopez Granados, J.C. Castillo, M. Anguita, J.M. Arizón, J. Suarez de Lezo.

C. Trabajo: H. U. Reina Sofía Córdoba

OBJETIVO: Analizar la evolución a largo plazo de los pacientes (pts) con insuficiencia cardíaca (IC) tratados con terapia de resincronización cardíaca (TRC) aislada o en combinación con un desfibrilador automático implantable (DAI), en la práctica clínica diaria.

MÉTODOS: Desde Febrero 2003 a Enero del 2007, 52 pts con IC avanzada con tratamiento óptimo y disfunción severa de ventrículo izquierdo (FEVI<35%), se les sometió a TRC, aislada o en combinación con DAI (33%). En todos ellos, se valoró la asincronía mecánica por ecocardiografía. Consideramos un tiempo de llenado del VI del 40% del ciclo cardíaco como asincronía aurículo ventricular (AV). La asincronía interventricular (VV) como el retraso mecánico interventricular y la intraventricular como el retraso entre la pared posterior y septal en modo M y el máximo retraso entre segmentos por Doppler tisular. Seis pts no presentaban criterios de asincronía y 3 con un QRS<120 mseg se les sometió a TRC por cumplir dichos criterios. Los intervalos AV y VV se optimizaron en cada pt. Se consideraron eventos mayores la muerte por cualquier causa, el trasplante cardíaco y el ingreso por IC.

RESULTADOS: La causa más frecuente de IC fue la idiopática (42,3%), seguida de la isquémica (26,9%). La anchura del QRS media fue de 157.1±31,1 mseg y 8 pts (15, 4%) tenían fibrilación auricular. El seguimiento medio fue de 15±9 meses. Observamos una mejoría estadísticamente significativa en la FEVI (23,00±8,82 a 30,75 ± 12,26, p<0,05), en la dP/dt (303,71±193,17 a 631,71±324,47, p<0,05), así como de los diámetros ventriculares (diastólico de VI :76,17±9,45 a 72,62±10,51 p<0,05 y sistólico VI: 68,09±10,64 a 62,41±11,83 p<0,05). En el seguimiento hubo 7 muertes (3 súbitas en pts sin DAI, 2 por IC, 1 por cáncer, 1 por neumonía). Dos pts recibieron un trasplante cardíaco y 9 ingresaron por IC. La supervivencia global y libre de eventos al año de seguimiento fue del 89% y 78%, respectivamente.

CONCLUSIÓN: La TRC produce una mejoría de los parámetros de función y diámetros de VI a largo plazo. La supervivencia global y libre de eventos de los pts tratados con TRC puede considerarse elevada, en una enfermedad con una gran morbimortalidad.

COMUNICACIÓN 062

¿EXISTEN DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y EL MANEJO DE LOS PACIENTES EN SEGUIMIENTO EN CONSULTA DE INSUFICIENCIA CARDÍACA?

Autores: M.A. Ramírez Marrero, I. Leruite Martín, J.M. García Pinilla, A. Domínguez Franco, M. Jiménez Navarro, E. De Teresa Galván

C. Trabajo: Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga

INTRODUCCIÓN: La insuficiencia cardíaca (IC), sigue presentando elevadas tasas de morbi-mortalidad y reingresos hospitalarios. Podría existir un sesgo de género en el manejo farmacológico y en la realización de pruebas complementarias en estos pacientes. Nuestro objetivo fue comparar los datos epidemiológicos y el manejo de los pacientes con IC atendidos en consulta de IC en relación al sexo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Analizamos las características clínicas, tratamiento y realización de pruebas complementarias en 191 pacientes revisados en consulta de IC, desde Mayo de 2005 a Julio de 2006, completando un seguimiento con una mediana de 13 meses.

RESULTADOS: El 28,8% (55 pacientes) eran mujeres, con una edad más avanzada que los hombres (65,4 ± 12 años vs 60,1 ± 12,8 años, p=0,01), y mayor porcentaje de hipertensión arterial (61,8 vs. 42,6, p=0,012). No encontramos diferencias significativas en la comorbilidad de ambos grupos (medido con el índice de Charlson (2,709 ± 1,58 vs. 2,904 ± 1,88, p=0,49). Respecto a la etiología de la IC, en la mujer predominó la idiopática-hipertensiva (43,7%), frente a la isquémica (40,4%) en el hombre. No encontramos diferencias en el grado funcional según la clasificación de la NYHA tanto en la primera visita como tras completar el seguimiento, así como en la existencia de ritmo sinusal en ambos sexos. Los hombres presentaron con mayor frecuencia disfunción ventricular sistólica (definida como FE ≤ 45%) (81,5% vs. 69,1%, p=0,04). No encontramos diferencias respecto a la realización de otras pruebas diagnósticas según el sexo, implante de dispositivos, ni en el empleo y dosis diaria de betabloqueantes, IECAs, ARA-II ni antiandrogénicos tras la visita inicial y el seguimiento. Se observó mayor empleo de nitratos en el hombre tras el seguimiento (20% vs. 5,7%, p=0,01).

CONCLUSIONES: 1. Encontramos diferencias de género en las características epidemiológicas de pacientes atendidos en consulta de IC. 2. No encontramos diferencias significativas en su manejo diagnóstico y terapéutico.

**COMUNICACIÓN 063****DOCTOR, ¿PUEDO CONDUCIR?**

Autores: J.A. Cano Nieto, R. Peñafiel Burkhardt, A. Cordero Aguilar, D. Gaitán Román, J. M. Pérez Ruiz, M. de Mora Martín, F. Malpartida de Torres.

C. Trabajo: Servicio de Cardiología. Hospital Regional Universitario Carlos Haya.

INTRODUCCIÓN: Actualmente la mortalidad por enfermedades cardiovasculares ha disminuido gracias a los avances en terapéutica y diagnóstico. Los enfermos que sobreviven a un evento cardiaco potencialmente mortal deben incorporarse a su vida normal encontrándose en muchas ocasiones con dudas sobre la realización de actividades cotidianas como la conducción de vehículos. La conducción es necesaria en la sociedad actual con fines laborales y sociales.

OBJETIVOS: Evaluación de la capacidad informativa de los profesionales sanitarios en especialidades cardiovasculares sobre recomendaciones al alta con respecto a la conducción de vehículos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional transversal con recogida de datos mediante encuestas de diez preguntas de respuesta múltiple entregada a facultativos y médicos internos residentes de los Servicios de Cardiología, Cirugía Cardiovascular y Unidad Coronaria del Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Las diez preguntas abordaron cuestiones sobre el tiempo tras el alta hospitalaria durante el cual los pacientes que hubieran sufrido algún evento cardiaco no pudieran conducir, tomando como referencias la normativa española según las guías de práctica clínica de la Sociedad Española y Europea de Cardiología. Los datos recogidos fueron analizados mediante el estadístico SPSS 11.5.

RESULTADOS: Se realizaron encuestas a 41 personas de las cuales 10 obtuvieron resultados por encima de cinco puntos sobre diez (24,3%). Del total de preguntas respondidas las que tuvieron más número de aciertos fueron las de recomendaciones al alta sobre marcapasos (48,7%) y revascularización mediante stent (51,2%). Las que menos se acertaron fueron las recomendaciones de la conducción al alta tras intervención de revascularización quirúrgica (26%) y recomendaciones en conductores profesionales (14%) tras eventos cardiacos.

CONCLUSIONES: Las recomendaciones de conducción de vehículos al alta tras eventos cardiacos respecto a la normativa vigente es poco conocida en profesionales sanitarios de área cardiovascular.

COMUNICACIÓN 064**¿SON FIABLES LOS DATOS ECOCARDIOGRÁFICOS PARA VALORAR LA PRESIÓN ARTERIAL PULMONAR PREVIA AL TRASPLANTE CARDÍACO?**

Autores: M^a Victoria Mogollón, M^a Luisa Cabeza, Rafael Hinojosa, Ernesto Lage, Manuel Sobrino, Ángel Herruzo, Mónica Fernández Quero, Manuel Frutos, Rocío Pérez de la Yglesia, Nieves Romero, Ángel Martínez Martínez.

C. Trabajo: Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

INTRODUCCIÓN: El cateterismo derecho junto con la ecocardiografía forman parte del protocolo habitual del estudio de trasplante cardíaco.

OBJETIVOS: Estimar la fiabilidad de la medida de la presión arterial pulmonar (PAP) mediante una técnica no invasiva, como la ecocardiografía, respecto a la estimada por cateterismo derecho y determinar la seguridad de limitar los procedimientos invasivos sólo a los pacientes con hipertensión pulmonar (HTP) según parámetros ecocardiográficos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Análisis retrospectivo de todos los cateterismos derechos realizados en nuestro centro, dentro del protocolo de estudio de trasplante cardíaco, desde enero del 2000 hasta diciembre del 2006.

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 67 pacientes con parámetros de PAP estimados mediante ecocardiografía y cateterismo derecho. La media de PAP sistólica estimada por ecocardiografía fue de 63,28±21,19 mmHg, mientras que la PAP sistólica media calculada por método invasivo fue de 58,06±21,87 mmHg, siendo el índice de correlación de Pearson entre ambos métodos de 0,69 (p<0,001). Se consideró HTP significativa por ecocardiografía si la PAP sistólica era superior 40 mmHg y por cateterismo cuando la PAP media mayor de 35 mmHg (valor a partir del cual se realiza test vasodilatador). Según estos parámetros la sensibilidad de la ecocardiografía para diagnosticar HTP significativa fue del 89%, la especificidad del 46%, con valor predictivo positivo del 70% y negativo del 76%.

CONCLUSIONES: La ecocardiografía transtorácica es un método útil para el diagnóstico y seguimiento de la HTP previa al trasplante cardíaco. La estimación de la PAP por ecocardiografía podría evitar realizar sistemáticamente estudios invasivos a todos los pacientes como protocolo pretrasplante.

COMUNICACIÓN 065**EPIDEMIOLOGÍA DE LA PATOLOGÍA PERICÁRDICA**

Autores: R. Peñafiel Burkhardt, J.A. Cano Nieto, L.D. Muñoz Jiménez, A. Cordero Aguilar, A. Esteban Luque, J.M. Pérez Ruiz, M. de Mora Martín, F. Malpartida de Torres.

C. Trabajo: Hospital Regional Universitario Carlos Haya

INTRODUCCIÓN: Las enfermedades del pericardio son relativamente frecuentes y en nuestro medio están poco estudiadas dada su baja mortalidad y buen pronóstico, aunque en algunas ocasiones son el primer síntoma de enfermedades graves, sistémicas o neoplásicas.

Objetivos: revisar las etiologías de la patología pericárdica con ingreso hospitalario y analizar su manejo.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un estudio transversal con 293 ingresos hospitalarios desde Enero de 2000 y Septiembre de 2006. Para ello se recogieron datos de historias clínicas y fueron analizados con el estadístico SPSS versión 12.0.

RESULTADOS: Las formas clínicas globales más frecuentes fueron el derrame pericárdico (51,5%) y la pericarditis aguda (38,6%). En las pericarditis agudas la cantidad de pericarditis idiopáticas fue de 64,8% la etiología urémica siendo la segunda en frecuencia (8,5%). Se complicaron un 44,5% de los cuales presentaron miocarditis el 28,2% y asociaron derrame con compromiso hemodinámico y/o taponamiento en 16,2% de los ingresos con una mortalidad del 15,4% durante el ingreso. En el grupo de los derrames pericárdicos las formas idiopáticas fueron las formas más frecuentes (31,1%) seguido de los derrames postquirúrgicos (21,9%) y neoplásicos (9,3%). Las pruebas de laboratorio no se efectuaron o no fueron concluyentes siendo los enzimas de daño miocárdico las determinaciones más útiles para detectar complicaciones. La prueba de imagen más usada fue la ecocardiografía (89,9%) con derrame pericárdico en dos tercios de los ingresos muchos de los cuales fueron severos (30%), otras pruebas de imagen fueron tomografía computarizada (32,8%) o Cateterismo cardiaco (8,2%).

CONCLUSIONES: La patología pericárdica continúa siendo una gran desconocida con baja mortalidad y buena evolución. En el manejo hospitalario las pruebas complementarias realizadas fueron más útiles para descartar complicaciones del proceso que para descubrir la etiología última del proceso.

COMUNICACIÓN 066**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS DIABÉTICOS INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA EN ANDALUCÍA**

Autores: Beatriz Pérez Villardón, José Manuel García Pinilla, Manuel Jiménez Navarro, Manuel Anguita Sánchez, Ángel Martínez Martínez, Francisco Torres Calvo; en representación de los Investigadores del Estudio RAIC

C. Trabajo: Grupo de Trabajo de Insuficiencia Cardíaca. Sociedad Andaluza de Cardiología

INTRODUCCIÓN: La incidencia de diabetes mellitus (DM) es alta en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC). Nuestro objetivo fue analizar la existencia de diferencias en una serie de variables demográficas, epidemiológicas y clínicas según el diagnóstico previo de DM en una muestra de pacientes (p) ingresados por IC.

MÉTODOS: Se tomó como muestra de estudio a los p incluidos en el Estudio RAIC (Registro Andaluz de Insuficiencia Cardíaca). Se consideró diabéticos a los p con diagnóstico previo o tratamiento farmacológico habitual frente a esta patología. Se comparó a los diabéticos y no diabéticos respecto a las principales características demográficas, epidemiológicas, clínicas, métodos de diagnóstico utilizados y tratamiento.

RESULTADOS: Se analizaron 795 p (54,1% hombres, edad media 71 ± 11 años). 362 p eran diabéticos (45,5%). Se objetivó un mayor porcentaje de mujeres entre los diabéticos (51,5% frente a 41,6%, p=0,007). También se constataron mayores porcentajes de HTA (78,7% vs 59,6%, p<0,001) y dislipémicos (43,9% frente a 22,6%, p<0,001) entre los diabéticos. El porcentaje de p con etiología isquémica o hipertensiva fue superior en diabéticos (43,6% frente a 31,6%, p<0,001; y 45,3% frente a 33,9%, p=0,001). Entre los factores desencadenantes de la IC, predominó la isquemia coronaria entre los diabéticos (26,8% frente a 19,4%, p=0,013) y la fibrilación auricular en los no diabéticos (25,9% frente a 15,7%, p=0,001). El porcentaje de p en fibrilación auricular fue superior en los no diabéticos (49,9% frente a 39,5%, p=0,021). En los diabéticos se realizó coronariografía en mayor medida (48,6% frente a 37,6%, p=0,003), con mayor tasa de enfermedad multivascular (21,3% frente a 10,9%, p<0,001). No hubo diferencias en el porcentaje de utilización de IECA/ARA-Is o betabloqueantes al alta, aunque los diabéticos recibieron mayores porcentajes de aspirina (57,5% frente a 42,3%, p<0,001) e hipolipemiantes (44,8% frente a 28,4%, p<0,001).

CONCLUSIONES: 1. El porcentaje de pacientes con DM ingresados por IC es alto en nuestro medio. 2. Se objetivaron diferencias demográficas, epidemiológicas, clínicas y de tratamiento entre diabéticos y no diabéticos ingresados por IC.



COMUNICACIÓN 067

INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO Y DIABETES MELLITUS EN LA VARIABILIDAD DE LA PRESIÓN ARTERIAL

Autores: Inés Leruite Martín; Ángel Montiel Trujillo; Juan Robledo Carmona; Eloy Rueda Calle, Juan J. Gómez Doblas y Eduardo de Teresa Galván.
C. Trabajo: Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga

INTRODUCCIÓN: La monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) se considera actualmente la técnica más fiable para un diagnóstico exacto de la hipertensión arterial (HTA) y para valorar la eficacia de los fármacos antihipertensivos. Nuestro objetivo fue determinar mediante MAPA la influencia de la terapia antihipertensiva y la presencia de Diabetes Mellitus (DM) en la variabilidad de la presión arterial así como establecer la prevalencia del efecto de bata blanca (EBB) y el patrón de variabilidad de nuestra muestra.

MATERIAL Y MÉTODO: Tomamos una muestra de 111 pacientes (66,7% varones y 33,3% mujeres) procedentes de consulta externa de cardiología, seguidos durante un período de dos años, a los que se les realizó MAPA.

RESULTADOS: El 12,6% (n=14) no recibían antihipertensivos, el 22,5% (n=25) monoterapia, 24,3% (n=27) dos fármacos, 16,2% (n=18) tres y 24,3% (n=27) cuatro o más. El 100% tenían hipertensión arterial, el 65% aumento del perímetro abdominal (varones >102 cm, mujeres >88 cm), 58% dislipemia, 58% edad considerada marcador de riesgo (>55 años en varón y >65 años en mujer), 60% tabaquismo, 22% DM y 3% antecedentes de enfermedad cerebrovascular precoz. En diabéticos las cifras medias de presión arterial sistólica/diastólica (PAS/PAD) fueron mayores que en no diabéticos. Además presentaron menor descenso durante el sueño, siendo más marcadas las diferencias en la PAD respecto a no diabéticos. Los no tratados tuvieron cifras de PAS/PAD mayores que los tratados excepto durante el sueño (118/66 diabéticos frente a 117/67 no diabéticos) y los tratados por la mañana y noche tuvieron mejor control tensional. La prevalencia de los patrones de variabilidad en nuestra muestra fueron: 50,9% Non-dipper, 35,8% Dipper, 13,2% Riser y 0% "Extreme dipper". El 15,3% de sujetos con control de tensión en MAPA no lo presentaban en consulta (posible EBB) y el 11,7% con control en consulta no lo tenían en MAPA (posible HTA enmascarada). Del total de pacientes Dipper: el 50% no recibían antihipertensivos y el 30,9% sí, de los "Extreme dipper": el 14,3% no los recibían y el 5,2% sí, de los Non-dipper el 47,4% sí y el 35,7% no y del total de Riser 16,55% (el 100% en términos absolutos) eran tratados.

CONCLUSIONES: En el estudio la presencia de DM se asoció a peor control de cifras tensionales y a un patrón de variabilidad de mayor riesgo para eventos cardíacos y cerebrovasculares, no así el tratamiento antihipertensivo.

COMUNICACIÓN 068

SÍNDROMES QT LARGO CONGENITO "OCULTOS" DESENMASCARADOS TRAS TEST CATECOLAMINÉRGICOS.

Autores: Isidro Hernández Fernández. Luis Tercedor. Miguel Alvarez.
C. Trabajo: Servicio de Cardiología. Hospital Virgen de las Nieves. Granada.

Están descritas formas genotípicas de Síndrome QT Largo Congénito sin expresión fenotípica clásica y con ECG basal normal. Dado que el diagnóstico genotípico no está disponible en la práctica clínica habitual además de la sabida variabilidad genética creemos de utilidad clínica de ciertos test farmacológicos catecolaminérgicos. Presentamos una serie de seis pacientes jóvenes, incluyendo familiares directos, con antecedentes de muerte súbita recuperada o síncope recorrente de esfuerzo, sin cardiopatía estructural y con resto de pruebas complementarias normales, incluyendo QTc en ECG seriados. Fueron sometidos a test catecolaminérgicos (isoprenalina o epinefrina) desenmascarando en tres de ellos Sínd QT Largo Congénito "oculto" (alargamiento progresivo QTc con dosis crecientes según protocolo establecido). Tras diagnóstico en tratamiento con betabloqueantes y en una paciente implantación de DAI monocameral por muerte súbita recuperada. Asintomáticos y sin eventos arrítmicos en registros holter/DAI. Por lo tanto, ante pacientes jóvenes sin cardiopatía estructural, con antecedentes de muerte súbita recuperada o síncope de perfil cardiogénico, así como en familiares directos, son de utilidad estos test catecolaminérgicos para diagnóstico de ciertas formas de Síndrome QT Largo Congénito sin expresión fenotípica clásica y donde el diagnóstico genotípico no está al alcance en la práctica clínica habitual.

COMUNICACIÓN 069

CIERRE PERCUTÁNEO DE COMUNICACIONES INTERAURICULARES CRIBIFORMES

Autores: Fátima Esteban, José Suárez de Lezo, Manuel Pan, Dolores Mesa, Francisco Mazuelos, Soledad Ojeda, Miguel Romero, Carmen Durán, José Segura, Ana Rodríguez, Ignacio Tejero, Djorje Pavlovic, Alvaro Moreno, German Hernández.
C. Trabajo: Hospital Reina Sofía. Servicio Cardiología. Córdoba

INTRODUCCIÓN: Poco se conoce acerca de la efectividad y seguridad del cierre percutáneo de las comunicaciones interauriculares cribiformes. Este estudio analiza la efectividad de un nuevo dispositivo Amplatzer Occluder para defectos cribiformes (Golden Valley, Minn) en el cierre de este tipo de fenestraciones.

PACIENTES Y MÉTODO: Estudiamos retrospectivamente los resultados iniciales de 48 pacientes, con una edad media de 37±22 años, que presentaban una comunicación interatrial multiperforada y a los que se realizó un cateterismo cardíaco. Previo a la aparición del nuevo dispositivo los pacientes eran tratados con un dispositivo (28 pacientes) con dos dispositivos (8 pacientes) y a veces con tres (1 paciente), tras la aparición del nuevo oclusor los 10 pacientes fueron tratados con el nuevo dispositivo.

RESULTADOS: El cierre del defecto interatrial fue posible en todos los pacientes excepto en uno. Observamos un cortocircuito residual leve en el estudio postinmediato en 13/37 (35%) pacientes en el grupo de cierre convencional y en 3/10 (30%) pacientes en el grupo tratado con el nuevo dispositivo. Este pequeño cortocircuito residual desapareció en el estudio ecocardiográfico transtorácico realizado antes del alta, en todos menos en 4 pacientes todos tratados con el dispositivo convencional. Las complicaciones más frecuentes fueron la aparición de arritmias leves en dos pacientes, el taponamiento pericárdico en un paciente, la embolización del dispositivo en otro y una complicación femoral. El tiempo del procedimiento fue de 25.3 ± 8.7 minutos en el grupo tratado con el nuevo dispositivo frente a los 18.19 ± 3.5 minutos en los tratados con el dispositivo convencional (p=0,02).

CONCLUSIONES: El cierre percutáneo de los defectos interatriales multiperforados con el nuevo dispositivo Amplatzer se muestra como una alternativa terapéutica eficaz y segura con escasas complicaciones a corto plazo.

COMUNICACIÓN 070

RESULTADOS A LARGO PLAZO DEL CIERRE PERCUTÁNEO DE LA COMUNICACIÓN INTERAURICULAR EN EL ANCIANO

Autores: Durán C.; Suarez de Lezo J.; Pan M.; Romero M.; Segura J.; Pavlovic D.; Ojeda S.; Mazuelos F.; Esteban F.; Suarez de Lezo J.; Rodriguez-Almadozar A.; Hernandez G.; Moreno A.
C. Trabajo: Hospital Reina Sofía

OBJETIVO: El anciano con comunicación interauricular (CIA) habitualmente se encuentra en peor clase funcional (CF) y en fibrilación auricular. El cierre percutáneo de la CIA es una alternativa al quirúrgico. La información respecto a la seguridad y eficacia a largo plazo del cierre percutáneo en estos pacientes (pts) es limitada.

MÉTODOS: De 251 pts seleccionados para cierre percutáneo de CIA, 60 eran mayores de 60 años (media 67 ± 5 años). Previo al tratamiento, 14 pts (23%) se encontraban en CF III-IV, 12 (20%) estaban en fibrilación auricular y 12 (20%) tenían patologías asociadas (4 enfermedad coronaria, 3 valvulopatías y 1 ductus arterioso). La presión sistólica pulmonar (PSP) fue de 46 ± 21 mmHg y la media del QP/QS fue 2 ± 0.8; 3 pts tenían shunt bidireccional. El diámetro medio de la CIA fue de 25 ± 7 mm, 4 pts presentaron aneurisma del septo y 12 múltiples orificios. Después del cierre el seguimiento medio fue de 4 ± 2.5 años.

RESULTADOS: Tras el procedimiento guiado por ecocardiograma transeofágico, no se intentó el cierre en 5 pts por un gran tamaño del defecto, en uno no fue posible la implantación del Amplatzer, obteniéndose un éxito primario en 54 pts (90%). El tamaño medio del dispositivo fue 27 ± 6 mm; 2 pts recibieron 2 dispositivos. Seis se sometieron a procedimientos percutáneos combinados (stents coronarios en 4 pts, 1 valvuloplastia mitral y 1 cierre de ductus). Inmediatamente después del cierre, la PSP descendió a 40 ± 20 mmHg (p<0.001) y el QP/QS a 1.08±0.7 (p<0.001). No hubo complicaciones mayores. Se comprobó el cierre completo por doppler al alta en 46 pts (85%). En el seguimiento, 4 murieron (6%); 2 muertes no cardíacas, un infarto de miocardio y 1 en insuficiencia cardíaca. Ningún pt ha requerido cierre quirúrgico por shunt residual. Hubo 4 ingresos por insuficiencia cardíaca. Clínicamente, 48 pts (89%) se encuentran en clase funcional I-II con oclusión completa de la CIA. Dos pts con shunt residual están en clase funcional III a pesar de tratamiento médico. El estudio Doppler realizado con una media de 3±2 años después del cierre, muestra una reducción de la PSP (34±12 mmHg; p<0.001).

CONCLUSIÓN: La mayoría de ancianos con CIA tienen mejoría clínica y hemodinámica, que se mantiene a largo plazo.

PRIMER Y ÚNICO¹ ARA-II CON EFICACIA Y EVIDENCIA* EN HTA, IC E IAM^{1,2,3}

9 de cada **10** *pacientes en objetivo*^{†4}

 **DIOVAN[®] 160**
VALSARTAN

 **Co-Diovan[®] 160**
VALSARTAN 160mg + HCTZ 12,5mg

 **Co-Diovan[®] Forte**
VALSARTAN 160mg + HCTZ 25mg



 **NOVARTIS**

Novartis Farmacéutica S.A.
Gran Vía de les Corts Catalanes, 764
Tel. 93 306 42 00 - 08013 Barcelona
www.novartis.es

* Avalada en Ficha Técnica de DIOVAN[®] 160 mg

† Este meta-análisis incluye nueve estudios randomizados, doble-ciego, controlados con placebo, ramas paralelas de similar diseño, aproximadamente el 90% de pacientes alcanzaron el objetivo (< 140/90) con Valsartan/HCTZ

www.SaludCardiovascular.com

ESDIO11598ANU042207

DIOVAN® 160 mg comprimidos recubiertos con película 1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO Diovan® 160 mg comprimidos recubiertos con película 2. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA** Un comprimido recubierto con película contiene 160 mg de valsartán. Lista de excipientes, en sección 6.1. 3. **FORMA FARMACÉUTICA** Comprimidos recubiertos con película. Comprimidos de color naranja grisáceo, ovalados, con ranura en una cara, convexos y con la marca DX/DX en una cara y NVR en la otra cara. **DATOS CLÍNICOS 4.1. Indicaciones terapéuticas Hipertensión** Tratamiento de la hipertensión arterial esencial. **Infarto de miocardio reciente** Tratamiento de pacientes clínicamente estables con insuficiencia cardíaca sintomática o disfunción sistólica asintomática del ventrículo izquierdo después de un infarto de miocardio reciente (12 horas - 10 días) (véase sección 4.4. "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). **Insuficiencia cardíaca** Tratamiento de la insuficiencia cardíaca sintomática cuando no se puedan utilizar inhibidores de la ECA, o como tratamiento añadido a los inhibidores de la ECA cuando no se puedan utilizar betabloqueantes (véase sección 4.4. "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). 4.2. **Posología y forma de administración Hipertensión** La dosis recomendada de Diovan es de 80 mg una vez al día. El efecto antihipertensivo máximo se observa tras cuatro semanas. Si no se obtiene un control adecuado de la presión arterial, puede incrementarse la dosis diaria a 160 mg. Diovan puede administrarse también con otros agentes antihipertensivos. La adición de un diurético como hidroclorotiazida, disminuirá todavía más la presión arterial en estos pacientes. **Infarto de miocardio reciente** En pacientes clínicamente estables, el tratamiento puede iniciarse a las 12 horas de un infarto de miocardio. Tras una dosis inicial de 20 mg dos veces al día, valsartán deberá titularse a 40 mg, 80 mg y 160 mg dos veces al día en las semanas siguientes. La dosis de inicio se obtiene a partir del comprimido divisible de 40 mg. La dosis objetivo máxima es 160 mg dos veces al día. En general, se recomienda que los pacientes alcancen un nivel de dosificación de 80 mg dos veces al día hacia las dos semanas después del inicio del tratamiento y que la dosis objetivo máxima, 160 mg dos veces al día, se alcance hacia los tres meses, en base a la tolerabilidad del paciente. Se debe considerar reducir la dosis de Diovan si se produce hipotensión sintomática o alteración de la función renal. Valsartán puede utilizarse en pacientes tratados con otros tratamientos para el post infarto de miocardio, p.ej. trombolíticos, ácido acetilsalicílico, betabloqueantes, estatinas y diuréticos. No se recomienda la combinación con inhibidores de la ECA (véase sección 4.4. "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). La evaluación de los pacientes post-infarto de miocardio deberá siempre incluir una valoración de la función renal. **Insuficiencia cardíaca** La dosis de inicio de Diovan recomendada es de 40 mg dos veces al día. La titulación de la dosis hasta 80 mg y 160 mg dos veces al día se realizará a intervalos de dos semanas como mínimo dependiendo de la tolerancia del paciente. Se debe considerar reducir la dosis de los diuréticos que se tomen de forma concomitante. La dosis diaria máxima administrada en los ensayos clínicos es de 320 mg dividida en tomas. Valsartán puede administrarse junto con otros tratamientos para la insuficiencia cardíaca. No obstante, no se recomienda el uso concomitante con un inhibidor de la ECA y un betabloqueante (véase sección 4.4. "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). La evaluación de los pacientes con insuficiencia cardíaca deberá incluir siempre la valoración de la función renal. Diovan puede administrarse independientemente de las comidas y debe administrarse con líquido. **Alteración de la función hepática y renal** No se requiere ningún ajuste posológico en los enfermos con alteración de la función renal (aclaramiento de creatinina > 10 ml/min). En pacientes con alteración hepática ligera o moderada sin colestasis, la dosis de valsartán no debe exceder de 80 mg. **Pacientes de edad avanzada** Puede utilizarse la misma dosis tanto en pacientes de edad avanzada como en jóvenes. **Niños y adolescentes** No se ha establecido la eficacia ni la seguridad de Diovan en los niños ni en los adolescentes (menores de 18 años). 4.3. **Contraindicaciones** Hipersensibilidad a valsartán o a cualquiera de los excipientes. Alteración hepática grave, cirrosis biliar y colestasis. Alteración renal grave (aclaramiento de creatinina < 10 ml/min) y pacientes en diálisis. Embarazo y lactancia (véase sección 4.6. "Embarazo y lactancia"). 4.4. **Advertencias y precauciones especiales de empleo** **Hipertensión** El uso concomitante de suplementos de potasio, diuréticos ahorradores de potasio, sustitutos de la sal que contengan potasio u otros fármacos que puedan aumentar los niveles de potasio (heparina, etc.) deberá realizarse con precaución y monitorizando con frecuencia los niveles de potasio. **Pacientes con depleción de sodio y/o de volumen** Los enfermos con una depleción grave de sodio y/o de volumen, como los que reciben dosis elevadas de diuréticos, pueden experimentar, ocasionalmente, una hipotensión sintomática después de comenzar el tratamiento con Diovan. Así pues, la depleción de sodio y/o de volumen deberá corregirse antes del tratamiento con Diovan; p.ej., reduciendo la dosis del diurético. **Estenosis de la arteria renal** No se ha establecido la seguridad de Diovan en pacientes conestenosis bilateral de la arteria renal o estenosis en pacientes con un único riñón. La administración, a corto plazo, de Diovan a 12 pacientes con hipertensión renovascular secundaria a estenosis unilateral de la arteria renal no indujo cambios significativos en la hemodinámica renal, la creatinina sérica ni el nitrógeno ureico en sangre (BUN). Sin embargo, dado que otros fármacos que alteran el sistema de renina-angiotensina-aldosterona pueden incrementar la urea en sangre y la creatinina sérica, en los pacientes con estenosis unilateral de la arteria renal, se recomienda vigilar estos parámetros por razones de seguridad. **Transplante renal** No existe experiencia en el uso de Diovan en pacientes que hayan sufrido recientemente un transplante renal. **Hiperaldosteronismo primario** Los pacientes con hiperaldosteronismo primario no deberían ser tratados con Diovan ya que el sistema renina-angiotensina está alterado por esta enfermedad. **Estenosis valvular aórtica y mitral, cardiomiopatía hipertrófica obstructiva** Como con todos los vasodilatadores, se recomienda especial precaución en pacientes con estenosis aórtica o mitral, o con cardiomiopatía hipertrófica obstructiva. **Alteración de la función renal** No es necesario ajustar la posología en los enfermos con alteración de la función renal con un aclaramiento de creatinina >10 ml/min. **Alteración hepática** En pacientes con alteración hepática ligera o moderada sin colestasis, valsartán debe utilizarse con precaución. La dosis de valsartán no deberá ser superior a 80 mg. **Infarto de miocardio reciente** La combinación de captopril y valsartán no ha demostrado ningún beneficio clínico adicional, en cambio se observó un aumento del riesgo de acontecimientos adversos en comparación con el tratamiento con los fármacos respectivos en monoterapia (véase sección 4.8. "Reacciones adversas"). Por lo tanto, no se recomienda esta combinación. Se deberá tener cuidado cuando se inicie el tratamiento en pacientes después de un infarto de miocardio. La evaluación de los pacientes después de un infarto de miocardio deberá incluir siempre una valoración de la función renal (véase sección 4.2. "Posología y forma de administración"). El uso de Diovan en pacientes después de un infarto de miocardio habitualmente da lugar a una reducción de la presión arterial. No obstante, si se sigue la pauta posológica, normalmente no es necesario interrumpir el tratamiento por una hipotensión sintomática. **Insuficiencia cardíaca** En pacientes con insuficiencia cardíaca, la triple combinación de un inhibidor de la ECA, un betabloqueante y valsartán no ha demostrado ningún beneficio clínico. Esta combinación aparentemente aumenta el riesgo de acontecimientos adversos y por lo tanto no se recomienda. El uso de Diovan en pacientes con insuficiencia cardíaca normalmente da lugar a una reducción de la presión arterial, pero si se sigue la pauta de dosificación, no suele tenerse que interrumpir el tratamiento por hipotensión sintomática continuada. Se deberá tener cuidado cuando se inicie el tratamiento en pacientes con insuficiencia cardíaca (véase sección 4.2. "Posología y forma de administración"). En pacientes cuya función renal puede depender de la actividad del sistema renina-angiotensina-aldosterona (p.ej. pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva grave), el tratamiento con inhibidores del enzima convertidor de angiotensina se ha asociado con oliguria y/o azotemia progresiva y raramente con fallo renal agudo. Dado que valsartán es un antagonista del receptor de la angiotensina II, posee un efecto inhibidor sobre el sistema renina-angiotensina-aldosterona y por tanto, no puede excluirse que el uso de valsartán pueda asociarse con alteración de la función renal. 4.5. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción** No se han descrito interacciones farmacocinéticas clínicamente significativas con los siguientes fármacos utilizados comúnmente en el tratamiento de pacientes hipertensos: cimetidina, warfarina, furosemida, digoxina, atenolol, indometacina, hidroclorotiazida, amlodipino y glibenclámda. El uso concomitante de suplementos de potasio, diuréticos ahorradores de potasio, sustitutos de la sal que contengan potasio u otros fármacos que puedan aumentar los niveles de éste (heparina, etc.) debe realizarse con precaución y monitorizando frecuentemente los niveles de potasio. La administración de otros fármacos antihipertensivos puede aumentar el efecto antihipertensivo de Diovan. Se han descrito aumentos reversibles de las concentraciones séricas de litio y de efectos tóxicos durante el uso concomitante de inhibidores de la ECA. No existe experiencia con el uso concomitante de valsartán y litio. Por tanto, se recomienda el control de las concentraciones séricas de litio durante el uso conjunto. 4.6. **Embarazo y lactancia** Los antagonistas de la angiotensina II pueden causar lesiones fetales similares a los efectos fetales producidos por los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA). Se ha observado que la exposición intrauterina a los IECA, durante el segundo y el tercer trimestre de la gestación, provoca lesiones y muerte del feto en desarrollo. Como ocurre con cualquier fármaco con acción directa sobre el sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA), no debe administrarse Diovan durante el embarazo. Si se detecta el embarazo mientras se administra el tratamiento, se interrumpirá la medicación lo antes posible. Se desconoce si valsartán se excreta en la leche materna. Valsartán se elimina en la leche de las ratas que amamantan. Las madres en período de lactancia no deberán amamantar mientras estén tomando valsartán. 4.7. **Efectos sobre la capacidad para conducir vehículos y utilizar maquinaria** No se han realizado estudios sobre el efecto de este fármaco en la capacidad de conducción. Al conducir o utilizar maquinaria, debe tenerse en cuenta que ocasionalmente puede aparecer mareo o fatiga. 4.8. **Reacciones adversas** En ensayos clínicos controlados en pacientes con hipertensión la incidencia total de reacciones adversas fue comparable con la de placebo. La incidencia de reacciones adversas no pareció estar relacionada con la dosis o la duración del tratamiento y tampoco mostró asociación con el género, edad o raza. Las reacciones adversas registradas en los ensayos clínicos en pacientes hipertensos independientemente de su asociación causal con valsartán y que se presentaban con más frecuencia con valsartán que con placebo y las reacciones adversas de los informes individuales se presentan a continuación clasificadas por órganos y sistemas. El perfil de seguridad de valsartán en pacientes post-infarto de miocardio era coherente con la farmacología del fármaco y generalmente relacionado con la enfermedad subyacente. En la tabla siguiente se incluyen reacciones adversas graves no mortales con sospecha de relación con el fármaco observadas en el estudio VALIANT con una incidencia $\geq 0,1\%$. Las reacciones adversas comunicadas en los ensayos clínicos realizados en pacientes con insuficiencia cardíaca observadas con una incidencia superior al 1% y que se presentan con más frecuencia con valsartán que con placebo también se incluyen en la tabla siguiente. Las frecuencias se definen como: muy frecuentes ($\geq 1/10$); frecuentes ($\geq 1/100, < 1/10$); poco frecuentes ($\geq 1/1000, < 1/100$); raras ($\geq 1/10000, < 1/1000$), muy raras ($< 1/10000$). **Infecciones e infestaciones** Frecuente: Infecciones virales Poco frecuente: infección de las vías respiratorias altas, faringitis, sinusitis Muy rara: Gastroenteritis, rinitis **Alteraciones hemáticas y del sistema linfático** Muy rara: Trombocitopenia **Alteraciones del sistema inmune** Rara: Hipersensibilidad incluyendo enfermedad del suero **Alteraciones del metabolismo y nutricionales** Poco frecuente: Hiperpotasemia** **Alteraciones psiquiátricas** Poco frecuente: Depresión, insomnio **Alteraciones del sistema nervioso** Frecuente: Mareo postural† Poco frecuente: Síncope* Rara: Mareos**, neuralgia Muy rara: Cefalea** **Alteraciones oculares** Poco frecuente: Conjuntivitis **Alteraciones del oído y del laberinto** Poco frecuente: Vértigo **Alteraciones cardíacas** Poco frecuente: Insuficiencia cardíaca* **Alteraciones vasculares** Frecuente: Hipotensión ortostática† Poco frecuente: Hipotensión** Rara: Vasculitis Muy rara: Hemorragia **Alteraciones respiratorias, torácicas y del mediastino** Poco frecuente: Tos, epistaxis **Alteraciones gastrointestinales** Poco frecuente: Diarrea, dolor abdominal Muy rara: Náuseas** **Alteraciones de la piel y del tejido subcutáneo** Rara: Edema angioneurótico**, erupción cutánea, prurito **Alteraciones musculoesqueléticas y del tejido conectivo** Poco frecuente: Lumbalgia, calambres musculares, mialgia, artritis Muy rara: Artralgia **Alteraciones renales y urinarias** Muy rara: Alteración renal****, fallo renal agudo**, insuficiencia renal** **Alteraciones generales y condiciones en el lugar de administración** Poco frecuente: Fatiga, astenia * registrado sólo en la indicación de post-infarto de miocardio; † registrado sólo en la indicación de insuficiencia cardíaca ** registrado como poco frecuente en la indicación de post-infarto de miocardio; ** registrado con mayor frecuencia en la indicación de insuficiencia cardíaca (frecuente: mareo, alteración renal, hipotensión; poco frecuente: cefalea, náuseas). En el estudio VALIANT se registraron fundamentalmente cuatro tipos de acontecimientos adversos; fueron hipotensión, disfunción renal, tos y edema angioneurótico. Los acontecimientos adversos previamente conocidos que con mayor frecuencia dieron lugar a la interrupción permanente del tratamiento con el fármaco en estudio fueron: hipotensión: el 1,8% de los pacientes tratados con valsartán + captopril registraron este efecto en comparación con el 1,4% de los pacientes tratados con valsartán y el 0,8% de los tratados con captopril. La disfunción renal fue menos frecuente en pacientes tratados con captopril y la tos fue menos frecuente en los pacientes tratados con valsartán. No se observaron diferencias respecto al edema angioneurótico. El porcentaje de interrupciones permanentes debidas a efectos adversos fue del 5,8% en los pacientes tratados con valsartán y del 7,7% en los pacientes tratados con captopril y del 9,0% en los pacientes tratados con valsartán y captopril. **Datos de laboratorio** Valsartán se asocia raramente a descensos de la hemoglobina y del hematocrito. El 0,8% y el 0,4% de los enfermos tratados con Diovan en los ensayos clínicos controlados experimentaron un descenso significativo, superior al 20%, del hematocrito y de la hemoglobina respectivamente. El 0,1% de los pacientes que recibieron placebo experimentó descensos del hematocrito y de la hemoglobina. Se ha observado neutropenia en el 1,9% de los enfermos tratados con valsartán frente al 1,6% de los que recibieron un IECA, como enalapril o lisinapril a dosis de 20 mg y 10 ó 20 mg frente al 0,8% de los tratados con placebo, respectivamente. En los ensayos clínicos controlados, la creatinina y el potasio séricos, así como la bilirrubina total aumentaron de forma significativa en el 0,8%, el 4,4% y el 6% respectivamente, de los enfermos tratados con valsartán, frente al 1,6%, 6,4% y el 12,9% de los que recibieron un IECA. En los pacientes que habían sufrido un infarto de miocardio, se observó el doblamiento de creatinina sérica en el 4,2% de los pacientes tratados con valsartán, el 4,8% de los pacientes tratados con valsartán + captopril y el 3,4% de los pacientes tratados con captopril. En los pacientes con insuficiencia cardíaca, se observaron incrementos de la creatinina sérica superiores al 50% en el 3,9% de los pacientes tratados con Diovan en comparación con el 0,9% de los pacientes tratados con placebo. En estos pacientes se observaron aumentos en el potasio sérico superiores al 20% en el 10% de los pacientes tratados con Diovan en comparación con el 5,1% de los pacientes tratados con placebo. En los ensayos de insuficiencia cardíaca, se observaron aumentos en el nitrógeno ureico en sangre (BUN) superiores al 50% en el 16,6% de los pacientes tratados con valsartán en comparación con el 6,3% de los pacientes tratados con placebo. En los pacientes hipertensos tratados con valsartán se observaron aumentos ocasionales de los parámetros de la función hepática. 4.9. **Sobredosis Sintomas** No existe ninguna experiencia de sobredosis con Diovan. El signo clínico de sobredosis más importante que habría esperar sería una hipotensión grave con mareo. **Tratamiento** Las medidas terapéuticas dependen del momento de la ingestión y del tipo y gravedad de los síntomas, siendo de suma importancia la estabilización del estado circulatorio. Debe administrarse siempre al paciente una cantidad suficiente de carbón activado. Si se produce hipotensión, se colocará al paciente en posición supina y se administrarán rápidamente suplementos de sal y de volumen. Valsartán no puede eliminarse por hemodiálisis debido a su fuerte unión a proteínas plasmáticas. 5. **DATOS FARMACÉUTICOS 5.1. Lista de excipientes Núcleo del comprimido:** Celulosa microcristalina Crosprodona Sílice coloidal anhidra Estearato de magnesio **Recubrimiento:** Hipromelosa Dióxido de titanio (E171) Macrogol 8000 Rojo óxido de hierro (E172), Amarillo óxido de hierro (E172) Negro óxido de hierro (E172). 5.2. **Incompatibilidades** No procede. 5.3. **Período de validez** Tres años. 5.4. **Precauciones especiales de conservación** No conservar a temperatura superior a 30°C. Conservar en el envase original. 5.5. **Naturaleza y contenido del recipiente** Envase blister de Al/PVC/PE/PVDC o Al/PVC/PVDC. Tamaños de envase: 28 comprimidos recubiertos con película. PVP (IVA 4%) 34,25€ Envase clínico con 280 comprimidos recubiertos con película en envase blister precortado unidosis de Al/PVC/PE/PVDC o Al/PVC/PVDC. PVP (IVA 4%): 255,85€ 5.6. **Instrucciones de uso y manipulación** Ninguna en especial. 6. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN** Novartis Farmacéutica, S.A. Gran Vía de les Corts Catalanes, 764 - 08013 Barcelona 7. **NÚMERO(S) DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN** 64.473 8. **FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN** Diciembre 2001 9. **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO** Enero 2006. Con receta médica. Reembolsable por el S.N.S. Aportación reducida.

FICHA TÉCNICA CO-DIOVAN COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PÉLÍCULA 1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO Co-Diovan 160 mg/12,5 mg comprimidos recubiertos con película Co-Diovan Forte 160 mg / 25 mg comprimidos recubiertos con película 2. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA** Co-Diovan 160 mg/12,5 mg: Un comprimido recubierto con película contiene 160 mg de valsartán y 12,5 mg de hidroclorotiazida Co-Diovan Forte 160 mg/25 mg: Un comprimido recubierto con película contiene 160 mg de valsartán y 25 mg de hidroclorotiazida. Excipientes, ver apartado 5.1. 3. **FORMA FARMACÉUTICA** Comprimidos recubiertos con película. Co-Diovan 160 mg/12,5 mg: Comprimidos recubiertos con película, ovaloides, de color rojo oscuro y con la marca HHH por un lado y CG por el otro. Co-Diovan Forte 160 mg/25 mg: Comprimidos recubiertos con película, ovaloides, de color pardo y con la marca HXH por un lado y NVR por el otro. 4. **DATOS CLÍNICOS 4.1. Indicaciones terapéuticas** Tratamiento de la hipertensión esencial. La combinación de dosis fija Co-Diovan (valsartán/hidroclorotiazida) está indicada en pacientes cuya presión arterial no está adecuadamente controlada con valsartán en monoterapia. 4.2. **Posología y forma de administración** Co-Diovan 160 mg/12,5 mg: La dosis recomendada de Co-Diovan 160 mg / 12,5 mg es un comprimido recubierto con película al día. Deberá recomendarse la titulación individual de la dosis de los componentes. Se puede considerar un cambio directo de monoterapia a la combinación fija en aquellos casos en los que se considere clínicamente adecuado. Co-Diovan 160 mg / 12,5 mg puede administrarse en pacientes cuya presión arterial no está adecuadamente controlada con Diovan 160 mg en monoterapia. El efecto antihipertensivo máximo de Co-Diovan 160 mg / 12,5 mg se observa a las 2 - 4 semanas. Co-Diovan Forte 160 mg/25 mg: La dosis recomendada de Co-Diovan Forte 160 mg / 25 mg es un comprimido recubierto con película al día (valsartán 160 mg e hidroclorotiazida 25 mg). Co-Diovan Forte 160 mg / 25 mg puede administrarse en pacientes cuya presión arterial no está adecuadamente controlada con valsartán en monoterapia y cuya presión arterial diastólica sea igual o superior a 100 mmHg después de un tratamiento con valsartán 160 mg en monoterapia. El tratamiento deberá iniciarse siempre con la dosis más baja de valsartán 160 mg / hidroclorotiazida 12,5 mg y continuar como mínimo durante 4-8 semanas antes del inicio del tratamiento con Co-Diovan Forte 160 mg / 25 mg. Se recomienda la titulación individual de la dosis de los componentes. El efecto antihipertensivo máximo de Co-Diovan Forte 160 mg / 25 mg se observa a las 4 - 8 semanas. Si no se observa

**COMUNICACIÓN 071****DIFERENCIAS DE GÉNERO EN EL PRONÓSTICO INTRAHOSPITALARIO DE PACIENTES INGRESADOS POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST**

Autores: M.A. Ramírez Marrero, M. Jiménez Navarro, J.M. García Pinilla, J.J. Gómez Doblas, J.H. Alonso Briales, J.M. Hernández García, E. De Teresa Galván
C. Trabajo: Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga

INTRODUCCIÓN: Las enfermedades cardiovasculares son la causa principal de mortalidad en la mujer. Existen datos controvertidos sobre la influencia del género en el pronóstico de pacientes ingresados por síndrome coronario agudo. Nuestro objetivo fue analizar la repercusión pronóstica del sexo en pacientes ingresados por síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST). **MATERIAL Y MÉTODO:** Estudiamos a 715 pacientes ingresados en nuestro centro por SCASEST, desde Enero de 2004 a Diciembre de 2005, comparando según el género del paciente, los porcentajes de complicación del SCASEST con respecto a mortalidad, insuficiencia cardíaca (IC) (incluido shock cardiogénico), eventos arrítmicos, isquemia recurrente (IR) y un objetivo combinado formado por la suma de todos ellos.

RESULTADOS: El 31,9% (228 pacientes) eran mujeres, más ancianas (39% con edad ≥ 75 años, vs. 19,5%, $p=0,0001$), más hipertensas (70,2% vs. 59,8%, $p=0,004$) y diabéticas (49,6% vs. 35,9%, $p=0,0001$). Las mujeres presentaron mayor porcentaje de SCASEST complicado con IC (25,9% vs. 9,4%, $p=0,0001$). En el análisis multivariable, el sexo femenino fue predictor independiente de SCASEST complicado (OR 1,82, 1,07-3, $p=0,018$) y SCASEST complicado con IC (OR 2,4, 1,48-3,9, $p=0,0001$), mientras que el sexo masculino fue predictor independiente de SCASEST complicado con IR (OR 2,78, 1,02-7,52, $p=0,04$). El sexo no fue predictor independiente de SCASEST complicado con exitus en fase intrahospitalaria.

CONCLUSIONES: 1. El sexo femenino predice mayor riesgo de aparición de SCASEST complicado y SCASEST complicado con IC. 2. El sexo masculino predice mayor riesgo de aparición de SCASEST complicado con isquemia recurrente.

COMUNICACIÓN 072**MANEJO Y EVOLUCION DE LOS PACIENTES ANCIANOS INGRESADOS CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST.**

Autores: A. Cordero Aguilar, D. Gaitán Román, JB. Zaya Ganformina, C. Jimenez Rubio B. Pérez Villardon, M. de Mora Martín, F. Malpartida de Torres.
C. Trabajo: Servicio de Cardiología. HRU Carlos Haya (Málaga).

OBJETIVO: Analizar el manejo, tasa de mortalidad hospitalaria y supervivencia a los 3 meses del alta de los pacientes (p) ancianos >75 años ingresados con síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCASTE) en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional retrospectivo. Se estudió a 57 p (49,1% hombres, edad media de 79 años) ingresados de forma consecutiva por SCASTE. Mediante encuesta telefónica se analizó la supervivencia a los tres meses del alta.

RESULTADOS: Se empleó trombolisis en 32 p (56%), siendo el trombolítico más empleado la estrep-toquinasa (87%). Se realizó coronariografía a 21 p (36,8%), 12 (57%) de modo precoz (48 horas), si bien 6 (50%) de éstas fueron consecuencia de una trombolisis fallida. En 15 p (71,3%) se implantaron stents. Se realizó ecocardiografía en el 47%. El 19,6% fallecieron durante el ingreso, siendo las causas más frecuentes la insuficiencia cardíaca refractaria (45,5%) y el shock cardiogénico (36,4%). Al alta se empleó AAS en el 93%, clopidogrel en el 45%, betabloqueantes en el 56%, IECAs en el 60%, estatinas en el 60%. Se encuesta telefónicamente a 42 p (no se pudo contactar con 4 p). A los tres meses de alta fallecen 4 p (91,3% de supervivencia).

CONCLUSIONES: La terapia de reperfusión elegida fue la farmacológica. La coronariografía se realizó sólo en un tercio de los p, en los cuales hay un alto empleo de ICP. En la mitad de los casos la coronariografía precoz es consecuencia de una trombolisis fallida. La mortalidad hospitalaria de los ancianos con SCASTE es elevada, en la mayoría de los casos debida a insuficiencia cardíaca refractaria y shock cardiogénico. El empleo de fármacos que han demostrado mejorar la supervivencia como los betabloqueantes y lo IECAs no es óptima en estos pacientes. La supervivencia de los pacientes a los tres meses del alta es muy elevada.

COMUNICACIÓN 073**ESTUDIO DE LA PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR PRETRASPLANTE RENAL EN UNA CONSULTA MONOGRÁFICA CARDIORRENAL**

Autores: Arjona Barrionuevo JD., Gonzáles Vargas Machuca MF., Gil Sacaluga L., Gentil Govantes MA., Sánchez Gonzalez A., López Pardo F., Antunez Manjón M., Baron Esquivias G., Junco Domínguez MV., Urbano Moral JA., Torres Llergo J., Ortiz Carrellán A., Nevado Portero J., Romero Rodríguez N., Martínez-Martínez A.
C. Trabajo: Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

OBJETIVO: La enfermedad cardiovascular (ECV) es la primera causa de muerte del trasplantado renal. Sería necesario aplicar métodos encaminados a su detección precoz para así modificar su mal pronóstico. Comunicamos aquí nuestra experiencia a partir de una consulta monográfica desarrollada al efecto.

MÉTODO: Incluimos 102 pacientes (P) en tratamiento renal sustitutivo (TRS) por insuficiencia renal crónica terminal (IRCT), desde 01/2005 al 12/2006. Fueron estudiados mediante radiografía de tórax, analítica, electrocardiograma y ecocardiografía. Las pruebas de detección de isquemia se individualizaron, realizándose: ergometría 50%, angiografía coronaria 43,1%, ecocardiografía-estrés: 17,6% y gammagrafía de perfusión: 11,8%.

RESULTADOS: Edad: 55,7 \pm 10,6 años. Hombres 66,7%, mujeres 33,3%. Las principales causas de IRCT fueron: Glomérulonefritis (25,5%) y Nefropatía diabética (14,7%). El 96,1% (98P) estaba en TRS con hemodiálisis y 3,9% con diálisis peritoneal. La media global de tiempo en TRS fue 3,94 (6,03) años. El 77,5% estaban asintomáticos. El factor de riesgo cardiovascular (FRCV) más prevalente fue la HTA (93,1%), seguida de dislipemia (77,5%), tabaquismo (45,1%), cardiopatía isquémica (CI) 24,5% y diabetes (22,5%). Los principales diagnósticos fueron: Cardiopatía hipertensiva 79,4%, CI 32,4%, fibrilación auricular 7,8%, derrame pericárdico 5,9%, miocardiopatía dilatada 2,9%, valvulopatía 2,9%. El 47,1% de los P presentaron algún tipo de valvulopatía concurrente. Entre los P con lesiones coronarias 33P (32,4%), el 66,6% tenía enfermedad de uno o dos vasos y el 33,3% multivaso. En 74P sin antecedente de CI y estando un 80% asintomáticos, la prevalencia de enfermedad coronaria fue de un 19%, presentando lesiones monovasos del 78,6% y multivasos del 21,4%.

CONCLUSIONES: Los pacientes en IRCT presentan una elevada prevalencia de FRCV y de cardiopatía estructural. Lo que explicaría la elevada mortalidad CV postrasplante. Al mismo tiempo, un 19% de enfermos sin antecedentes de CI, estando asintomáticos el 71% presentó lesiones coronarias que justificarían la necesidad de la consulta monográfica.

COMUNICACIÓN 074**DISECCIÓN CORONARIA ESPONTÁNEA: UNA CAUSA INFRECIENTE DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO.**

Autores: JA. Urbano Moral, Raquel Solanilla, Antonio Bonilla, Nieves Romero Rodríguez, Rocío Pérez de la Yglesia, Manuel Frutos López, M^a Victoria Mogollón Jiménez, Mónica Fernández Quero, Ángel Martínez Martínez.
C. Trabajo: Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

INTRODUCCIÓN: La disección coronaria espontánea (DCE) es una causa poco frecuente de síndrome coronario agudo (SCA) cuya fisiopatología exacta se desconoce actualmente. La mayor parte de los casos publicados son mujeres adultas con escasos factores de riesgo cardiovascular (FRC) aunque debido a la falta de series grandes no existe un tratamiento estándar, decidiéndose éste en cada caso según la clínica, anatomía de la lesión y extensión de miocardio en riesgo.

PACIENTES Y MÉTODO: Análisis de la cohorte de 9 casos de DCE en 8 pacientes diagnosticados en nuestro centro entre 1998 y 2006. En todos se descartó el puerperio, la toma de tóxicos y la presencia de autoanticuerpos.

RESULTADOS: Analizamos 7 mujeres (87,5%) con edad media de 47,66 años (SD 8,9). La prevalencia de FRC fue: 33% hipertensión arterial, 33% dislipemia, 11% (1) diabetes tipo 2 y un 22% tabaquismo. 2 pacientes tomaban anticonceptivos orales y 1 recibía terapia hormonal sustitutiva. Un 44% realizaba deporte intenso habitual. La presentación clínica común fue SCA, con elevación del ST en el 77,8% del total de pacientes. Las CPK pico, TnT pico y Proteína C reactiva medias fueron 620 U/l, 1,12 ng/ml y 7,34 mg/l respectivamente. La coronariografía detectó DCE en ADA en 5 casos (55,6%), en ACx en 3 (33,3%) y en un caso en la ACD. Se realizó una angioplastia primaria y dos fibrinolisis con implante final de stent en 3 casos y manejo conservador en los restantes. Ninguna presentaba alteraciones segmentarias de la contractilidad al alta, con FE media del 63,2%. La mortalidad en nuestra serie con un seguimiento medio de 2,6 años (SD=2,4) es nula con sólo 1 caso de nuevo SCA, de nuevo una DCE pero en una coronaria diferente a la inicial.

CONCLUSIONES: La DCE aparece sobretodo en mujeres con una frecuencia de FRC asociada baja. La ADA es la coronaria más frecuentemente afectada, siendo excepcional la afectación de la ACD. Su pronóstico una vez superado el periodo agudo es bueno, sin producir disfunción sistólica del ventrículo izquierdo a pesar del ascenso inicial del ST y con una baja mortalidad asociada. No hemos detectado diferencias entre la actitud conservadora y el intervencionismo percutáneo.

ningún efecto adicional relevante transcurrido este periodo, se debería considerar reducir la dosis y administrar un antihipertensivo adicional o alternativo. Co-Diován puede administrarse independientemente de las comidas y debe administrarse con líquido. **Alteración de la función renal** No se requiere ningún ajuste posológico en los pacientes con alteración de la función renal leve a moderada (aclaramiento de creatinina ≥ 30 ml/min). **Alteración de la función hepática** En pacientes con alteración hepática leve a moderada sin colestasis la dosis de valsartán no debe exceder los 80 mg. Por ello, no debe utilizarse Co-Diován comprimidos recubiertos con película en estos pacientes. Pacientes de edad avanzada Co-Diován puede utilizarse independientemente de la edad del paciente. **Niños y adolescentes (menores de 18 años)** No se han establecido la seguridad ni la eficacia de Co-Diován en los niños ni adolescentes (menores de 18 años). Por ello, no se recomienda Co-Diován para uso pediátrico. 4.3. **Contraindicaciones** Hipersensibilidad a valsartán, hidroclorotiazida, otros medicamentos derivados de la sulfonamida o a cualquiera de los excipientes. Embarazo y lactancia (véase sección 4.6. "Embarazo y lactancia"). Alteración de la función hepática grave, cirrosis biliar y colestasis. Insuficiencia renal grave (aclaramiento de creatinina < 30 ml/min), anuria y pacientes sometidos a diálisis. Hipotensión refractaria, hiponatremia, hipercalcemia e hiperuricemia sintomática. 4.4. **Advertencias y precauciones especiales de empleo** **Alteraciones de las concentraciones séricas de electrolitos** El tratamiento concomitante con diuréticos ahorradores de potasio, suplementos de potasio, sustitutos de la sal que contengan potasio u otros medicamentos que puedan aumentar los niveles séricos de potasio (heparina, etc.) deberá realizarse con precaución. Se han observado casos de hipotensión durante el tratamiento con diuréticos tiazídicos, por lo que se recomienda monitorizar con frecuencia los niveles séricos de potasio. El tratamiento con diuréticos tiazídicos se ha asociado con hiponatremia y alcalosis hipoclorémica. Las tiazidas aumentan la excreción urinaria de magnesio, lo que puede conducir a una hipomagnesemia. La excreción de calcio disminuye con los diuréticos tiazídicos, lo que puede dar lugar a hipercalcemia. Se deberá llevar a cabo una determinación periódica de las concentraciones séricas de electrolitos a intervalos apropiados. **Pacientes con depleción de sodio y/o de volumen** En los pacientes que reciben diuréticos tiazídicos debe observarse si aparecen signos clínicos de desequilibrio de líquidos o electrolitos. Los signos que indican desequilibrio de líquidos o electrolitos son sequedad de boca, sed, debilidad, letargia, somnolencia, inquietud, dolor muscular o calambres, debilidad muscular, hipotensión, oliguria, taquicardia y alteraciones gastrointestinales como náuseas o vómitos. Los enfermos con depleción grave de sodio y/o de volumen, como los que reciben dosis elevadas de diuréticos, pueden experimentar, en raras ocasiones, hipotensión sintomática después del inicio del tratamiento con Co-Diován. Así pues, la depleción de electrolitos y/o de volumen deberá corregirse antes de iniciar el tratamiento con Co-Diován. **Pacientes con insuficiencia cardíaca crónica grave u otra condición con estimulación del sistema renina-angiotensina-aldosterona** En pacientes en los que la función renal pueda depender de la actividad del sistema renina-angiotensina-aldosterona (p.ej. pacientes con insuficiencia cardíaca grave), el tratamiento con inhibidores del enzima convertidor de la angiotensina se ha asociado con oliguria y/o azotemia progresiva y en casos raros con fallo renal agudo. No se ha establecido el uso de Co-Diován en pacientes con insuficiencia cardíaca grave. Por tanto, no puede excluirse que debido a la inhibición del sistema renina-angiotensina-aldosterona el uso de Co-Diován también pueda asociarse a la alteración de la función renal. Co-Diován no debe utilizarse en estos pacientes. **Alteración de la función renal / Trasplante renal** No es necesario ajustar la posología en los enfermos con alteración de la función renal con un aclaramiento de creatinina ≥ 30 ml/min (véase sección 4.3. Contraindicaciones). No se dispone de datos sobre el uso de Co-Diován en pacientes que hayan sufrido un trasplante renal. Se recomienda un control periódico de los niveles séricos de potasio, creatinina y ácido úrico cuando se utilice Co-Diován en pacientes con alteración de la función renal. **Estenosis de la arteria renal** No deberá utilizarse Co-Diován para tratar la hipertensión en pacientes con estenosis bilateral de la arteria renal o estenosis de la arteria en pacientes con un único riñón puesto que en estos pacientes pueden aumentar la urea en sangre y la creatinina sérica. **Hiperaldosteronismo primario** Los pacientes con hiperaldosteronismo primario no deberían tratarse con Co-Diován ya que el sistema renina-angiotensina-aldosterona está afectado por la enfermedad primaria. **Estenosis valvular aórtica y mitral, cardiomiopatía hipertrófica** Se recomienda especial precaución cuando se utilice Co-Diován en pacientes con estenosis aórtica o mitral, o con cardiomiopatía hipertrófica. **Alteración de la función hepática** No se debe administrar Co-Diován en estos pacientes (véase sección 4.2. Posología y forma de administración). **Lupus eritematoso sistémico** Se ha observado que los diuréticos tiazídicos exacerbaban o activan el lupus eritematoso sistémico. **Diferencias étnicas** Valsartán es menos eficaz en la disminución de la presión arterial en pacientes de raza negra que en los de otras razas, posiblemente por la elevada prevalencia de renina baja en la población negra hipertensa. **Otras alteraciones metabólicas** Los diuréticos tiazídicos pueden alterar la tolerancia a la glucosa y elevar las concentraciones séricas de colesterol, triglicéridos y ácido úrico. **General** Deberá tenerse precaución en aquellos pacientes que hayan presentado hipersensibilidad previa a otro fármaco antagonista del receptor de la angiotensina II. Las reacciones de hipersensibilidad a hidroclorotiazida son más probables en pacientes con alergia y asma. 4.5. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción** **Otros fármacos antihipertensivos:** Co-Diován puede aumentar el efecto hipotensor de otros fármacos antihipertensivos. **Litio:** Se han descrito aumentos reversibles de las concentraciones séricas de litio y de efectos tóxicos durante el uso concomitante de litio, inhibidores de la ECA y/o diuréticos tiazídicos. No existe experiencia con el uso concomitante de valsartán y litio. Por tanto, se recomienda el control periódico de las concentraciones séricas de litio durante el uso conjunto de litio y Co-Diován. **Medicamentos que pueden aumentar los niveles de potasio o inducir hipopotasemia:** El uso concomitante de diuréticos ahorradores de potasio, suplementos de potasio, sustitutos de la sal que contengan potasio u otros medicamentos que puedan aumentar los niveles de potasio (p.ej. inhibidores de la ECA, heparina, ciclosporina), debe realizarse con precaución y controlando frecuentemente los niveles séricos de potasio (véase sección 4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo). El componente tiazídico de Co-Diován puede dar lugar a las siguientes interacciones farmacológicas: **Medicamentos asociados con pérdida de potasio e hipopotasemia** (p. ej. diuréticos caluréticos, corticosteroides, laxantes, ACTH, anfotericina, carbenoxolona, penicilina G, ácido salicílico y salicilatos). Se recomienda controlar los niveles séricos de potasio si estos medicamentos deben prescribirse con la combinación hidroclorotiazida-valsartán. Estos medicamentos pueden potenciar el efecto de la hidroclorotiazida sobre el potasio sérico (véase sección 4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo). **Medicamentos afectados por alteraciones de los niveles séricos de potasio:** Se recomienda un control periódico de los niveles séricos de potasio y del ECG cuando se administre Co-Diován junto con medicamentos que se ven afectados por alteraciones de los niveles séricos de potasio (p.ej. glicosidos digitales, antiarrítmicos) y medicamentos que inducen torsades de pointes (que incluyen algunos antiarrítmicos), siendo la hipopotasemia un factor de predisposición para las torsades de pointes. Antiarrítmicos de Clase Ia (p.ej. quinidina, hidroquinidina, disipiramide) Antiarrítmicos de Clase III (p.ej. amiodarona, sotalol, dofetilida, ibutilida) Algunos antipsicóticos (p.ej. tioridazina, clorpromazina, levomepromazina, trifluoperazina, ciamemazina, sulpiride, sultopride, amisulpride, tiapride, pimozide, haloperidol, droperidol). - Otros (p.ej. bepridilo, cisapride, difemanilo, eritromicina i.v., halofantrina, ketanserina, mizolastina, pentamidina, sparfoxacino, terfenadina, vincamina intravenosa (i.v.)). **Glucósidos digitales:** La hipopotasemia o la hipomagnesemia provocada por las tiazidas pueden presentarse como efectos indeseados, favoreciendo la aparición de arritmias cardíacas causadas por digitales. **Sales de calcio y vitamina D:** El uso concomitante de diuréticos tiazídicos con vitamina D o con sales de calcio puede potenciar el aumento de los niveles séricos de calcio. **Medicamentos antihipertensivos (insulina y medicamentos orales):** Puede ser necesario un ajuste posológico del medicamento antihipertensivo. **Betabloqueantes y diazóxido:** El uso concomitante de diuréticos tiazídicos con betabloqueantes puede aumentar el riesgo de hiperglucemia. Los diuréticos tiazídicos pueden incrementar el efecto hiperglucémico del diazóxido. **Medicamentos usados para el tratamiento de la gota** (probenecid, sulfipirazona y allopurinol): Puede ser necesario un ajuste posológico de la medicación uricosúrica ya que la hidroclorotiazida puede elevar el nivel del ácido úrico sérico. Puede ser necesario aumentar la dosis de probenecid o sulfipirazona. La administración concomitante de diuréticos tiazídicos puede aumentar la incidencia de reacciones de hipersensibilidad a allopurinol. **Agentes anticolinérgicos** (p.ej. atropina, biperideno): La biodisponibilidad de los diuréticos tiazídicos puede aumentar con los fármacos anticolinérgicos, debido a una disminución de la motilidad gastrointestinal y de la velocidad de vaciado del estómago. **Aminas presoras** (p.ej. noradrenalina, adrenalina): El efecto de las aminas presoras puede disminuir. **Amantadina:** Las tiazidas pueden elevar el riesgo de efectos indeseados debidos a la amantadina. **Resinas de colestiramina y colestipol:** La absorción de los diuréticos tiazídicos disminuye en presencia de resinas de intercambio aniónico. **Fármacos citotóxicos** (p.ej. ciclofosfamida, metotrexato): Las tiazidas pueden reducir la excreción renal de los medicamentos citotóxicos y potenciar sus efectos mielosupresores. **Fármacos antiinflamatorios no esteroideos:** La administración concomitante de fármacos antiinflamatorios no esteroideos (p. ej. derivados del ácido salicílico, indometacina) puede disminuir el efecto diurético y antihipertensivo del componente tiazídico. Una hipovolemia concomitante puede provocar una insuficiencia renal aguda. **Relajantes del músculo esquelético no despolarizantes** (p.ej. tubocurarina): Los diuréticos tiazídicos potencian la acción de los derivados del curare. **Ciclosporina:** El tratamiento concomitante con ciclosporina puede elevar el riesgo de hipercalcemia y de complicaciones de tipo gotoso. **Tetraciclinas:** La administración concomitante de tetraciclinas y diuréticos tiazídicos aumenta el riesgo de incremento de la urea inducido por tetraciclinas. Probablemente esta interacción no sea aplicable a la doxiciclina. **Alcohol, anestésicos y sedantes:** Puede potenciarse la hipotensión postural. **Metildopa:** Se han descrito casos aislados de anemia hemolítica en pacientes a los que se administraba de forma concomitante metildopa e hidroclorotiazida. 4.6. **Embarazo y lactancia** Los antagonistas de la angiotensina II pueden causar lesiones fetales similares a los efectos fetales producidos por los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA). Se ha observado que la exposición intrauterina durante el segundo y tercer trimestre de gestación a los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA) provoca lesiones y muerte del feto en desarrollo. La hidroclorotiazida atraviesa la barrera placentaria y la exposición intrauterina a los diuréticos tiazídicos se asocia con trombocitopenia en el feto o en el recién nacido y puede acompañarse de otras reacciones adversas observadas en adultos. Como ocurre con cualquier otro medicamento con acción directa sobre el sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA), el tratamiento con Co-Diován no debe utilizarse durante el embarazo. Si se produce un embarazo durante el tratamiento, debe interrumpirse la terapia con Co-Diován lo antes posible. Se desconoce si valsartán se excreta en la leche materna, aunque sí se excreta en la leche de las ratas que amamantan. La hidroclorotiazida se excreta en la leche materna, por lo que se desaconseja el uso de Co-Diován en madres lactantes (véase sección 4.3. Contraindicaciones). 4.7. **Efectos sobre la capacidad para conducir vehículos y utilizar maquinaria** No se han realizado estudios sobre el efecto de Co-Diován en la capacidad de conducción y la utilización de maquinaria. Al conducir o utilizar maquinaria, debe tenerse en cuenta que ocasionalmente puede aparecer mareo o fatiga. 4.8. **Reacciones adversas** **Combinación a dosis fija** A continuación se presentan las reacciones adversas clasificadas por sistemas y órganos observadas más frecuentemente en los ensayos clínicos con valsartán e hidroclorotiazida frente a placebo o procedentes de informes independientes. Durante el tratamiento con Co-Diován pueden aparecer reacciones adversas debidas a la administración de solamente uno de sus componentes, a pesar de que no se hayan observado en los ensayos clínicos. Las reacciones adversas están ordenadas según su frecuencia utilizando la siguiente clasificación: muy frecuentes ($> 1/10$), frecuentes ($> 1/100$, $< 1/10$), poco frecuentes ($> 1/1000$, $< 1/100$), rara ($> 1/10000$, $< 1/1000$), muy rara ($< 1/10000$) incluyendo casos aislados. **Alteraciones hemáticas y del sistema linfático** Muy rara Trombocitopenia, anemia **Alteraciones del oído y del laberinto** Rara Vértigo, tinnitus **Alteraciones oculares y de la visión** Poco frecuentes Visión anormal **Alteraciones gastrointestinales** Frecuentes Diarrea Poco frecuentes Náuseas, dispepsia, dolor abdominal **Alteraciones generales y condiciones en el lugar de administración** Frecuentes Fatiga Rara Sudoración Muy rara Hemorragia, edema, alopecia **Alteraciones del sistema inmune** Muy rara Reacciones de hipersensibilidad y alérgicas, enfermedad del suero **Infecciones e infestaciones** Frecuentes Nasofaringitis Poco frecuentes Infecciones de las vías respiratorias altas, infecciones de las vías urinarias, infecciones virales, rinitis **Investigación** Poco frecuentes Aumento de los niveles séricos de ácido úrico, bilirrubina y creatinina, hipopotasemia, hiponatremia **Alteraciones musculoesqueléticas, del tejido conectivo y óseas** Poco frecuentes Dolor en las extremidades, luxaciones y esguinces, artritis Rara Mialgia, debilidad muscular **Alteraciones del sistema nervioso** Poco frecuentes Mareo **Alteraciones respiratorias, torácicas y del mediastino** Poco frecuentes Tos **Alteraciones de la piel y del tejido subcutáneo** Muy rara Angioedema, erupción cutánea, prurito, vasculitis dérmica **Alteraciones del sistema urinario** Poco frecuentes Micción frecuente **Alteraciones cardiovasculares** Poco frecuentes Dolor torácico Rara Hipotensión Muy rara Arritmia cardíaca **Información adicional sobre los componentes por separado:** Las reacciones adversas observadas anteriormente con la administración de uno de los componentes pueden ser reacciones adversas potenciales de Co-Diován, a pesar de que no se hayan observado en los ensayos clínicos realizados con este medicamento. **Valsartán** Poco frecuentes: artralgia; dolor de espalda, sinusitis Raras: gastroenteritis, neuralgia, astenia, conjuntivitis, epistaxis, depresión, calambres en las piernas, calambres musculares, insomnio, vértigo. Los datos posteriores a la comercialización del producto muestran ocasionalmente angioedema, rash, prurito y otras reacciones alérgicas incluyendo enfermedad del suero y vasculitis. También se ha registrado muy raramente función renal deteriorada. En algunos casos se intensificó temporalmente el deterioro previo de la función renal. Se han observado elevaciones poco frecuentes de los valores de la función hepática en pacientes tratados con valsartán. **Hidroclorotiazida** Se han observado las siguientes reacciones adversas en los pacientes tratados con diuréticos tiazídicos solos, incluyendo hidroclorotiazida, frecuentemente a dosis más elevadas que las contenidas en Co-Diován. Frecuentes: urticaria y otras formas de erupción cutánea, pérdida de apetito, ligeras náuseas y vómito, hipotensión postural, impotencia. Raras: fotosensibilización, estreñimiento, diarrea, malestar gastrointestinal, colestasis intrahepática o ictericia, arritmias cardíacas, cefalea, mareos o aturdimiento, trastornos del sueño, depresión, parestesias, trastornos de la visión y trombocitopenia, a veces con púrpura. Muy raras: vasculitis necrotizante y necrosis tóxica epidérmica, reacciones similares al lupus eritematoso cutáneo, reactivación de lupus eritematoso cutáneo, pancreatitis, leucopenia, agranulocitosis, depresión de la médula ósea, anemia hemolítica, reacciones de hipersensibilidad, insuficiencia respiratoria incluyendo neumonitis y edema pulmonar. **Trastornos electrolíticos y metabólicos:** véase sección 4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo. 4.9. **Sobredosis** No existe ninguna experiencia de sobredosis con Co-Diován. El principal síntoma que cabría esperar por sobredosis sería una marcada hipotensión con mareo. Además, se pueden presentar los siguientes signos y síntomas debidos a una sobredosis por hidroclorotiazida: náusea, somnolencia, hipovolemia y alteraciones electrolíticas asociadas con arritmias cardíacas y espasmos musculares. Las medidas terapéuticas dependen del momento de la ingestión y del tipo y gravedad de los síntomas, siendo de suma importancia la estabilización hemodinámica. Debe administrarse siempre al paciente una cantidad suficiente de carbón activado. Si se produce hipotensión, se colocará al paciente en posición supina y se administrarán rápidamente suplementos de sal y de volumen. Valsartán no puede eliminarse por hemodilísis debido a su fuerte unión a proteínas plasmáticas, pero la hidroclorotiazida sí puede depurarse por diálisis. 5. **DATOS FARMACÉUTICOS 5.1. Lista de excipientes** **Núcleo del comprimido:** Celulosa microcristalina Ácido silícico coloidal Crosopovidona Estearato de magnesio **Película:** Hipromelosa Macrogol 8000 (sólo para Co-Diován 160 mg/12,5 mg) Macrogol 4000 (sólo para Co-Diován Forte 160 mg/25 mg) Talco Dióxido de titanio (E171) Rojo óxido de hierro (E172) Amarillo óxido de hierro (E172) (sólo para Co-Diován Forte 160 mg/25 mg) Negro óxido de hierro (E172) (sólo para Co-Diován Forte 160 mg/25 mg) 5.2. **Incompatibilidades** No se han descrito. 5.3. **Período de validez** Co-Diován 160 mg/12,5 mg: 2 años Co-Diován Forte 160 mg/25 mg: 3 años 5.4. **Precauciones especiales de conservación** No conservar a temperatura superior a 30°C. Conservar en el envase original para proteger de la humedad. 5.5. **Naturaleza y contenido del recipiente** Blisters de Al/PVC/PE/PVDC o Al/PVC/PVDC. Envase con 28 o 280 comprimidos recubiertos con película. Los envases de 280 en envase blister precortado unidosis de Al/PVC/PE/PVDC o Al/PVC/PVDC. Co-Diován 160 mg/12,5 mg: Envase con 28 comprimidos recubiertos con película PVP (IVA 4%): 35,75€ Envase clínico con 280 comprimidos recubiertos con película PVP (IVA 4%): 255,84€ Co-Diován Forte 160 mg/25 mg: Envase con 28 comprimidos recubiertos con película PVP (IVA 4%): 36,48€ Envase clínico con 280 comprimidos recubiertos con película PVP (IVA 4%): Precio pendiente de autorización. 5.6. **Instrucciones de uso y manipulación** Sin requisitos especiales. 6. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN** Novartis Farmacéutica, S.A. Gran Vía de les Corts Catalanes, 764 - 08013 Barcelona 7. **NÚMERO(S) DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN** Co-Diován 160 mg/12,5 mg: 65.794 Co-Diován Forte 160 mg/25 mg: 66.526 8. **FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/ RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN** Co-Diován 160 mg/12,5 mg: 3 Diciembre 2003 Co-Diován Forte 160 mg/25 mg: 20 Enero 2005 9. **FECHA DE LA REVISIÓN (PARCIAL) DEL TEXTO** Febrero 2006. Con receta médica. Reembolsable por el S.N.S. Aportación normal.

Bibliografía: 1. Catálogo de Especialidades Farmacéuticas. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, edición 2006. 2. Julius S et al. Outcomes in hypertension patients at high cardiovascular risk treated with regimens based on valsartan or amlodipino: the VALUE randomized trial. *Lancet* 2004;363:2022-31. 3. Ficha Técnica de Diovan® 160 mg comprimidos recubiertos con película, enero 2006. 4. Weir MR et al. Evaluation of the Dose Response With Valsartan And Valsartan/Hydrochlorothiazide in Patients With Essential Hypertension. *J Clin Hyp* 2007;9:103-112.

**COMUNICACIÓN 075****SÍNDROME METABÓLICO: PREVALENCIA Y ASOCIACIÓN CON LAS LESIONES CORONARIAS EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA.**

Autores: A. Cordero Aguilar, D. López Carmona, E. de Ramón Garrido, J.L. Castillo Castro, D. Gaitán Román, R. Guijarro Merino, R. Gómez Huelgas, M. de Mora Martín, F. Malpartida de Torres

C. Trabajo: Servicio de Cardiología. Servicio de Medicina Interna. HRU Carlos Haya (Málaga)

OBJETIVO: El propósito de este estudio es evaluar la prevalencia del síndrome metabólico (SM) en los pacientes con un primer evento isquémico remitidos para la realización de una coronariografía y analizar la relación entre la presencia de dicho síndrome y la gravedad de las lesiones coronarias.

MÉTODOS: Durante un período de 20 semanas, se sometieron a una coronariografía 369 pacientes. De estos se eligieron aquellos que no tenían antecedentes de enfermedad arteriosclerótica, quedando una muestra de 138 pacientes. La identificación del SM se realizó de acuerdo a los criterios propuestos por la Federación Internacional de Diabetes (IDF). Las determinaciones analíticas corresponden a las que se practicaron durante su estancia hospitalaria. Se consideran lesiones significativas en la coronariografía aquellas que ocupan el 50% o más de la luz del vaso, clasificándose en cuatro grupos en función de su número (0, 1, 2, y 3 o más lesiones).

RESULTADOS: La edad media fue 59.1±11 años, 71% varones. La distribución de los factores de riesgo clásicos fue: HTA 52%, DM tipo 2 33%, dislipemia 40%, tabaquismo, 40%. El 82% de los pacientes mostraron un IMC patológico. El motivo de realización de la coronariografía fue: SCASEST 26%, SCASTE 40%, Angina inestable 15%, otros 16%. El 51% de los pacientes de la muestra presentaron SM. Por grupo de lesiones, la presencia de SM se distribuyó de la siguiente forma: Ninguna lesión 42%, una lesión 39%, dos lesiones 57%, tres o más lesiones 70%. Entre los pacientes con SM la distribución de lesiones fue: Ninguna lesión 14%, una lesión 17%, dos lesiones 29%, tres o más lesiones 40%, existiendo una asociación significativa entre la presencia de SM y la gravedad de las lesiones coronarias (p=0.006).

CONCLUSIONES: La prevalencia de SM en nuestra muestra de pacientes con un primer evento isquémico fue alta. Existe una asociación significativa entre la presencia de SM y la gravedad de las lesiones coronarias identificadas, por lo que serían necesarias medidas para la identificación de este grupo de alto riesgo cardiovascular.

COMUNICACIÓN 076**PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR NO CONOCIDOS EN PACIENTES SOMETIDOS A ANGIOPLASTIA PRIMARIA**

Autores: Urbano Moral JA, Romero Rodríguez N, Fernández Quero M, Gonzales Vargas Machuca M, Torres Llergo J, Ortiz Carrellán A, Nevado Portero J

C. Trabajo: Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

INTRODUCCIÓN: Se estima que un tercio de pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del ST fallecen en las primeras 24 horas. Muchos de ellos presentan este cuadro como evento clínico inicial de cardiopatía isquémica, siendo la angioplastia primaria el tratamiento de elección cuando está disponible. Amplios ensayos clínicos han demostrado que el control de los factores de riesgo (FR) para aterosclerosis previene el desarrollo de cardiopatía isquémica y reduce el riesgo de eventos cardiovasculares en pacientes con enfermedad coronaria conocida.

OBJETIVO: Conocer la prevalencia de posibles FR mayores modificables para aterosclerosis coronaria, no diagnosticados previamente, en pacientes ingresados tras angioplastia primaria.

MATERIAL Y MÉTODOS: Hemos revisado 111 pacientes sometidos a angioplastia primaria en nuestro centro, entre Julio y Diciembre de 2006. Se realizó un registro de tensión arterial (TA), glucemia y niveles de lípidos durante su ingreso, a partir de las 48 horas del intervencionismo percutáneo. Consideramos: 1) Posible hipertensión arterial (HTA): TA > 140 y/o 90 mmHg; 2) posible diabetes o glucemia basal alterada (GBA): Glucemia > 126 ó 100 mg/dL, respectivamente (tanto TA como glucemia, obtenidas como mínimo en 2 ocasiones y con al menos 24 horas de separación entre ellas; situación clínica estable); 3) posible dislipemia: Colesterol total > 240 mg/dL, LDL-colesterol > 160 mg/dL, HDL-colesterol < 40 mg/dL y/o triglicéridos > 150 mg/dL. Se excluyeron 9 pacientes por fallecimiento en el ingreso y/o patología intercurrente que podía alterar los parámetros analizados.

RESULTADOS: Un 80.4% de los pacientes eran varones y la edad media 59.8 años. La HTA, diabetes y dislipemia conocidas estaba presente en un 53.9, 28.4 y 41.2% respectivamente. Se detectó un 55.9% de pacientes con al menos un posible FR no conocido previamente, y la prevalencia de cada uno de ellos fue: HTA 35.4%, diabetes 17.6%, GBA 37.8% y dislipemia 17.2%.

CONCLUSIÓN: Existe un alto porcentaje (55.9%) de pacientes ingresados tras ser sometidos a angioplastia primaria, con al menos un factor de riesgo mayor modificable para aterosclerosis coronaria, no conocido antes del intervencionismo percutáneo.

COMUNICACIÓN 077**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ACTITUD TERAPEUTICA EN TROMBOSIS VALVULAR PROTÉSICA.**

Autores: Muñoz Jiménez, LD., Zayas Ganformina, B., Esteban Luque, A., Cano Nieto, JA., Gaitán Roman, D., Delgado Prieto, JL., Pérez Ruiz, JM., Malpartida de Torres, F.

C. Trabajo: Servicio de Cardiología del Hospital Carlos Haya-Málaga

La incidencia de la trombosis protésica (TP) oscila entre 0,1 y 5,7% por paciente y año. Los factores que más se han asociado a este fenómeno son: anticoagulación inadecuada e implantación aurículo-ventricular. Se trata de una complicación grave que puede comprometer seriamente la vida del paciente.

OBJETIVO: Analizar el perfil clínico y la estrategia terapéutica de los pacientes con trombosis protésica en nuestro Centro.

MATERIAL Y METODO: Se diseñó un estudio: Observacional y descriptivo de los casos diagnosticados de trombosis protésica valvular en el período: 1998-2006. Las variables analizadas han sido sexo, edad, posición protésica, tiempo desde su implantación, INR al ingreso, manifestaciones clínicas: dolor torácico, disnea, síncope, insuficiencia cardíaca, embolismos sistémicos ó pulmonar, prueba de imagen que confirmó el diagnóstico: ecocardiografía, transtorácica y/o transesofágica ó radioscopia y el tratamiento instaurado: cirugía de sustitución valvular y/o fibrinólisis sistémica.

RESULTADOS: El total de casos fueron 14. Sexo: 9 hombres y 4 mujeres. La edad media 56,6 años. La posición protésica más frecuentemente afectada fue la mitral. En los casos con triple sustitución protésica, la más afectada fue la tricúspide. El tiempo medio desde la primera cirugía de sustitución valvular hasta el diagnóstico de trombosis protésica fue de 5,7 años. Las manifestaciones clínicas que hicieron sospechar el diagnóstico: dolor torácico 7,7%, insuficiencia cardíaca 69% y fenómenos embólicos 23%. En todos los casos el diagnóstico se confirmó con ecocardiografía transtorácica y/o esofágica y el INR al ingreso estaba en rango inferior al recomendado en un 92,3%. La terapia inicial más utilizada fue la fibrinólisis sistémica en un 84,6%.

CONCLUSIONES: 1. La trombosis protésica valvular más frecuente fue la mitral, 2. La manifestación clínica más frecuente fue la insuficiencia cardíaca. 3. La anticoagulación subóptima estuvo presente en la mayoría de los casos. 4. La ecocardiografía transtorácica y/o transesofágica fue la prueba de imagen que confirmó el diagnóstico. 5. La fibrinólisis sistémica fue la terapia inicial instaurada en la mayoría de los casos.

COMUNICACIÓN 078**UNIDAD DE DOLOR TORÁCICO INTEGRADA EN LA UNIDAD DE HEMODINÁMICA: SEGUIMIENTO A 18 MESES.**

Autores: Pérez Santigosa P., Cubero Gómez JM., Molano Casimiro FJ., Pavón R., Villagómez D., Sánchez Burguillos FJ., Pastor Torres L.

C. Trabajo: H.U.V.VALME

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El objetivo del estudio es analizar los resultados a medio plazo de una Unidad de Dolor torácico integrada en la Unidad de Hemodinámica en nuestro medio.

PACIENTES Y MÉTODO: Se estudiaron prospectivamente a pacientes que consultaron en urgencias por dolor torácico sospechoso de síndrome coronario agudo y cuya evaluación inicial era normal o inespecífica. Se les sometía a una prueba de esfuerzo submáxima temprana para decidir su hospitalización. El período de seguimiento fue de un año.

RESULTADOS: Un total de 107 pacientes fueron sometidos a una prueba de esfuerzo durante las primeras horas del dolor torácico. En el 75,7% de los casos, el resultado de la prueba fue negativo y se procedió al alta. En un 15,9% la prueba de esfuerzo fue positiva permaneciendo los pacientes ingresados. En el 8,4% fue no concluyente, quedando a criterio del médico realizador la decisión sobre su ingreso o alta. No aparecieron complicaciones durante la realización de los test de provocación de isquemia. Durante el período de seguimiento (18±4 meses) los pacientes con prueba de esfuerzo negativa tuvieron una evolución más favorable frente a aquellos con el test positivo con un menor número de eventos (visita a urgencias, hospitalización por angina inestable, infarto agudo de miocardio o muerte cardiovascular), 11,1% frente a 29% (p=0,05), debido a un menor número de hospitalizaciones por dolor torácico (7,4 frente a 23,5%; p < 0,05). No se encontraron diferencias entre ambos grupos en aparición de angina inestable, IAM y/o mortalidad. En el 87% de los casos con prueba de esfuerzo negativa los pacientes tuvieron una evolución libre de acontecimientos.

CONCLUSIONES: Una unidad de dolor torácico en la atención de pacientes de intermedio y bajo riesgo permite un alta temprana y segura, con una evolución favorable a medio plazo.



COMUNICACIÓN 079

NUEVAS FORMAS DE GESTIÓN DE CONSULTAS Y TEST DIAGNÓSTICOS EN CARDIOLOGÍA.

Autores: JJ. Gómez-Doblas, E. Rueda, A. Montiel, J. Robledo, F. Cabrera Bueno, JM. García-Pinilla, E. De Teresa.
C. Trabajo: UGC Área del Corazón. Hospital Universitario Virgen De La Victoria Málaga

En la valoración de las consultas de cardiología (CC) la accesibilidad a estas es percibida negativamente. Otros aspectos desfavorables son la necesidad de desplazamientos, la ansiedad relacionada con el diagnóstico, y el incremento de costes. Las consultas clásicas de cardiología se han mostrado ineficaces en la solución de estos problemas.

OBJETIVO: Realizar un cambio en el sistema de CC extrahospitalaria de nuestra área, desde un sistema tradicional de CC hacia una nueva organización de CC, con un modelo modificado de consulta de alta resolución.

MÉTODOS: Se realizó un análisis de la situación previa a la implantación de la nueva organización. Tras ello se diseñó un nuevo sistema de CC con una amplia cartera de servicios (ECG, Rx tórax, MAPAS, ergometría, ecos, Holter) de realización en la propia CC. Se integra y oferta a la CC, realización de pruebas complementarias en horario de tarde y festivos con integración del acto diagnóstico y médico por cardiólogos adscritos a la CC o no. Todo esto se realiza con el uso de las nuevas tecnologías de información con una herramienta autodiseñada, basada en la unión de todas las bases de datos del servicio con acceso en tiempo real a su contenido. Se realiza además la autogestión de las citas de test diagnósticos de todo el servicio.

RESULTADOS: Se obtienen resultados en diferentes ámbitos, como la accesibilidad al reducirse los tiempos de espera para CC de primera vez y de test diagnósticos a < 1 mes. Se ha incrementado la satisfacción de los profesionales implicados. Independientemente de la actividad que se realiza en sistema de acto único en horario de mañana, se realizan un 54 % de altas en la actividad diagnóstica realizada fuera del horario convencional con la consiguiente reducción de segundas visitas. Por último se han apreciado mejoras en indicadores de calidad asistencial (% profilaxis endocarditis, % pacientes con LDL < 100 postIAM).

CONCLUSIONES: Con este sistema de organización de CC y gestión de test diagnósticos no solo se obtienen resultados directos sobre la demanda de las CC sino sobre aspectos como la satisfacción del paciente y del profesional, eficiencia en el uso de los recursos disponibles y mejora de la calidad asistencial.

COMUNICACIÓN 080

SÍNDROME DE TAKO-TSUBO: UNA NUEVA ENTIDAD CARDIOLÓGICA. EXPERIENCIA MONOCÉNTRICA

Autores: Almendro Delia, Manuel; Mendez Santos, Irene; Alba Sánchez, Miguel; Hidalgo Urbano, Rafael; Valenzuela García, Luis Felipe; González Valdayo-López, Miguel; Vízcaíno Arellano, Manuel; Ruiz Salmeron, Rafael; Cruz Fernández, Jose María.
C. Trabajo: Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

INTRODUCCIÓN: El síndrome de disquiesia apical transitoria (DAT) también conocido como apical ballooning representa una nueva entidad con fisiopatología desconocida. Su incidencia en nuestro medio es poco conocida. Presentamos una serie de pacientes consecutivos de nuestro centro.

MÉTODOS: Seguimiento prospectivo (características demográficas, ECG, enzimas cardíacas, cateterismo, complicaciones, seguimiento) de 11 pacientes (ptes) entre Octubre 2004 a Diciembre 2006.

RESULTADOS: Todos los ptes eran mujeres con edad 72 (51-83). Un 64% presentaban HTA y 36% hipercolesterolemia. Existió factor estresante previo en un 64% de los casos. Forma de presentación: dolor torácico (82%), disnea (9%), síncope (9%). Complicaciones (82%): arritmias ventriculares (36%), shock y necesidad aminas (27%), AVC isquémico (18%), fallo ventricular izquierdo (36%), trombo intraventricular (9%). ECG: elevación ST en 73% (V1-2 18%, V3-4 37%, V5-6 9%, cara inferior 9%), ondas Q 73%, ondas T negativas 100% (anteroinferior 55%, 83 mseg. Enzimas: CPK 253 (80-726), α -anteriorseptal 36%, anterolateral 9%), QTC 470 Mb 63 (25-138), Tn T 0,94 (0,14-2,32). Cateterismo: 100% coronarias normales con flujo TIMI 3, ADA recurrente 54%. Cuenta corregida de secuencias TIMI comparada 0,8 p=0,001, ACX \pm 3 vs 18 \pm con grupo control ajustado a edad y sexo: ADA (22 2 p=0,04, ACD p=0,282. Test de vasos pasmo con frío negativo en 4 \pm 1,7 vs 16 \pm (18 2 días (p 0,0002) \pm 8 en 6 \pm 7, recuperación de FE a un 61 \pm ptes FE mínima 41 Gradiente intraventricular en 2 ptes Ausencia de isquemia/lesión (SPECT, RM o Ecodobutamina) en 10 ptes. Seguimiento: todos toleraron betabloqueantes con 14 meses. No se \geq recurrencia clínica en 2(18%) Hubo 5 ptes con seguimiento encontró variable relacionada con la recurrencia: (enzimas cardíacas p 0,07) ni 5 \pm la aparición de complicaciones intrahospitalarias. En el seguimiento (12 meses) desaparecieron las ondas T negativas y permaneció la FE conservada en todos los ptes.

CONCLUSIONES: La DAT no es tan infrecuente supone un 1,2% de los SCA en la Unidad Coronaria, aunque quizás se encuentra infradiagnosticada. La tasa de complicaciones intrahospitalarias es alta y son posibles las de recurrencias a pesar de tratamiento betabloqueante. La presencia de disfunción microvascular en estos pacientes podría ser el origen del cuadro. Sería necesario un registro multicéntrico para evaluar los factores implicados en la recurrencia así como las complicaciones.

COMUNICACIÓN 081

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-DEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS DE CARDIOLOGÍA

Autores: Campos Pareja A., Frutos López M., Sánchez Brotons J., Fernández Quero M., Arizón Muñoz JM., Benezet Mazuecos F.J., Cabeza Letrán ML., Urbano Moral JA., Sánchez González A., Martínez Martínez A.
C. Trabajo: Hospitales Universitarios Virgen del Rocío

INTRODUCCIÓN: Las unidades de cuidados intermedios cardiológicos (UCINT-C) están demostrando ser cada vez más útiles en el manejo inicial de pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) sin elevación del segmento ST (SEST) de riesgo moderado-alto y pacientes seleccionados con infarto agudo de miocardio transmural (IAM). Objetivos: describir el perfil de pacientes ingresados con SCA en nuestra UCINT-C.

MATERIAL Y MÉTODOS: de todos los ingresos registrados entre Noviembre de 2005 y Enero de 2007 en nuestra UCINT-C fueron seleccionados los pacientes diagnosticados de SCA. Se recogieron diferentes características demográficas y variables clínicas para definir el grupo.

RESULTADOS: De los 237 pacientes ingresados por SCA el 70,5% fueron varones. La mediana de edad fue de 65 años (IQR 55-72,75). El 60,3% eran hipertensos, el 39,5% diabéticos, un 46,3% dislipémicos y el 63,9% tenía antecedentes de tabaquismo. El 15,2% presentaba enfermedad renal crónica. Un 51,1% tenía antecedentes de cardiopatía y el 23,9% había sido revascularizado previamente. El 24,3% ingresó por IAM y el 75,7% por SCASEST, siendo en éstos el riesgo TIMI moderado o alto en el 86,1% de los casos. El 89% de los casos fue sometido a un cateterismo, la mayoría en las primeras 24-72 horas, mostrando el 55% enfermedad de 2 ó más vasos y un 17,3% afectación del tronco común izquierdo. 8 pacientes (3,4%) fallecieron durante el ingreso y un 17,5% pacientes sufrieron complicaciones derivadas de su patología de base o de los procedimientos realizados durante el mismo. La mediana de la estancia en la UCINT-C fue de 3 días (IQR 2-5).

CONCLUSIONES: Nuestra UCINT-C atiende principalmente pacientes con SCA de moderado-alto riesgo, que son manejados según una estrategia invasiva precoz. Los datos referidos sugieren una baja mortalidad, una estancia media corta y una tasa de complicaciones no despreciable. Habría que cotejar nuestros resultados con los de otras UCINT-C lo cual sería posible mediante la creación de registros a nivel regional y/o nacional.

COMUNICACIÓN 082

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL INGRESADOS POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS CARDIOLÓGICOS

Autores: Campos Pareja A., Frutos López M., Sánchez Brotons J., Cayuela A., Fernández Quero M., Arjona Barrionuevo J., Urbano Moral JA., Cabeza Letrán ML., Benezet Mazuecos J., Sánchez González A., Martínez Martínez A.
C. Trabajo: HU Virgen del Rocío de Sevilla

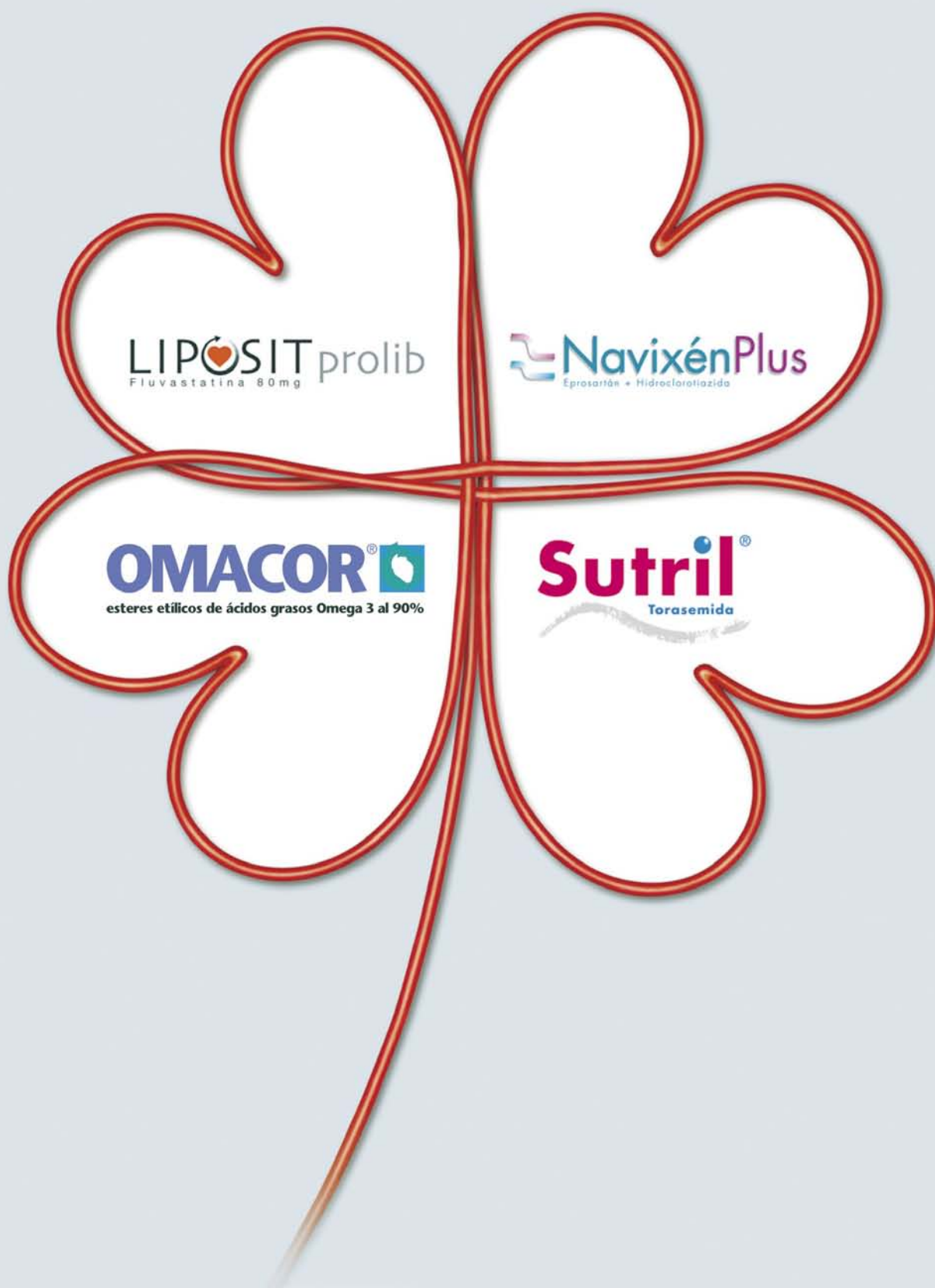
INTRODUCCIÓN: La elevación de las cifras de creatinina plasmática y la disminución de su aclaramiento son predictores de mortalidad y eventos adversos en pacientes hospitalizados por Síndrome Coronario Agudo (SCA).

OBJETIVOS: Comparar en pacientes con y sin nefropatía que ingresan en una Unidad de Cuidados Intermedios Cardiológico (UCINT-C), la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular y las características del evento cardíaco que motivó el ingreso.

MATERIAL Y MÉTODOS: 237 pacientes diagnosticados de SCA ingresaron de forma consecutiva en la UCINT-C de nuestro Hospital entre Noviembre de 2005 y Enero de 2007. El 15,2% de los éstos estaban diagnosticados de insuficiencia renal crónica (IRC). Se recogieron diferentes variables clínicas y demográficas, y datos angiográficos y de su evolución durante el ingreso.

RESULTADOS: No hubo diferencias significativas en cuanto al sexo o la presencia de diabetes en pacientes con o sin IRC. En aquellos con IRC existía mayor porcentaje de HTA y dislipemia (p<0,05). El 74,3% de ellos tenían antecedentes de cardiopatía (p<0,002) y el 75% tomaban aspirina (p<0,001). Un 52,4% de los casos con IRC ingresaron por SCA sin elevación del ST frente al 32,3% de los pacientes sin enfermedad renal (p=ns). Durante el ingreso, en los primeros se objetivó mayor afectación de tronco coronario izquierdo (p<0,032) y mayor número de coronarias con enfermedad significativa (p<0,006). La incidencia de complicaciones fue del 44,8% en ese grupo frente al 17,3 % del segundo (p<0,001). No hubo diferencias en el número de éxitos durante el ingreso (p=0,106). La estancia media en la Unidad de Cuidados Intermedios fue significativamente más alta en los pacientes con IRC (p<0,013). Los pacientes con el filtrado glomerular más deteriorado presentaron más complicaciones y mayor grado de coronariopatía durante el ingreso.

CONCLUSIÓN: Entre los pacientes enfermedad renal crónica ingresados por SCA existe más incidencia de HTA y dislipemia. Representan un subgrupo de pacientes de alto riesgo, con afectación coronaria más severa, más incidencia de complicaciones y mayor estancia media en nuestra Unidad de Cuidados Intermedios Cardiológicos.



LIPÓSITprolib
Fluvastatina 80mg

NavixénPlus
Eprosartán + Hidroclorotiazida

OMACOR[®]
esteres etílicos de ácidos grasos Omega 3 al 90%

Sutril[®]
Torasemida



COMUNICACIÓN 083

AUTOANTICUERPOS ANTI-LDL OXIDADA EN DIABÉTICOS SOMETIDOS A REVASCULARIZACIÓN CORONARIA PERCUTÁNEA

Autores: Julia Fernández Pastor, José Manuel García Pinilla, Manuel Jiménez Navarro, Alejandro Pérez Cabeza, Lourdes Garrido Sánchez, Carmen Ortiz, Juan Caballero Borrego, Antonio Linde Estrella, Inés Leruite Martín, Antonio Domínguez Franco, Francisco Tinahones, Eduardo de Teresa Galván

C. Trabajo: Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

INTRODUCCIÓN: Los pacientes diabéticos sometidos a intervencionismo coronario percutáneo (ICP) presentan un pronóstico peor que los no diabéticos. Se ha descrito que un mayor ambiente oxidante en diabéticos modificaría las LDL circulantes aumentando su aterogenicidad. Existen controversias acerca del papel que tendrían los autoanticuerpos frente a esas LDL modificadas (Ac-antiLDL-ox) en el desarrollo y evolución de la arteriosclerosis.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo analítico para comparar los niveles plasmáticos de Ac-antiLDL-ox según la presencia de alteraciones del metabolismo de la glucosa en una muestra de 127 pacientes consecutivos sometidos a ICP.

RESULTADOS: La edad media fue de 59 años; el 85.8% fueron varones. El 45.7% ingresó en relación con SCASEST y el 36.2% en relación con SCACEST. Tras la realización de una sobrecarga oral de glucosa, se comprobó que el 40.2% eran diabéticos y el 29.1% presentaban intolerancia a la glucosa. Se observó un gradiente inverso en los niveles de Ig G anti-LDL-ox entre los pacientes sin alteraciones del metabolismo de la glucosa (densidad óptica [DO]=0.109), aquellos que presentaban intolerancia a la glucosa (DO=0.099) y los diabéticos (DO=0.084), $p=0.019$. No se evidenciaron diferencias respecto a los niveles de Ig M anti-LDL-ox: 0.109 DO en pacientes sin alteración del metabolismo de la glucosa, 0.103 DO en los intolerantes a la glucosa y 0.098 DO en los diabéticos, $p=0.49$. Además se objetivó una correlación inversa entre los títulos de Ig G anti-LDL-ox y la glucemia ($r = -0.23$, $p=0.018$).

CONCLUSIONES: 1. Los pacientes con alteración del metabolismo de la glucosa presentaron menores niveles plasmáticos de Ig G-anti-LDL-ox. 2. Los niveles plasmáticos de dichos autoanticuerpos se correlacionaron de forma inversa con la glucemia.

COMUNICACIÓN 084

EVOLUCIÓN DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA: RESULTADOS DE UNA SERIE DE 20 AÑOS (1987-2006)

Autores: Crespín M., Castillo JC., García D., Anguita M., Delgado M., Mesa D., Ruiz M., Romo E., Arizon JM., Suárez de Lezo J.

C. Trabajo: Hospital Reina Sofía. Córdoba

La endocarditis infecciosa (EI) es una enfermedad que se caracteriza por una tasa de complicaciones severas y una mortalidad durante la fase activa muy elevada a pesar de los avances en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad ocurridos en las últimas décadas. El objetivo de este estudio es conocer las características clínicas y el pronóstico de los pacientes con EI atendidos en nuestra institución en los últimos 20 años y valorar si se han producido cambios clínicos significativos en los últimos años. Desde 1987 hasta 2006 hemos tratado 288 casos de EI en pacientes no drogadictos: 126 pacientes desde 1987 a 1996 (grupo A) y 162 pacientes desde 1997 al 2006 (grupo B). La edad media de los 17 en el ±20 años en el grupo A y 56±pacientes aumentó en la segunda década (43 grupo B, $p<0.001$). No hubo diferencias en cuanto al sexo (varón 65% en el grupo A y 63% en el grupo B), número de episodios previos de EI (9% en el grupo A y 4% en el grupo B), puerta de entrada o tipo de EI (EI sobre válvula nativa 70% en el grupo A y 69% en el grupo B). La incidencia de EI sobre prótesis precoz y tardía fue similar en ambos grupos (EI sobre prótesis precoz 46% en el grupo A y 43% en el grupo B). En relación a la lesión predisponente, la enfermedad reumática fue más frecuente en el grupo A (38%) y la enfermedad valvular degenerativa en el grupo B (28%), $p<0.001$. La tasa de pacientes sin cardiopatía predisponente aumentó significativamente en la segunda década (37% vs 21%, $p<0.001$). No hubo diferencias en cuanto a la válvula afectada así como la tasa de hemocultivos negativos (12% en el grupo A y 13% en el grupo B). En la segunda década aumentó significativamente las infecciones por *S.epidermidis* y por *Enterococos* (9% vs 18% y 10% vs 18% respectivamente, $p<0.02$). La sensibilidad del ecocardiograma transtorácico aumentó en la segunda década (59% vs 71%, $p<0.03$) no así para el ecocardiograma transesofágico (90% vs 96%). En la primera década hubo una tasa de complicaciones severas durante la fase activa superior (82% vs 68%, $p<0.01$) fundamentalmente por embolismos (32% vs 13%, $p<0.001$), complicaciones neurológicas (22% vs 14%, $p<0.05$) y complicaciones renales (18% vs 4%, $p<0.05$). La tasa de insuficiencia cardíaca (40% vs 50%), persistencia de la sepsis (17% vs 28%), abscesos (11% vs 12%) y aneurismas micóticos (6% vs 2%) fueron similares. La tasa de cirugía tanto urgente como electiva fue similar en ambos periodos (urgente 23% en el grupo A y 15% en el grupo B, electiva 29% en el grupo A y 39% en el grupo B). La mortalidad en la fase activa no se modificó (21% en el grupo A y 23% en el grupo B) así como tampoco la mortalidad tardía (21% en el grupo A y 14% en el grupo B). La supervivencia actuarial al año y a los 5 años fue similar en ambos grupos (93% al año y 86% a los 5 años en el grupo A y 92% y 80% en el grupo B). En conclusión, los pacientes con EI en la actualidad se caracterizan por: tener más edad, a menudo sin cardiopatía predisponente y relacionada con gérmenes más agresivos, sin embargo el pronóstico a corto y medio plazo no se ha modificado.

COMUNICACIÓN 085

PERFIL DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL INFARTO DE MIOCARDIO EN LOS ALBORES DEL SIGLO XXI. RESULTADOS DE UN REGISTRO DE LA PROVINCIA DE GRANADA.

Autores: Caballero Güeto J., Caballero Güeto FcoJ., Ulecia Martínez MA., Candel Delgado JM., Sanchez Ramos J.

C. Trabajo: Hospital Universitario San Cecilio de Granada

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO: La elevada prevalencia de Factores de Riesgo Cardiovascular (FRCV) en Andalucía podría explicar la alta morbi-mortalidad de nuestra comunidad a pesar de ser una de las menos envejecidas de España, representando un perfil de Riesgo Cardiovascular superior al resto del país: Diabetes del 19.1 vs 14.3%; Tabaquismo 38.8% vs 35.7%; Angina y FRCV >8% vs 5.3%; HTA 38.8 vs 31.1% (sólo el 15-29% con adecuado control). Presentamos las tasas más elevadas de colesterol, bien controlados solo uno de cada 3 pacientes; tenemos las mayores cifras de obesidad-sedentarismo; y una mayor agregación de FRCV: los hombres >30 años el 20% tienen 2 FRCV, en el grupo de 50-60 años, el 30% 2 FRCV y 15% 3 FRCV. Pretendemos determinar el perfil actual de los FRCV que contribuyen al desarrollo de infarto de miocardio (IAM) en nuestra provincia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos los resultados de los pacientes incluidos por nuestro hospital en un registro de Síndrome Coronario Agudo, analizando los 124 pacientes que ingresan por IAM, definido como SCA: dolor anginoso o equivalente con alteraciones en el electrocardiograma que presenten elevación enzimática (CK-MB y/o Troponina).

RESULTADOS: La edad media de los paciente fue 69.3 años, el 73% hombres. Antecedentes de diabetes el 33%, HTA el 64.5% y tabaquismo el 55%. El perfil lipídico mostraba cifras medias de LDL bajas 106.3 mg/dl (considerando que solo 28 pacientes, el 22.6% presentaban antecedentes definidos de cardiopatía previa), el 24% cifras de triglicéridos consideradas altas por la NCEP-III. El 55.6% cifras de HDL bajas. Otras comorbilidades vasculares (arteriopatía periférica, carotídea o insuficiencia renal) estaba presente en el 29.8% de los pacientes.

CONCLUSIONES: Los principales FRCV en el SCA en nuestro medio son la HTA y el tabaquismo. En nuestro registro, el perfil lipídico más prevalente fue HDL bajo, pudiendo estar en relación con determinaciones tardías (>24h), pero también indicar que para prevenir el SCA las cifras de LDL deben ser aun más bajas como establecen los últimos estudios, o tal vez que otros indicadores lipídicos HDL, CT, Colesterol no HDL, LP(a), apoB/A son mejores indicadores del RCV y desarrollo de IAM que el LDL.

COMUNICACIÓN 086

REVASCULARIZACIÓN Y PRONÓSTICO DEL INFARTO DE MIOCARDIO EN UN HOSPITAL SIN HEMODINÁMICA

Autores: Caballero Güeto J., Caballero Güeto FcoJ., Ulecia Martínez MA., Candel Delgado JM.

C. Trabajo: Hospital Universitario San Cecilio de Granada

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO: Es un hecho conocido que los datos derivados de los estudios aleatorizados no son aplicables en nuestra práctica habitual. Los registros, pese a sus limitaciones, ofrecen datos más fiables del mundo real, en nuestro medio, siendo una herramienta válida para el control de nuestra actividad, determinación de parámetros de calidad e identificación de problemas y deficiencias.

MATERIAL Y MÉTODOS: Nuestro registro incluye pacientes ingresados por Síndrome Coronario Agudo (SCA). Presentamos los resultados de 124 pacientes con infarto de miocardio (IAM), definido como dolor anginoso/equivalente, alteraciones electrocardiográficas y elevación enzimática, y su evolución a 6 meses.

RESULTADOS: Se realizó coronariografía en 77 pacientes (66%). Se utilizó stent recubierto en 51 procedimientos (88%) y convencional en 7 (12%). La revascularización fue parcial en 31 pacientes (40%), completa en 26 (33%) y se consideraron no revascularizables 20 (26%); solo 1 paciente fue remitido para revascularización quirúrgica. La muerte hospitalaria ocurrió en 6 pacientes (5%), y afecto a mayores de 80 años, en ninguno se había realizado coronariografía por edad o comorbilidad, y solo un paciente de 74 años que falleció fue por endocarditis aórtica concomitante. Seguimiento a 6 meses: 12 pacientes habían fallecido (10%), todos mayores de 82 años, excepto un paciente de 77 años, exitus tras ictus. Reingresos a 6 meses: 27 (22%): motivos no cardiovasculares 6 (22%), causas vasculares 4 (15%), IC 1 (4%), nuevo SCA±IC 16 (59%). No se produjo reingreso en paciente revascularizado mediante stent convencional; 10 reingresos (66%) en paciente a los que no se realizó coronariografía o se consideraron no revascularizables, y 6 (38%) en pacientes revascularizados mediante stent recubiertos (33% con revascularización completa y 76% incompleta); solo un paciente con revascularización incompleta precisó nueva revascularización.

CONCLUSIONES: Aun sin Hemodinámica, se puede realizar asistencia de calidad y acorde a guías clínicas. Con una población de mayor edad y FRCV que otros registros (CRUSADE, GRACE, Euro Heart Survey-ACS) nuestros datos de coronariografía, revascularización, mortalidad hospitalaria y a 6 meses es similar

**COMUNICACIÓN 087****PAPEL PRONÓSTICO DE LAS ALTERACIONES DEL METABOLISMO DE LA GLUCOSA EN NO DIABÉTICOS SOMETIDOS A INTERVENCIÓN CORONARIO PERCUTÁNEO**

Autores: Alejandro Pérez Cabeza, José Manuel García Pinilla, Julia Fernández Pastor, Manuel Jiménez Navarro, Lourdes Garrido Sánchez, Juan Caballero Borrego, Antonio Domínguez Franco, Antonio Linde Estrella, Inés Leruite Martín, Juan Alonso Briaies, José María Hernández García, Francisco Tinahones, Eduardo de Teresa Galván

C. Trabajo: Servicios de Cardiología y Endocrinología. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

INTRODUCCIÓN: Existen controversias acerca de la utilidad de la realización de una sobrecarga oral de glucosa (SOG) para el diagnóstico de alteraciones del metabolismo de la glucosa (AMG) en pacientes (p) con cardiopatía isquémica. No está claro si la SOG debe realizarse durante el ingreso o en una situación de mayor estabilidad metabólica.

MÉTODOS: Estudio prospectivo de cohortes para comparar el pronóstico de una serie de 124 p consecutivos sometidos a intervención coronario percutáneo (ICP) en base a la presencia de AMG tras la realización de una SOG durante el ingreso y al mes del ICP.

RESULTADOS: La edad media fue de 59 años, 85.5% varones. En el seguimiento a 12 meses el 14.5% presentó eventos cardiovasculares (ECV). Tras la realización de una SOG durante el ingreso, el 41.1% presentaban criterios de diabetes. En los "diabéticos" la tasa de ECV fue superior (19.6% frente a 8.1%), aunque esta diferencia no alcanzó significación estadística ($p=0.13$). Al primer mes del ingreso, la realización de una nueva SOG objetivó que el 21.1% presentaban criterios de diabetes. De nuevo, los "diabéticos" presentaron una mayor tasa de ECV (33.3% frente a 15.4%) aunque esta diferencia no alcanzó significación estadística ($p=0.23$). La supervivencia libre de eventos (SLE) fue inferior en diabéticos diagnosticados durante el ingreso (80.4%, 91.9%) aunque sin alcanzar significación estadística ($p=0.14$). La SLE también fue inferior en los diabéticos frente a los p sin AMG al mes del ICP (66.6% frente a 84.6%) aunque de nuevo no se alcanzó significación estadística ($p=0.26$). Finalmente en un modelo de análisis multivariante, el diagnóstico de diabetes mellitus durante o tras el ingreso por ICP no fue predictor independiente de ECV en el seguimiento, pero la hemoglobina glicosilada al ingreso sí se relacionó de forma independiente con el pronóstico (OR 1.9 IC 95% 1.1-3.2, $p=0.017$).

CONCLUSIONES: 1. Se objetivó una tendencia hacia una mayor tasa de ECV en p sometidos a ICP que presentaron AMG tras la realización de una SOG. 2. El diagnóstico de AMG al mes del ingreso podría relacionarse con un peor pronóstico. 3. Son necesarios estudios más amplios para confirmar estos hallazgos.

COMUNICACIÓN 088**INFLUENCIA SOBRE UNA UNIDAD DE DOLOR TORÁCICO DE LA DISPONIBILIDAD DE HEMODINÁMICA.**

Autores: Pérez Santigosa P., Molano Casimiro F.J., Cubero Gómez J.M., Pavón R., Sánchez Burguillos F.J., Villagómez D., Pastor Torres L.

C. Trabajo: H.U.V.VALME

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El objetivo del estudio es analizar la influencia de la disponibilidad de Hemodinámica, en el propio centro, sobre el manejo de los pacientes en una Unidad de Dolor torácico (UDT).

PACIENTES Y MÉTODO: Se compararon dos series de 179 (A) y 107 (B) pacientes, recogidas, en un mismo centro, en los años 2000 y 2004 respectivamente. Se incluyeron pacientes que consultaron por dolor torácico sospechoso de síndrome coronario agudo y cuya evaluación inicial era normal o inespecífica. Se les sometía a una prueba de esfuerzo submáxima temprana para decidir su hospitalización. El periodo de seguimiento de ambas series fue de un año.

RESULTADOS: Como diferencias entre ambas poblaciones encontramos en la serie B un mayor número de HTA 45,8 vs 57,9% ($p=0,047$), antecedentes de ACP, 2,79 vs 11,21% ($p=0,004$) y antecedentes de revascularización quirúrgica, 0 vs 2,8% ($p=0,024$). Los resultados de las pruebas en ambas series fueron: positiva en 15,1 vs 15,8%, negativa 78,8 vs 75,7% y no concluyente 6,1 vs 8,4% ($p=NS$). No encontramos diferencias significativas en la aparición de eventos (visita a urgencias, hospitalización por dolor torácico, angina inestable, IAM o muerte cardiovascular) entre ambas (17,3 vs 14,9%; $p=NS$) en un seguimiento medio de un año. Los pacientes con ergometría negativa o no concluyente fueron manejados de forma similar. En aquellos pacientes con ergometría positiva la realización de coronariografía fue significativa mayor en la serie B (29,6 vs 70,5%; $p=0,008$). De estos pacientes (ergometría positiva), hasta un 70,5% de la serie B frente a un 48% de la serie A permanecieron libres de eventos durante el seguimiento ($p=NS$).

CONCLUSIONES: La disponibilidad de un laboratorio de hemodinámica en un centro con UDT sólo implica un diferente manejo de los pacientes con ergometría positiva, realizándose un porcentaje significativamente mayor de coronariografías en este subgrupo. Aunque existe una mejoría del 20%, en términos absolutos, en la permanencia libre de eventos, no encontramos significación estadística probablemente debido al tamaño muestral.

COMUNICACIÓN 089**RESULTADOS A CORTO Y MEDIO PLAZO DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDÍACA EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA DE RIESGO MEDIO O BAJO.**

Autores: Arízón J.M.; Vallejo J.; López A.; Martín J.; Losada M.A.; Martínez A.
C. Trabajo: Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Analizar la eficacia de nuestro programa en pacientes con cardiopatía isquémica de riesgo medio o bajo y si dicha eficacia se mantiene tras finalizar el programa.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se incluyeron 53 pacientes de bajo o medio riesgo. Edad 50.8 años. Hombres 84.9%. HTA 37.7%. Diabéticos 15.1%. Dislipémicos 52.8%. Fumadores activos 45.28%. Incapacidad laboral transitoria 60.37%. Sedentarismo 64.2%. Se compararon factores de riesgo cardiovascular, resultados ergométricos, test de calidad de vida (Velasco del Barrio), parámetros antropométricos antes, al completar el programa y tras nueve meses de finalizar el mismo.

RESULTADOS: Se observaron diferencias estadísticamente significativas en HTA (58.5% al inicio; 20.8% al final, $p<0.001$ y 26.4% a los 9 meses, $p<0.005$), sedentarismo (64.2%; 7.5%, $p<0.000$ y 18.9%, $p<0.000$), doble producto (20,4 +- 9,4; 22,2+-10,4, $p<0.007$ y 22+-9,8, $p<0.05$), capacidad funcional (9,6+-3,6; 11+-4,4, $p<0.000$ y 10,7+-5, $p<0.000$), tiempo de ejercicio (523,2 segundos +-205;611,9 +-241,4, $p<0.000$ y 566,8 +-294,6, $p<0.030$), HDL (42+-2,342; 45,771+-2,568 y 46,292+-3,662, $p<0.001$). Respecto a los parámetros de calidad de vida sólo hubo diferencias en los apartados de tiempo ocio-trabajo (15,37+-1,348; 13,71+-1,650, $p<0,063$ y 12,59+-1,708, $p<0,006$) y movilidad (13,02+-1,306; 12,06+-1,262, $p<0,115$ y 10,68+-1,620, $p<0,001$) a los 9 meses de finalizar el programa. Al inicio del programa 24 pacientes fumaban, de los cuales abandonaron el hábito tabáquico 21 (87.5%) y 32 pacientes tenían incapacidad laboral transitoria, siendo dados de alta médica a medio plazo el 50%. No hubo diferencias significativas en cuanto a IMC, PCR, Diabetes, Colesterol total, LDL y Triglicéridos.

CONCLUSIONES: Nuestro programa de rehabilitación cardíaca fue útil para mejorar el control de tensión arterial, el perfil lipídico, abandonar el hábito tabáquico, aumentar la actividad física, capacidad funcional y calidad de vida percibida así como para favorecer la reincorporación laboral de los pacientes. Dichos efectos se mantuvieron a medio plazo.

COMUNICACIÓN 090**COMPLICACIONES NEUROLÓGICAS ASOCIADAS A ENDOCARDITIS INFECCIOSAS**

Autores: J.M. Durán Guerrero, A. Alarcón González, M.L. Cabezas Letrán, R.Solanilla Rodríguez, A. Bonilla López

C. Trabajo: H.H. U.U. Virgen del Rocío

INTRODUCCIÓN: Las complicaciones neurológicas en la endocarditis infecciosa (EI) es una complicación que ensombrece el pronóstico, existiendo serias dudas sobre su manejo (factores de riesgo, mantenimiento de la anticoagulación, momento de la cirugía, etc). Objetivo: Descripción de las complicaciones neurológicas en una cohorte amplia de pacientes, analizando factores de riesgo, tratamiento de las mismas y su influencia en la cirugía.

PACIENTES Y MÉTODO: Cohorte Andaluza de Endocarditis Infecciosa: 696 casos de EI izquierda definidos por los criterios de Duke recogidos prospectivamente a lo largo de 20 años en 7 centros (5 de ellos con cirugía cardíaca). Seguimiento mínimo al alta de 6 meses. Se analizó la presencia de factores de riesgo (test de Chi-cuadrado), la influencia o no de la anticoagulación y el manejo quirúrgico.

RESULTADOS: Observamos la presencia de 110 AVC isquémicos, 22 AVC hemorrágicos, 14 meningitis y 8 aneurismas micóticos. El 56.8% de los casos se produjo en la primera semana después del diagnóstico. La incidencia de eventos neurológicos fue de 76/296 (25.6%) en válvula mitral, 60/317 (18.9%) en válvula aórtica y 14/75 (18.6%) en mitroaórticas ($p=0.04$). Los frecuencia de eventos embólicos fue de 23, 17 y 18.6% respectivamente ($p=0.06$). No existieron diferencias significativas en la frecuencia de eventos embólicos entre EI nativas (20.4%) y EI protésicas (19.9%) ni tampoco en la clase de éstos (hemorrágicos o no). El germen más frecuentemente asociado fue *S. aureus* con el 31.1% de los casos (65/125, 53% de incidencia) seguido de *S. viridans* (17.5% de casos, 29/150, 19.3% de incidencia), suponiendo los estafilococos coagulasa negativos y enterococos el 11.7% cada uno de ellos (incidencia de 20.5 y 27.6% respectivamente), siendo estas diferencias significativas ($p<0.000$). En cambio el tamaño de las vegetaciones no influyó de manera significativa (26.6% en vegetaciones <2 cms vs 32.7% en vegetaciones >2 cms, $p=0.38$). Los eventos neurológicos se asociaron a un incremento de la mortalidad (47.85% vs 26%, $p<0.000$). Sin embargo, la cirugía cardíaca no supuso un aumento de la mortalidad en este subgrupo (48% en no operados vs 47% en operados), ni siquiera cuando se realizó de manera precoz (menos de 2 semanas desde el evento).

CONCLUSIONES: La etiología microbiana (*S. aureus*) es el principal factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones neurológicas en la EI. Estas conllevan un peor pronóstico, pero no parecen ser una contraindicación absoluta para la realización de la cirugía cardíaca.



COMUNICACIÓN 091

APLICACIÓN REAL DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN LOS SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST

Autores: Mariano García-Borbolla y Fernández (1), Rafael García-Borbolla y Fernández (2), Mariano García-Borbolla y Candilejo (2)

C. Trabajo: (1) Hospital Universitario "Virgen Macarena", Sevilla. (2) Hospital Universitario "Puerta del Mar", Cádiz.

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS: La perspectiva clínica de los síndromes coronarios agudos sin elevación del segmento ST (SCASEST) ha cambiado bastante en los últimos años. El manejo de esta patología ha sido publicado recientemente en varias guías de práctica clínica. A pesar de esas guías, el uso correcto de los fármacos permanece siendo un tema importante en la práctica clínica diaria. Nuestro objetivo es estudiar el manejo clínico de estos pacientes en nuestro centro.

MÉTODOS: Analizamos 384 pacientes consecutivos (62.53 ± 1.08 años, 71.9% hombres), ingresados en nuestro hospital con el diagnóstico de SCASEST a los que se les realizó coronariografía diagnóstica previa al alta. Se evaluó en ellos el tratamiento con antiplaquetarios orales, betabloqueantes, inhibidores de la glucoproteína IIb/IIIa, heparinas, antagonistas del calcio y nitratos.

RESULTADOS: La coronariografía mostró enfermedad coronaria significativa en 301 pacientes (78.4%). Se realizó revascularización coronaria en el 63.5% de los pacientes, la mayor parte de forma percutánea. En lo que respecta los tratamientos realizados, 356 (92.7%) pacientes fueron tratados con antiplaquetarios orales y 297 (77.3%) con heparina (de los cuales el 66.7% fueron tratados con heparinas de bajo peso molecular). 148 pacientes (41.4%) fueron tratados con antagonistas del calcio, 183 (51.2%) con betabloqueantes (de los cuales el 92% fueron tratados con atenolol) y nitratos en 288 (80.6%). Sólo 26 (7%) fueron tratados con inhibidores de la glucoproteína IIb/IIIa. Murieron en el hospital 15 pacientes (3.9%), todos ellos de causa cardíaca.

CONCLUSIÓN: Las guías actuales de práctica clínica son útiles en el manejo de los pacientes con SCASEST, pero la correcta administración del tratamiento sigue siendo una cuestión importante, especialmente en el uso de inhibidores de la glucoproteína IIb/IIIa.

COMUNICACIÓN 092

VALIDACIÓN DE UN NUEVO MÉTODO DE CUANTIFICACIÓN DE ANGIOGRAFÍA CORONARIA

Autores: Cubero Gómez JM, Sanchez Burguillos FJ, Molano Casimiro FJ, Perez-Santigosa PL, Pastor Torres L.

C. Trabajo: Hospital Virgen de Valme, Sevilla.

INTRODUCCIÓN: La cuantificación de las lesiones coronarias en el laboratorio de hemodinámica, requiere la calibración mediante un catéter. El abordaje tradicional para el procedimiento de calibración depende de la medición del tamaño de un objeto conocido, en general un catéter, del que se conoce su tamaño. Aunque este método tradicional es muy preciso, muchos artefactos pueden resultar, por ejemplo cuando no se conoce el tamaño del catéter o bien no es posible medirlo de forma adecuada. Proponemos un nuevo método gracias a la introducción de la tecnología de "flat-panel" y los modernos sistemas de posicionamiento. Este modelo identifica el factor de calibración usando, la distancia entre el elemento a interés y la mesa de radioscopia. Previamente se han demostrado que mediante el uso de una esfera radiópaca como objeto calibrador en el 96% de los casos el error del factor en calibración es menor del 10% con este método, pero pocos datos tenemos sobre su eficacia y aplicabilidad en la medición de lesiones coronarias.

METODOLOGÍA: Se analizaron retrospectivamente 30 lesiones, mediante el software integrado del Innova 2000 de General Electric, mediante calibración con catéter (grupo A) y mediante el método autocalibrado dada una distancia fija de 15cm (grupo B), y se analizaron el diámetro luminal (DLM) preintervención, el diámetro de referencia del vaso (DVR), el DLM postent, el DVR postent.

RESULTADOS: Se determinó el coeficiente de correlación de Pearson (R) y el coeficiente de determinación (R²) entre los dos grupos, en los DLM y DVR pre y postintervención observándose una excelente correlación entre ambas determinaciones Diámetros GrupoA GrupoB p R R² DLM pre 1.3 ± 0.5 1.4 ± 0.6 0.0001 0.96 0.92 DVR pre 3.7 ± 0.5 3.8 ± 0.6 0.0001 0.97 0.95 DLM pos 3.0 ± 0.4 2.9 ± 0.4 0.0001 0.95 0.91 DVR pos 3.8 ± 0.5 3.8 ± 0.4 0.0001 0.90 0.82

CONCLUSIONES: La medición de lesiones coronarias mediante el autocalibrado, presenta una adecuada correlación con la calibración con catéter estándar, siendo de utilidad en situaciones en las que no sea posible el calibrado adecuado con el catéter, o en casos que sea necesario medir en corto espacio de tiempo, como la determinación del DVR preintervención para decidir el tamaño del stent a implantar en casos de duda.

COMUNICACIÓN 093

CIERRE PERCUTÁNEO DEL FORAMEN OVAL PERMEABLE CONTROLADO POR ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO

Autores: García-Borbolla Fernández R, Marante Fuertes E, Calle Pérez G, de Zayas Rueda R, Arana Granada R, Cabeza P, Gómez A y Sancho Jaldón M.

C. Trabajo: Hospital Universitario Puerta del Mar

INTRODUCCIÓN: El foramen oval permeable (FOP) es un trastorno congénito relativamente común, asociado a ictus criptogénico y migraña con aura. Los dispositivos percutáneos de cierre de FOP son una alternativa eficaz y segura al tratamiento médico y quirúrgico. Existen diferentes opciones usadas como técnica de apoyo a la fluoroscopia para guiar la implantación del dispositivo de cierre. Las técnicas habituales son la ecografía transesofágica (ETE), y más recientemente el eco intracardiaco.

MÉTODOS: Presentamos una serie de 14 casos consecutivos de cierre percutáneo de FOP, realizados en nuestro laboratorio de hemodinámica, en los que empleamos el ecocardiograma transtorácico (ETT) como única técnica de imagen adicional a la fluoroscopia.

RESULTADOS: La edad media de los pacientes fue de 43.2 ± 6.9 años. Existía aneurisma del septo interauricular en el 63% de los pacientes. Todos los enfermos incluidos fueron sometidos a ETE y ETT como parte del estudio diagnóstico previo a la indicación del cierre. Las imágenes del ETE diagnóstico fueron usadas para la elección de las medidas del dispositivo a emplear. El dispositivo de cierre empleado fue, en todos los casos el dispositivo Amplatzer. El uso del eco se limitó al momento de la implantación siendo el plano apical de 4 cámaras el más usado (85%). El éxito inicial fue del 100%. El tiempo medio de procedimiento fue de 31 minutos y el de escopia de 10.1 minutos. Todos los pacientes fueron dados de alta en 24 horas sin complicaciones, después de realizarse un ETT de control que comprobó el normal funcionamiento del dispositivo.

CONCLUSIÓN: El ETT es una alternativa válida al ETE como apoyo a la fluoroscopia para el cierre percutáneo del FOP tras valoración previa por ETE. Disminuye el tiempo de la sesión y evita los riesgos de la anestesia requerida para el ETE, siendo además más económico que el eco intracardiaco.

COMUNICACIÓN 094

COMPARACIÓN DE CIRUGÍA CORONARIA VS STENT FARMACOACTIVOS EN EL TRATAMIENTO DEL TRONCO CORONARIO NO PROTEGIDO

Autores: Cubero Gómez JM., Pérez-Santigosa PL., Sánchez Burguillos FJ., Fernández A., Molano Casimiro FJ., Pastor Torres L.

C. Trabajo: Hospital Virgen de Valme, Sevilla.

INTRODUCCIÓN: Existen pocas series publicadas, donde se nos muestren con una visión amplia e integral el tratamiento que reciben nuestros pacientes (p) y de sus resultados en la era actual. El objetivo es estudiar pacientes que fueran elegibles tanto para cirugía de revascularización coronaria (CC), como para intervencionismo percutáneo (ICP) en relación a la "intención a tratar" y comparar sus resultados.

METODOLOGÍA: De Septiembre del 2004 a Agosto del 2006 se seleccionaron 51 lesiones (LS) de tronco coronario en 51p: 77.4% hombres; edad 10 años; 43% diabéticos. La enfermedad multivasa se presentó en el 26.7%.

RESULTADOS: Se trataron mediante ICP 22p (41.5%), todas $\pm 77\%$, Euroscore 4.4 las LS fueron tratadas mediante stents farmacológicos: 13 (59.1%) Taxus (TX), 5 (22.7%) Stent Cypher (CP) y 4 (18.2%) Endeavor (EV), se usó la ecografía intracoronaria en el 50% de los casos. Se trató mediante CC 31p (58.5%), recibiendo arteria mamaria en el 74%. El grupo ICP presentaba mayor extensión de la enfermedad, nº de vasos (3,1vs2,7;p<0,04), y se trató más nº de lesiones (3,1vs1,6;p<0,001). En cambio el grupo CC presentó mayores días de estancia (22 vs. 5,5;p<0,001). Las complicaciones mayores relacionadas periprocedimiento fueron un Exitus (3,2%) y una (3,2%) revascularización urgente en el grupo CC vs. 0 en el grupo ICP. La mortalidad hospitalaria fue del 6,5% 6,4 meses, se \pm vs. 0% (CC vs. ICP). En el seguimiento a largo plazo (11,5 realizo nueva coronariografía en el 81,8% del grupo ICP, objetivándose reestenosis en 27,3% (23% TX, 20% CP, 50% EV). La reintervención del vaso tratado fue del 16,1% vs. 31,8% (CC vs. ICP). Los pacientes libres de eventos fueron el 74,2% vs. 68,2% (CC vs. ICP). La mortalidad por todas las causas fue 16,1% vs. 0% (CC vs. ICP). La mortalidad total por causa cardíaca fue 9,7% vs. 0% (CC vs. ICP).

CONCLUSIONES: En los enfermos elegibles para la revascularización para las dos técnicas, ambas opciones son factibles, aunque es necesario mejorar los resultados de ambas técnicas.

¿Se imagina...

...hallar las respuestas que busca para los pacientes con síncope?

Nosotros sí.



REVEAL[®] PLUS Insertable Loop Recorder*
Informed decisions

Para más información:
www.medtronic.com

*Reveal[®] Plus Holter insertable subcutáneo
Decisiones documentadas

HEART AND VASCULAR DISEASE • NEUROLOGICAL DISORDERS • PAIN • SPINAL DISORDERS • DIABETES
UROLOGIC DISORDERS • DIGESTIVE SYSTEM DISORDERS • EYE, EAR, NOSE AND THROAT DISORDERS



Medtronic

Alleviating Pain • Restoring Health • Extending Life



COMUNICACIÓN 095

APORTACIÓN DE LA CARDIORRESONANCIA MAGNÉTICA EN EL ESTUDIO DE MASAS Y TUMORES CARDIACOS

Autores: Eloy Rueda Calle, Francisco Alfaro, Faustino Rodríguez San Pedro, Ramón Ramos, Oscar Torals, Silvia Moreno, M^o Dolores Martí.
C. Trabajo: Clínica radiológica Martí-Torres. Málaga.

INTRODUCCIÓN: En el estudio de tumores y masas (TyM) cardíacas la ecocardiografía (transtorácica y transesofágica) es el procedimiento diagnóstico de elección, pero ocasionalmente, bien por mala ventana ecocardiográfica o por las particularidades del caso, no consigue un diagnóstico definitivo. La cardiorrresonancia magnética (CRM) gracias a su precisión anatómica, a las posibilidades de estudio histológico (con diferentes técnicas de señal) y al uso de contraste, empieza a ser una técnica esencial.

OBJETIVOS: Analizar la aportación de la CRM en el estudio de los TyM remitidos para estudio en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS: Desde Enero-2005 a Febrero-2007 realizamos 94 CRM de las que 17 se remitieron para estudio de TyM. (11 mujeres y 6 hombres, edad media de 64 ± 21 años). Se efectuaron los estudios con equipo General Electric de 1.5T con sincronismo cardíaco y apnea respiratoria. Se realizaron secuencias funcionales de cine fiesta, estudios T1, T2, triple IR con saturación grasa y de contraste con perfusión precoz y tardía.

RESULTADOS: De las 17 CRM realizadas, en 10 pacientes (p) (59%) se confirmó la existencia de TyM. La CRM fue esencial en 12 p (70%); en 4 pac (23%) concluyó el diagnóstico etiológico (2 lipomas cardíacos y 2 metástasis pericárdicas de cáncer de mama); en 1 p remitido como sarcoma ventricular (se confirmó que estaba limitado a pericardio, permitió la cirugía y resultó ser un hematoma crónico); en 7 p (41%) descartó la existencia de una tumoración miocárdica, 4 con afectación de ápex ventricular (se diagnosticó un trombo, una miocardiopatía hipertrófica apical, una implantación anómala apical de músculo papilar y un caso de flujo lento), 2 en aurícula izquierda (un caso normal y un trombo) y 1 en tracto de salida de VD (caso normal). En los 5 p restantes la información no fue tan relevante (29%): 4 p confirmaron la sospecha de mixoma previa y 1 p no se pudo concluir por agorafobia (probable rabdomioma ventricular).

CONCLUSIONES: La CRM aportó información esencial en el 70% de los casos realizados, siendo una técnica fundamental de apoyo a la ecocardiografía. Consiguió el diagnóstico etiológico del 23% de los tumores verdaderos y excluir el 41% de las sospechas de tumoración.

COMUNICACIÓN 097

UTILIDAD DE LA CARDIORRESONANCIA MAGNÉTICA EN LAS CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS DEL ADULTO EN NUESTRO MEDIO

Autores: Eloy Rueda Calle, Francisco Alfaro, Faustino Rodríguez San Pedro, Ramón Ramos, Oscar Torals, Silvia Moreno, M^o Dolores Martí.
C. Trabajo: Clínica radiológica Martí-Torres

INTRODUCCIÓN: Dado el aumento de la supervivencia de las cardiopatías congénitas (CC), el número de pacientes (p) es cada vez mayor. La ecocardiografía es la técnica de elección para su diagnóstico y seguimiento, pero con limitaciones. La cardiorrresonancia magnética (CRM) valora de forma precisa la anatomía cardíaca y la circulación venosa y arterial. La cuantificación de la fracción de eyección del ventrículo derecho (FEVD) es otro de sus mejores logros.

OBJETIVO: Analizar la aportación de la CRM en el estudio de los pacientes con sospecha de CC remitidos para estudio en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS: Desde 1/05 a 2/07 realizamos 94 CRM de las que 17 fueron estudios de CC. Se efectuaron los estudios con equipo General Electric de 1.5T con sincronismo cardíaco y apnea respiratoria. Se realizaron secuencias funcionales de cine fiesta, estudios T1, T2, contraste de fase para estudio de flujos y estudios con contraste para valoración de circulación venosa y arterial.

RESULTADOS: De las 17 CRM analizadas, 8 eran por seguimiento y 9 por sospecha de CC. La CRM aportó información esencial en 15 p (88%), 6 p por seguimiento: 1 p con Tetralogía de Fallot (TF) (diagnóstico de hipoplasia de tronco de la pulmonar no conocido que permitió ampliación de éste); 2 p con Transposición de grandes vasos corregidos con Senning (se cuantificó la FEVD, estimada severa y levemente deprimida en eco, siendo leve y normal respectivamente en CRM); 1 p con estenosis pulmonar y CIV membranosa se completó el diagnóstico de TF; 1 p con estenosis pulmonar infundibular y CIV (el infundíbulo era normal, con estenosis valvular); 1 p con estenosis valvular congénita con valvuloplastia previa (diagnóstico dilatación de aorta ascendente y cayado no conocidas). En los 9 casos con sospecha CC (solicitados por mala ventana ecocardiográfica) se realizó el diagnóstico: 1 p CIA seno venoso, 1 p membrana subaórtica, 1 p estenosis pulmonar valvular, 1 p válvula aórtica bicúspide sin coartación, 2 p descartado drenaje venoso pulmonar anómalo, 3 p descartada CIA).

CONCLUSIONES: La CRM aportó información esencial en el 88% de los casos realizados. Su precisión anatómica le permite ser una excelente técnica complementaria a la ecocardiografía.

COMUNICACIÓN 096

DISFUNCIÓN DIASTÓLICA COMO MARCADOR PRECOZ DE FATIGA CARDÍACA EN DEPORTISTAS.

Autores: D.Villagomez-Villegas, J. Quintana-Figueroa, J Castillo, M Reina, JA Mora y L Pastor-Torres
C. Trabajo: Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Valme, Sevilla

INTRODUCCIÓN: El fenómeno de fatiga cardíaca se describe como la aparición transitoria de disfunción de VI y VD, y elevación de enzimas de necrosis cardíaca, tras la realización de ejercicios extenuantes. Se desconoce su presencia ante niveles de ejercicio moderado.

MATERIAL Y MÉTODOS: El presente estudio supone la realización por parte de 15 deportistas con grado moderado de entrenamiento de una triatlón (6 km de carrera, 20 km de bicicleta y 700 metros de natación). A todos ellos se le realizó una ecocardiografía antes y después de la realización de la prueba y determinación en sangre de troponina T, CPK, CPK-mb, BNP pre y post ejercicio.

RESULTADOS: No hubo alteraciones en la función sistólica de VI por métodos habituales: FE(Teicholz) antes: 66.12 ± 6.73 %; después: 65.84 ± 7.46 %; IC (-5.04; 5.59); p=0.916.FE(Simpson) antes: 63.81 ± 7 %; después: 58.72 ± 8.7 %; IC (-0.86; 11.04); p=0.091. Función VD medida por TAPSE antes: 30.25 ± 6.05; después: 30.17 ± 4.94; IC (-4.16; 4.30); p=0.971. Si detectamos disfunción sistólica por el previamente validado índice Presión arterial sistólica/Volumen telesistólico del VI (SBP/ESV), antes: 3.68 ± 0.53; después: 3.02 ± 0.64; IC (0.182; 1.143); p=0.009. No detectamos ascenso significativo de troponina T, y sí un ascenso significativo de la CPK-mb, pero que en ningún caso llegó a alcanzar el 10% del total de la CPK. Detectamos por contra un significativo empeoramiento de los parámetros de función diastólica (reducción de la relación E/A mitral, de 2.14 ± 0.44 antes a 1.61 ± 0.29, después; IC (0.253; 0.816); p=0.001; reducción de la velocidad de la E' del anillo mitral por doppler tisular (E' medial: Antes: 0.192 ± 0.025; Después: 0.149 ± 0.031; IC (0.0211; 0.0643); p=0.000.E' lateral: Antes: 0.277 ± 0.05; Después: 0.212 ± 0.037; IC (0.0318; 0.0988); p=0.000). También se apreció un aumento del BNP (antes: 32.46 ± 11.53; Después: 47.42 ± 14.91; IC (4.16; 25.75); p = 0.009).

CONCLUSIONES: La disfunción diastólica detectada por métodos relativamente independientes de las condiciones de carga definen fases incipientes de la fatiga cardíaca, lo que puede ser de relevancia para la programación de actividad deportiva evitando la aparición de este fenómeno, de implicaciones aún no claras.

COMUNICACIÓN 098

ANÁLISIS DE LA FUNCIÓN MIOCÁRDICA Y VALORACIÓN DE RIESGO EN LA MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA MEDIANTE ECOCARDIOGRAFÍA DOPPLER TISULAR.

Autores: Manovel Sánchez A, Jiménez Díaz J, López Pardo F, Pedrote Martínez A, Aranda Díos A, Arízón JM.
C. Trabajo: H.H.U.U. Virgen del Rocío

INTRODUCCIÓN: La miocardiopatía hipertrófica (MH) se caracteriza por un miocardio desestructurado. La fracción de eyección (FE) preservada no implica una función adecuada. Analizamos el valor de la Ecocardiografía Doppler Tisular (EDT) para evaluar la función miocárdica de estos p y los de alto riesgo de muerte súbita (MS).

MATERIAL Y MÉTODOS: Análisis preliminar de una muestra de p con MH y DAI (grupo1), MH sin DAI (grupo2), y controles comparables por edad y sexo (grupo3). Se consideró MH un grosor parietal ≥15mm en ausencia de otra enfermedad; el DAI se implantó ante riesgo de MS. Se estimaron las variables en 4 segmentos basales (lateral(L), septal(S), anterior(A) e inferior(I)). Las diferencias entre grupos se analizaron mediante el test de ANOVA. El coeficiente de correlación intraclass fue de 0.94 para 2 observadores.

RESULTADOS: De 23p, 7 (30.4%) pertenecían al grupo 1, 7 (30.4%) al grupo 2 y 9 (39,1%) al grupo 3. El 85.7% del grupo 1 tenía más de un factor de riesgo y 71.4% de descargas. Los p con MH presentaban en los segmentos analizados significativamente menor velocidad sistólica (6,6±1,6vs10,7±1(L), p<0.0005; 6,1±1,7vs8,3±0,8(S), p=0.02; 5,4±1,5vs9,2±0,9(A), p<0,0005; 8,1(I), p=0,009); diastólica precoz y 7,1±2,2vs9,4 (7,1±3,1vs13,4±3,16(L), p<0.0005; 5,5±1,6 vs9,3±2,0(S), p<0.0005; 5,2±1,5vs11,1±2,8(A), p<0.0005; 7,2±2,9 vs12,4±2,3(I), p=0.001) y tardía (6,2±2,6vs9,7±3,5(L), p=0.01; 5,2±1,5vs8,7±1,76(S), p<0.0005; 5,8±2,0vs8,2±1,5(A), p=0,008; 6,1±2,4vs10,1±2,31(I), p=0,001); mayores tiempos de activación miocárdica sistólica (131±34,2vs79±10,3(L), p<0.0005; 101±24,1vs76±12,6(S), p=0.008; 129±36,4vs72±10,7(A), p<0.0005; 110±26,6vs84±14,8(I), p=0.013) y diastólica (503±49,1vs439±31,6(L), p=0.002; 486±62,6vs436±25,4(S), p=0.03; 503±45,7vs445±24,5(A), p=0.002; 484±68,4vs445±17,9(I), p<0.05) y mayor asincronía intra e interventricular (p<0.05). Los p del grupo 1 y 2 diferían en la velocidad media de los segmentos basales (5,3±0,7vs7,3±0,8, p=0.03) y retraso interventricular sistólico (52vs7ms, p=0.02).

CONCLUSIÓN: La EDT detecta disfunción miocárdica en p con MH y FE conservada, con menor velocidad de contracción y relajación de las fibras longitudinales. Menor velocidad miocárdica y mayor asincronía interventricular presentan los p de alto riesgo.

**COMUNICACIÓN 099****EFFECTO DEL SEGUNDO ARMÓNICO SOBRE LAS MEDIDAS DE GROSOR Y MASA VENTRICULAR**

Autores: Fernández Pastor J, Rodríguez Bailón I, García Pinilla JM, Morillo Velarde E, Caballero Borrego J, Valencia Serrano F, Gómez Doblas JJ, De Teresa Galván E.
C. Trabajo: Hospital Clínico Virgen de la Victoria de Málaga

La incorporación del segundo armónico (2ªA) en los ecocardiogramas aporta mejor definición de imagen, pero su efecto de realce de bordes conlleva una apariencia de mayor grosor de las estructuras cardíacas que podría sobreestimar el resultado de algunas medidas.

OBJETIVO: valorar la repercusión del 2ªA sobre las medidas ecocardiográficas habituales.

MÉTODO: Realizamos ecocardiograma a 30 sujetos sanos utilizando sucesivamente imagen fundamental (IF) y 2ªA, con especial cuidado de no modificar la posición del paciente ni del transductor. En ambas modalidades se midió grosor de valva mitral anterior (GrVMA), grosor del septo (S) y pared posterior (Pp); diámetros ventriculares izquierdos, fracción de eyección (FE) con método de Teichholz y masa ventricular indexada (fórmula de Devereux adaptada a normas de la ASE). Para el análisis estadístico se hizo una comparación de medias con T de Student para datos pareados.

RESULTADOS: Los 30 sujetos (56,6% mujeres) tenían edad media de 33±8 años y ecocardiograma-Doppler de buena calidad técnica. Las medidas obtenidas con IF versus 2ªA fueron como sigue: GrVMA: 0,16±0,03 versus 0,21±0,03 cms (p<0,001), incremento (Δ) medio 0,05±0,02, Δ porcentual 35%. Septo: 0,87±0,09 versus 0,99±0,09 (p<0,001) Δ medio 0,11±0,07, Δ porcentual 13,9%. Pp: 0,89±0,18 versus 0,96±0,09 (p<0,001), Δ medio 0,1±0,09, Δ porcentual 10,7%. Masa ventricular indexada 79,4±19,04 vs 89,9±20,7 grs/m² (p<0,001), Δ medio 10,5±6,86; Δ porcentual 13,9%. FE 65,9±5,75 vs 66,8±0,05 (P 0,006), Δ medio 0,86±5,27, Δ porcentual 1,76%.

CONCLUSIONES: 1) La utilización de segundo armónico sobreestima el grosor parietal y la masa ventricular indexada entre un 10 y un 14% con respecto a la imagen fundamental. 2) La fracción de eyección se ve poco modificada. 3) Dado que las tablas de valores normales se establecieron para imagen fundamental, los valores obtenidos con segundo armónico deberían interpretarse considerando su efecto sobredimensionador.

COMUNICACIÓN 100**ESTUDIO DE MIOCARDIOPATÍAS POR CARDIORRESONANCIA MAGNÉTICA: EXPERIENCIA PRELIMINAR EN NUESTRO MEDIO.**

Autores: Eloy Rueda Calle, Francisco Alfaro, Ramón Ramos, Faustino Rodríguez San Pedro, Oscar Torals, Silvia Moreno, M^a Dolores Martí.
C. Trabajo: Clínica Radiológica Martí-torres. Málaga.

INTRODUCCIÓN: La cardiorensonancia magnética (CRM) ha posibilitado mayor discriminación diagnóstica en las miocardiopatías (M) gracias al análisis del patrón de realce tardío de gadolinio miocárdico (RTG), que diferencia origen isquémico (depósito subendocárdico típico), miocárdico, amiloidótico, hemossiderótico, ... La coronariografía diagnóstica en las M es práctica frecuente para descartar origen isquémico. La CRM se empieza a postular como técnica inocua para este despistaje.

OBJETIVOS: Analizar la aportación de la CRM en el estudio de las miocardiopatías remitidas para estudio en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS: Desde 1/05 a 2/07 realizamos 94 CRM, 29 se remitidas para estudio de M (20 hombres y 9 mujeres). Se efectuaron los estudios con equipo General Electric de 1.5T con sincronismo cardíaco y apnea respiratoria. Utilizamos el soporte informático Report Card para cuantificación de los estudios. Se realizaron secuencias funcionales cine fiesta y de contraste con perfusión precoz y para estudio de RTG. Se contrastaron los estudios con los patrones típicos subendocárdicos que obtuvimos en pacientes (p) con cardiopatía isquémica documentada.

RESULTADOS: De los 29 CRM analizadas, 23 p por Miocardiopatías dilatadas (MD), 4 p por Miocardiopatía hipertrófica (MH) y 2 p como despistaje de M (que resultaron normales). De los 23 p con MD solo 3 presentaron RTG (1 MD periparto-septal mesocárdico-, 1 miocarditis subaguda-septal mesocárdico-, 1 MD familiar-septal mesocárdico-), sin patrón de RTG en los restantes 20 p. Las mediciones medias de las MD eran DTDVI 59mm, DTSVI 46mm, VTD 140.5ml, VTS 94.1ml, FE 36%, GC 3.2 l/min, MasaTD96.6gr, MasaTS114.2gr. De los 4 p con MH, 1 para despistaje familiar resultó normal y los otros 3 tenían RTG típico. Las mediciones medias de las MH eran SIV 16.6mm, PPVI 12.3mm, DTDVI 48.3mm, DTSVI 25mm, VTD 133.26ml, VTS 28.6ml, FE 78%, GC 7.4l/min, MasaTD213.7gr, MasaTS249.2gr

CONCLUSIONES: La CRM permitió un análisis cuantitativo exhaustivo de los parámetros de función miocárdica en todos los pacientes. El RTG mostró un patrón típico en los casos de MH y en algunos de MD. No encontramos casos con RTG subendocárdico sugerente de cardiopatía isquémica en las MD remitidas.

COMUNICACIÓN 101**¿PUEDE EL ANÁLISIS PRECOZ DE LA ONDA A TRAS CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR PREDECIR LAS RECAIDAS?**

Autores: Rocío Pérez, Eduardo Arana, Alonso Pedrote, Nieves Romero, María Victoria Mogollón, José María González, Francisco Errazquin.
C. Trabajo: Unidad de arritmias. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

INTRODUCCIÓN: El aturdimiento auricular es un fenómeno frecuente tras la cardioversión eléctrica externa (CVE) de la fibrilación auricular (FA) y aunque su cuantificación no está estandarizada y su fisiopatología no es bien conocida, podría ser determinante del tiempo de riesgo embólico y de la recidiva arrítmica. Objetivo: Conocer si el aturdimiento auricular tras CVE de la FA utilizando el análisis cuantitativo (doppler pulsado) de la onda A es un buen predictor de las recaídas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional y prospectivo de 21 pacientes con FA persistente no valvular sometidos a CVE. Se realizó un ecocardiograma transtorácico a las 3 horas, 48 horas, 7 días y 30 días post CVE, tomando como medidas del aturdimiento auricular la velocidad máxima de la onda A con doppler pulsado (<0,5m/s mitral / < 0,3 m/s tricúspide). Se valoró además la evolución clínica al mes y 6 meses de seguimiento.

RESULTADOS: Tras la CVE de la FA se observó una incidencia de aturdimiento auricular izquierdo del 85% y derecho del 66%. Hubo 9 recurrencias en el primer mes (grupo A) que llegaron a 13 a los 6 meses. El grupo A y de no recurrencia (grupo B) fueron comparables en edad, sexo, cardiopatía asociada, duración de la FA, energía administrada en la CVE, índice de masa corporal y volumen de la aurícula izquierda. En el grupo B observamos un ascenso de la media pico de la onda A mitral a las 48 horas frente al grupo A (0,34 m/s a 0,46 m/s vs 0,38 m/s a 0,38 m/s; p<0,03). Estas diferencias en ambos grupos también se objetivaron en la onda A tricúspide.

CONCLUSIONES: La evolución a las 48 horas de la onda A en el llenado mitral post CVE es un método fácil y fiable para predecir las recurrencias precoces de la FA.

COMUNICACIÓN 102**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ECOCARDIOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES CON SÍNDROME DE MARFAN.**

Autores: A. Manovel Sánchez, A. González-Meneses, J. Santos de Soto, J. Jiménez Díaz, I. Guillén, A. Moruno, F. García-Angleu, J. Guieso.
C. Trabajo: H.H.U.U. Virgen del Rocío. Sevilla.

INTRODUCCIÓN: El Síndrome de Marfan (SM) es una enfermedad hereditaria del tejido conectivo poco prevalente (2:10.000). La afectación cardiovascular (ACV), especialmente la dilatación de la raíz aórtica (DRA), es el principal determinante pronóstico. Analizamos las características clínicas y ecocardiográficas de estos pacientes (ptes).

MATERIAL Y MÉTODOS: Se han estudiado 11 ptes diagnosticados de SM entre 1997 y 2006. Se analizaron de forma retrospectiva los distintos datos clínicos y ecocardiográficos de estos ptes en seguimiento en una consulta de Dismorfología pediátrica.

RESULTADOS: De los 11 ptes, sólo 3 (27,2%) presentan antecedentes familiares de SM. El 63,6% (7ptes) son varones. La edad de diagnóstico oscila 5,7a). El motivo de diagnóstico fue en el 90% por entre 6m-15a (media 11 afectación esquelética (dolicoestenomelia y pectum excavatum principalmente), presentando el 81% un P90-95 de talla. La afectación ocular está presente en el 45% de los ptes (3 con subluxación del cristalino y 2 con miopía). En cuanto a la ACV, 8 ptes presentan DRA, 2 prolapso de la válvula mitral (PVM) y 2 casos presentan ambas afecciones, estos últimos con una edad de diagnóstico más temprana (6 meses y 1 año). El 81% de los ptes se encuentra asintomático, excepto 2 ptes con palpitaciones, asociados a PVM. Ningún pte con DRA está sintomático. El 66% de los casos con PVM presenta insuficiencia mitral, sin embargo, la insuficiencia aórtica sólo está presente en 1 pte con DRA. Durante una mediana de seguimiento de 2 años no ha habido complicaciones. El 45% de los niños actualmente realiza tratamiento con betabloqueantes.

CONCLUSIONES: 1. La ACV en los ptes con SM es muy frecuente, principalmente la DRA sin afectación valvular. 2. La mayoría de los ptes se encuentran asintomáticos en la primera década de la vida. 3. La ACV es más severa cuanto más precozmente se manifieste la enfermedad, por ello es necesario una ecocardiografía en el momento de su sospecha diagnóstica.



COMUNICACIÓN 103

NEOCUERDAS DE PTFE COMO ALTERNATIVA A LA RESECCIÓN EN EL PROLAPSO DE VELO POSTERIOR MITRAL

Autores: Araji Tiliani, Omar A.; Gutiérrez Martín, M^a Ángeles; Barquero Aroca, Jose Miguel; Velázquez Velázquez, Carlos Javier; García de la Borbolla, Mariano; Valenzuela, Luis Felipe; Gallego, Pastora; Castro, Antonio; Infantes Alcón, Carlos Antonio
C. Trabajo: Hospital universitario Virgen Macarena, Sevilla

Desde hace unos años, en nuestro servicio, hemos ido desarrollando distintas técnicas de reparación para la corrección quirúrgica de la válvula mitral. Entre estas técnicas tiene un especial interés por la amplia experiencia que hemos adquirido en los últimos tiempos y por sus buenos resultados, la reparación de la insuficiencia mitral mediante la colocación de neocuerdas de PTFE en velo posterior y la subsiguiente inserción de un anillo en la válvula mitral. Hemos aplicado esta técnica en casos de insuficiencia mitral severa por prolapso de velo posterior amplio con anillo nativo pequeño, donde las técnicas convencionales (resección, Alfieri, etc.) podrían entrañar riesgo de estenosis. Además en algunos casos la gran plicatura del anillo posterior podría potencialmente dañar la arteria circunfleja. Presentamos una revisión a un año de 11 pacientes intervenidos mediante inserción de neocuerdas de PTFE en velo posterior y anuloplastia mitral, con una media de edad de 58'45 años (rango: 29 – 77) y una fracción de eyección media de 52%, se colocaron de 2 a 10 neocuerdas (en P2 todas salvo en un caso que también incluyó a P3) y anillos mitrales de los siguientes tamaños: 4 casos con anillo Taylor 25; 1 del 27; 5 con anillo del 29 y un caso con anillo del 31. En todos los casos se hizo control a la salida de bomba con ecocardiografía transesofágica comprobándose su correcta reparación en todos los casos.

COMUNICACIÓN 104

CIRUGÍA BY PASS CORONARIO SIN BOMBA VERSUS CIRUGÍA CONVENCIONAL

Autores: Muñoz Jiménez, LD., Valderrama J., Urbano Carrillo, C., Perez Villardón, B., Cordero Aguilar, A., Pérez Ruiz, JM., De Mora Martín, M., Malpartida de Torres, F.
C. Trabajo: Servicio de Cardiología del Hospital Carlos Haya-Málaga

Estudios aleatorios que han comparado la cirugía de by pass coronario sin by pass cardiopulmonar y paro cardíaco (sin bomba) con la cirugía convencional con bomba, han determinado que, aunque ambas intervenciones son seguras, la cirugía sin bomba provoca menos daño miocárdico, por lo que obtiene un mayor beneficio a corto plazo, pero obtiene menor tasa de permeabilidad del injerto a largo plazo. El objetivo de este estudio es analizar en pacientes sometidos a cirugía de by pass coronario sin bomba, las complicaciones inmediatas tras dicha intervención y si han precisado ingresos posteriores así como la causa de los mismos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Para ello se han analizado 44 pacientes sometidos a cirugía de revascularización coronaria sin bomba en los últimos 7 años. Se han analizado mediante análisis retrospectivo las complicaciones inmediatas de la cirugía medidas mediante, días estancia en UCI y sangrado postoperatorio. Igualmente mediante análisis retrospectivo se han analizado la necesidad de reingresos posteriores y su causa, diferenciando si fue debida a síndrome coronario agudo, insuficiencia cardíaca o trastornos del ritmo. En aquellos en los que se realizó nuevo estudio hemodinámico, se han valorado la permeabilidad de los injertos.

RESULTADOS: De los 44 pacientes sometidos a cirugía coronaria sin bomba, la estancia media en UCI fue de 3,1 días, siendo la media del sangrado postoperatorio 436,82 cc. El 30% de dichos pacientes han precisado reingresos posteriores, siendo un 33% por síndrome coronario agudo, 44% por síndrome coronario agudo complicado con insuficiencia cardíaca, 11% por insuficiencia cardíaca y 11% por arritmias. Se ha realizado coronariografía posterior en 8 pacientes, siendo la media de años desde la realización del injerto 2,5 años. En 4 pacientes se comprobó permeabilidad mientras que en los 4 restantes existían estenosis significativas.

CONCLUSIÓN: Actualmente la cirugía de revascularización mediante by pass coronario sin bomba presenta menor índice de complicaciones a corto plazo, siendo necesarios más estudios para valorar la permeabilidad del injerto a largo plazo. Conclusiones coincidentes con las reflejadas en la Conferencia de Consenso ISMICS 2004.

COMUNICACIÓN 105

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN CORONARIA SIN BOMBA

Autores: Muñoz Jiménez, LD., Valderrama J., Peñafiel Burkhardt, R., Jiménez Rubio, C., Pérez Ruiz JM., De Mora Martín, M., Malpartida de Torres, F.
C. Trabajo: Servicio de Cardiología del Hospital Carlos Haya- Málaga

OBJETIVOS: El objetivo de este estudio es hacer un análisis descriptivo de las características clínicas así como de las lesiones coronarias, de los pacientes sometidos a cirugía de by pass coronario sin by pass cardiopulmonar y paro cardíaco (sin bomba) en nuestro medio, que nos permita posteriormente seleccionar un grupo control entre los sometidos a cirugía convencional y realizar análisis comparativos entre ambos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Para ello se han analizado mediante estudio retrospectivo, pacientes sometidos a cirugía coronaria sin bomba en los últimos 7 años y se han recogido datos sobre edad, sexo, presencia de factores de riesgo cardiovascular (incluyendo hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia y hábitos tóxicos), cardiopatía isquémica previa (incluyendo angor estable, angor inestable, infarto agudo de miocardio), hallazgos de coronariografía definidos como enfermedad de un vaso, dos vasos, tres vasos y número de injertos realizados.

RESULTADOS: De los 44 pacientes sometidos a cirugía de revascularización coronaria sin bomba, 37 son hombres y 7 son mujeres, siendo la edad media para ambos 65,7 años. Existen factores de riesgo cardiovascular en el 100% de los mismos, estando presente la hipertensión arterial en un 62%, tabaquismo 51,7%, diabetes mellitus en un 31% y dislipemia 58,6%. Un 59,5% presentan cardiopatía isquémica previa. Según los hallazgos de la coronariografía, existen lesiones de 2 vasos en un 26,1% y lesiones de tres vasos en un 73,8%, ninguno de los pacientes sometidos a cirugía by pass sin bomba presenta lesión de un único vaso. El número medio de puentes realizados fue de 1,68.

CONCLUSIONES: Tras la definición de las características de los pacientes sometidos a cirugía sin bomba, es posible seleccionar un grupo comparativo entre los sometidos a cirugía convencional y analizar las diferencias entre ambas técnicas a corto y largo plazo.

COMUNICACIÓN 106

RESULTADOS A LARGO PLAZO DE LA TÉCNICA DE ROSS EN ADULTOS

Autores: Gámez López AL, Ruiz Ortiz M, Delgado Ortega M, Mesa Rubio D, Romo Peña E, Bonilla Palomas JL, Casares Mediavilla J, Alados Arboledas P, Concha Ruiz M, Suárez de Lezo J
C. Trabajo: Córdoba

OBJETIVOS: La técnica de Ross es el procedimiento de elección en pacientes pediátricos con patología de la válvula aórtica. Aunque puede ofrecer ventajas teóricas en cualquier edad, su uso en adultos resulta controvertido. El objetivo de este estudio es revisar nuestra experiencia con esta intervención en pacientes adultos.

MÉTODOS: Se analizaron las características clínicas y ecocardiográficas así como los eventos de todos los pacientes de 18 años o mayores que fueron intervenidos mediante este procedimiento entre noviembre de 1997 y diciembre de 2006 en nuestro hospital.

RESULTADOS: Se estudiaron un total de 76 pacientes consecutivos (57 varones, 19 mujeres; edad media 35±8 años, rango 18-54 años). La etiología fue principalmente congénita (58%), reumática (21%), y degenerativa (13%). De ellos, el 19% presentaba una intervención previa sobre válvula aórtica. La mortalidad a los 30 días fue del 0%. Obtuvimos datos de seguimiento de todos los pacientes con un total de 411 pacientes-año (seguimiento medio 5,4 años, rango 0-9 años). 2 pacientes tuvieron endocarditis (1 sobre el homoinjerto, tratado médicamente y 1 sobre el autoinjerto, que fue operado por regurgitación severa). Además, 4 pacientes precisaron reoperación (1 sobre homoinjerto y 3 sobre autoinjerto -uno de ellos falleció después del procedimiento), 1 paciente necesitó marcapasos y 2 pacientes requirieron una intervención percutánea sobre el homoinjerto (una implantación de stent y una angioplastia). La supervivencia acumulada fue del 100% en el primer año, del 98% a los cinco años, y del 98% a los 8 años. La probabilidad de supervivencia libre de intervención (quirúrgica o percutánea) del homoinjerto fue del 95,3%, y del autoinjerto, del 93,8%, a los 8 años de seguimiento.

CONCLUSIÓN: En esta serie, la operación de Ross en pacientes adultos mostró una supervivencia excelente con unas tasas de reintervención aceptables.



Poder de Protección

Atacand[®]

Candesartán *16 mg*



Atacand[®]
PLUS

16 mg candesartán
12.5 mg hidroclorotiazida

1. DENOMINACIÓN DEL MEDICAMENTO. Atacand 32 mg comprimidos. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.** Cada comprimido contiene 32 mg de candesartán cilexetil. Lista de excipientes, ver 6.1. **3.FORMA FARMACÉUTICA.** Comprimido. Atacand 32 mg son comprimidos redondos (9,5 mm de diámetro), de color rosa con una ranura y el grabado "C" en un lado y el grabado 032 en el otro lado. **4. DATOS CLÍNICOS. 4.1 Indicaciones terapéuticas.** Hipertensión esencial. Tratamiento de pacientes con insuficiencia cardíaca y reducción de la función sistólica ventricular izquierda (fracción de eyección del ventrículo izquierdo $\leq 40\%$) como tratamiento añadido a los inhibidores de la ECA o cuando los inhibidores de la ECA no se toleren (ver apartado 5.1 Propiedades farmacodinámicas). **4.2 Posología y forma de administración.** Posología para hipertensión: La dosis inicial recomendada y la dosis habitual de mantenimiento es de 8 mg una vez al día. La dosis puede aumentarse a 16 mg una vez al día. Si tras 4 semanas de tratamiento con 16 mg una vez al día, la tensión arterial no está suficientemente controlada, la dosis puede aumentarse de nuevo hasta un máximo de 32 mg una vez al día (ver apartado 5.1 Propiedades farmacodinámicas). Si con esta dosis no se consigue controlar la tensión arterial, deben considerarse tratamientos alternativos. El tratamiento deberá ajustarse en función de la respuesta de la tensión arterial. El efecto antihipertensivo máximo se alcanza dentro de las 4 semanas que se ha iniciado el tratamiento. Uso en ancianos: No es necesario un ajuste de la dosis inicial en pacientes ancianos. Uso en pacientes con reducción del volumen intravascular: Se puede considerar una dosis inicial de 4 mg en pacientes con riesgo de hipotensión, tales como pacientes con una posible reducción del volumen intravascular (ver también apartado 4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo). Uso en pacientes con la función renal alterada: En pacientes que presentan una alteración de la función hepática de carácter leve a moderado se recomienda una dosis inicial de 2 mg una vez al día. La dosis deberá ajustarse de acuerdo a la respuesta. No existe experiencia en pacientes con insuficiencia hepática grave. Tratamiento concomitante: Se ha demostrado que la adición de un diurético tipo tiazida como la hidroclorotiazida ejerce un efecto antihipertensivo aditivo con Atacand. Uso en pacientes de raza negra: El efecto antihipertensivo de candesartán es menor en pacientes de raza negra que en pacientes de otras razas. Por tanto, en pacientes de raza negra puede ser necesario, con más frecuencia que en pacientes de otras razas, aumentar la dosis de Atacand y de los tratamientos concomitantes para controlar la presión arterial (ver apartado 5.1 Propiedades farmacodinámicas). Posología para insuficiencia cardíaca: La dosis inicial habitualmente recomendada de Atacand es 4 mg una vez al día. La titulación hasta la dosis máxima de 32 mg una vez al día hasta la dosis máxima tolerada, debe realizarse doblando la dosis a intervalos de al menos 2 semanas (ver apartado 4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo). Poblaciones especiales de pacientes: No es necesario un ajuste inicial de la dosis en pacientes ancianos o en pacientes con reducción del volumen intravascular, con insuficiencia renal o con insuficiencia hepática leve a moderada. Tratamiento concomitante: Atacand suele administrarse con otros tratamientos para la insuficiencia cardíaca, incluyendo inhibidores de la ECA, beta-bloqueantes, diuréticos y digitálicos o una combinación de dichos medicamentos (ver también los apartados 4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo y 5.1 Propiedades farmacodinámicas). Administración: Atacand se tomará una vez al día con o sin comida. Uso en niños y adolescentes: No se ha establecido la seguridad y eficacia de Atacand en niños y adolescentes (menores de 18 años). **4.3. Contraindicaciones.** Hipersensibilidad a candesartán cilexetil o a cualquiera de los excipientes. Embarazo y lactancia (Ver apartado 4.6 Embarazo y lactancia). Insuficiencia hepática grave y/o colestasis. **4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo. Insuficiencia renal.** Al igual que con otros agentes inhibidores del sistema renina-angiotensina-aldosterona, cabe esperar cambios en la función renal en pacientes sensibles tratados con Atacand. Cuando Atacand sea administrado a pacientes hipertensos con insuficiencia renal, se recomienda la realización de controles periódicos de los niveles de potasio sérico y de creatinina. Se dispone de una limitada experiencia en pacientes con insuficiencia renal muy grave o terminal ($Cl_{creatinina} < 15$ ml/min). En estos pacientes Atacand debe ser cuidadosamente ajustado con una minuciosa monitorización de la presión arterial.-La evaluación de los pacientes con insuficiencia cardíaca debe incluir controles periódicos de la función renal, especialmente en ancianos a partir de 75 años de edad, y pacientes con función renal alterada. Durante el ajuste de la dosis de Atacand se recomienda realizar controles periódicos de niveles séricos de potasio y de creatinina. En los ensayos clínicos en insuficiencia cardíaca no se incluyeron pacientes con niveles de creatinina sérica $>265 \mu\text{mol/l}$ (>3 mg/dl). Tratamiento concomitante de la insuficiencia cardíaca con inhibidores de la ECA. Cuando se emplea candesartán en combinación con un inhibidor de la ECA, el riesgo de que se produzcan reacciones adversas, especialmente alteración de la función renal e hipotensión, puede aumentar (ver apartado 4.8 Reacciones adversas). Los pacientes que estén recibiendo dicho tratamiento deberán ser monitorizados regular y cuidadosamente. **Hemodiálisis.** Durante la diálisis la presión arterial puede ser especialmente sensible al bloqueo de los receptores ATI como resultado de la reducción del volumen plasmático y la activación del sistema renina-angiotensina-aldosterona. Por lo tanto, debe ajustarse cuidadosamente la dosis de Atacand mediante una monitorización minuciosa de la presión arterial en pacientes sometidos a hemodiálisis. **Estenosis de la arteria renal.** Otros medicamentos que afectan el sistema renina-angiotensina-aldosterona, por ejemplo los medicamentos inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (ECA), pueden incrementar la urea sanguínea y la creatinina sérica en pacientes conestenosis de la arteria renal bilateral o unilateral en casos de ríñon único. Cabe esperar un efecto similar con antagonistas de los receptores de la angiotensina II. **Transplantados renales.** No se dispone de experiencia en la administración de Atacand a pacientes sometidos a trasplante renal reciente. **Hipotensión.** En pacientes con insuficiencia cardíaca puede producirse hipotensión durante el tratamiento con Atacand. Como se ha descrito para otros agentes que actúan sobre el sistema renina-angiotensina-aldosterona, también puede producirse en pacientes hipertensos con una reducción del volumen intravascular, por ejemplo, en aquellos pacientes que reciben altas dosis de diuréticos. Debe tenerse precaución al iniciar el tratamiento e intentar corregir la hipovolemia. **Anestesia y cirugía.** En los pacientes tratados con antagonistas de la angiotensina II, puede aparecer hipotensión durante la anestesia y la cirugía debido al bloqueo del sistema renina-angiotensina. Muy raramente, la hipotensión puede ser tan grave como para requerir la administración de fluidos intravenosos y/o vasopresores. **Estenosis aórtica y de la válvula mitral (cardiomiopatía hipertrófica obstructiva).** Al igual que con otros vasodilatadores, debe tenerse especial precaución en pacientes conestenosis aórtica o de la válvula mitral hemodinámicamente importante, o con cardiomiopatía hipertrófica obstructiva. **Hiperaldosteronismo primario.** Generalmente, los pacientes con hiperaldosteronismo primario no responden a medicamentos antihipertensivos que actúan mediante la inhibición del sistema renina-angiotensina-aldosterona. Por ello, no se recomienda el uso de Atacand. **Hipertensión.** En base a la experiencia con el uso de otros medicamentos que afectan al sistema renina-angiotensina-aldosterona, el uso concomitante de Atacand y diuréticos ahorradores de potasio, suplementos de potasio, sustitutos de la sal que contengan potasio u otros medicamentos que puedan causar un aumento de los niveles de potasio (como la heparina) pueden dar lugar a un incremento del potasio sérico en pacientes hipertensos. En pacientes con insuficiencia cardíaca tratados con Atacand puede producirse hipotensión. Durante el tratamiento con Atacand en pacientes con insuficiencia cardíaca, se recomienda el control periódico de potasio sérico, especialmente cuando se administra forma concomitante con inhibidores de la ECA y diuréticos ahorradores de potasio, como la espirolactona. **General.** En pacientes en los que el tono vascular y la función renal dependan predominantemente de la actividad del sistema renina-angiotensina-aldosterona (p.ej. pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva grave o enfermedad renal subyacente, incluyendoestenosis de la arteria renal), el tratamiento con otros medicamentos que afectan este sistema se ha asociado a hipotensión aguda, azotemia, oliguria, o raramente, insuficiencia renal aguda. La posibilidad de efectos similares no puede excluirse con antagonistas de receptores de la angiotensina II. Al igual que con otros agentes antihipertensivos, un descenso excesivo de la tensión arterial en pacientes con cardiopatía isquémica o enfermedad cerebrovascular isquémica puede provocar infarto de miocardio o accidente vascular cerebral. Los pacientes con problemas hereditarios raros como intolerancia a la galactosa, insuficiencia de lactasa LAP o malabsorción de glucosa-galactosa no deben tomar este medicamento. **4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción.** No se han identificado interacciones farmacológicas de significación clínica. Los compuestos que se han evaluado durante los estudios de farmacocinética clínica incluyen hidroclorotiazida, warfarina, digoxina, anticonceptivos orales, (etilniletradio/levonorgestrel), gliclazida, nifedipino y enalapril. Candesartán es eliminado solamente en baja proporción por el metabolismo hepático (CYP2C9). Los estudios de interacción disponibles no muestran que exista un efecto sobre el CYP2C9 ni CYP3A4, aunque todavía se desconoce el efecto sobre los restantes isoenzimas del citocromo P450. La administración de otros medicamentos con propiedades antihipertensivas, que puedan ser prescritos como antihipertensivos o para otras indicaciones, puede aumentar el efecto antihipertensivo de candesartán. En base a la experiencia con el uso de otros medicamentos que afectan al sistema renina-angiotensina-aldosterona, el uso concomitante de diuréticos ahorradores de potasio, los suplementos de potasio, los sustitutos de la sal que contengan potasio u otros medicamentos que puedan causar un aumento de los niveles de potasio (como la heparina) pueden dar lugar a un incremento del potasio sérico. Se han descrito aumentos reversibles de las concentraciones séricas de litio y su toxicidad durante la administración concomitante de litio con inhibidores de la ECA. Un efecto similar puede producirse con antagonistas de los receptores de la angiotensina II, recomendándose un cuidadoso control de los niveles séricos de litio durante el uso concomitante. Al igual que con otros agentes antihipertensivos, el efecto antihipertensivo de candesartán puede verse disminuido por medicamentos antiinflamatorios no-esteroides como indometacina. La biodisponibilidad de candesartán no se afecta con la comida. **4.6. Embarazo y lactancia.** Uso durante el embarazo: Se dispone de información muy limitada acerca del uso de Atacand en mujeres embarazadas. Estos datos son insuficientes para permitir establecer conclusiones sobre el riesgo potencial para el feto cuando se emplea durante el primer trimestre. En los seres humanos, la perfusión renal fetal, que depende del desarrollo del sistema renina-angiotensina-aldosterona, se inicia durante el segundo trimestre. Por lo tanto, el riesgo para el feto se ve incrementado si se administra Atacand durante el segundo y tercer trimestre del embarazo. Los medicamentos que actúan directamente sobre el sistema renina-angiotensina pueden causar daños fetales y neonatales (hipotensión, insuficiencia renal, oliguria y/o anuria, oligohidramnios, hipoplasia craneal, retraso en el crecimiento intrauterino) y muerte cuando se administran durante el segundo y tercer trimestre del embarazo. Se han descrito también casos de hipoplasia pulmonar, anomalías faciales y contracturas de las extremidades. En estudios en animales realizados con candesartán cilexetil se han observado lesiones renales durante la última fase de desarrollo fetal y en neonatos. Este efecto se cree debido a la acción farmacológica sobre el sistema renina-angiotensina-aldosterona. De acuerdo a lo expuesto anteriormente, Atacand no deberá administrarse durante el embarazo. En el caso de que el paciente quede embarazada durante el tratamiento con Atacand, este deberá interrumpirse (ver apartado 4.3 Contraindicaciones). Uso en lactancia: No se conoce si el candesartán pasa a la leche materna en humanos. Sin embargo, el candesartán se excreta en la leche en ratas en periodos de lactación. Debido al potencial de efectos adversos en el lactante, Atacand no deberá administrarse durante la lactancia materna (ver apartado 4.3 Contraindicaciones). **4.7. Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas.** El efecto de candesartán sobre la capacidad para conducir y utilizar maquinaria no ha sido estudiado, pero en base a sus propiedades farmacodinámicas, es improbable que candesartán afecte esta capacidad. Al conducir vehículos o utilizar maquinaria, deberá tenerse presente que durante el tratamiento puede producirse desvanecimiento o cansancio. **4.8. Reacciones adversas.** Tratamiento de la hipertensión. Los acontecimientos adversos ocurridos durante los ensayos clínicos controlados fueron leves y transitorios y comparables a los ocurridos durante el tratamiento con placebo. La incidencia global de acontecimientos adversos no mostró relación con la dosis o la edad. Los abandonos durante el tratamiento debidos a acontecimientos adversos fueron similares con candesartán cilexetil (3,1%) y placebo (3,2%). En un análisis conjunto de los datos de los ensayos clínicos, se observaron las siguientes reacciones adversas frecuentes ($>1/100$) con candesartán cilexetil en base a una incidencia de reacciones adversas con candesartán cilexetil de al menos 1% mayor que la incidencia observada con placebo: **Trastornos del sistema nervioso:** Mareo/vértigo, cefalea. **Infecciones e infestaciones:** Infección respiratoria. **Resultados analíticos:** En general, no se ha observado que Atacand produzca alteraciones clínicamente importantes sobre los parámetros de laboratorio habituales. Al igual que con otros inhibidores del sistema renina-angiotensina-aldosterona, se han observado pequeños descensos de hemoglobina. Se han observado aumentos de creatinina, urea o potasio y descensos de sodio. Algunos acontecimientos adversos, como incrementos de s-ALAT (S-GPT), se han notificado de forma ligeramente más frecuente con Atacand que con placebo (1,3% frente a 0,3%). Normalmente no es necesaria la monitorización rutinaria de los parámetros de laboratorio en pacientes que están tomando Atacand. Sin embargo, en pacientes con insuficiencia renal, se recomienda la monitorización periódica de los niveles de potasio sérico y de creatinina. **Tratamiento de la insuficiencia cardíaca.** El perfil de acontecimientos adversos de Atacand en pacientes con insuficiencia cardíaca es consistente con la farmacología del fármaco y el estado del paciente. En el programa de ensayos clínicos CHARM, en el que se comparó Atacand en dosis de hasta 32 mg ($n=3.803$) con placebo ($n=3.795$), el 21,0% del grupo de candesartán cilexetil y el 16,1% del grupo placebo interrumpieron el tratamiento debido a acontecimientos adversos. Las reacciones adversas frecuentemente observadas ($\geq 1/100$, $<1/10$) fueron: **Trastornos vasculares:** Hipotensión. **Trastornos del metabolismo y de la nutrición:** Hipertensión. **Trastornos renales y urinarios:** Insuficiencia renal. **Resultados analíticos:** Aumento de la concentración de creatinina, urea y potasio. Se recomienda el control periódico de los niveles séricos de creatinina y potasio (ver apartado 4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo). **Post-comercialización.** Durante su comercialización, se han notificado muy raramente ($<1/10.000$) las siguientes reacciones adversas: **Trastornos de la sangre y del sistema linfático:** Leucopenia, neutropenia y agranulocitosis. **Trastornos del metabolismo y de la nutrición:** Hipertensión, hiponatremia. **Trastornos del sistema nervioso:** Mareo, cefalea. **Trastornos gastrointestinales:** Náuseas. **Trastornos hepatobiliares:** Aumento de enzimas hepáticas, función hepática anormal e hepatitis. **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo:** Angioedema, erupción cutánea, urticaria, prurito. **Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo y vasos:** Dolor de espalda, artralgia, migraja. **Trastornos renales y urinarios:** Alteración renal, incluyendo insuficiencia renal en pacientes sensibles (ver apartado 4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo). **4.9. Sobredosis.** Síntomas: Considerando su actividad farmacológica, la manifestación más probable es la hipotensión sintomática y mareo. En los casos de casos individuales de sobredosis (de hasta 672 mg de candesartán cilexetil), la recuperación del paciente no presentó problemática. Tratamiento: Si se produce una hipotensión sintomática, deberá instaurarse un tratamiento sintomático y monitorizar las constantes vitales. El paciente se informará en posición supina con las piernas elevadas. Si todo esto no fuera suficiente, deberá aumentarse el volumen plasmático mediante la infusión de, por ejemplo, solución salina isotónica. Si las medidas antes mencionadas no resultan tampoco suficientes, pueden administrarse medicamentos simpaticomiméticos. Candesartán no se elimina por hemodiálisis. **5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS. 5.1. Propiedades farmacodinámicas.** Grupo farmacoterapéutico: Antagonistas de la angiotensina II (candesartán), código ATC D09C A06. La angiotensina II es la hormona vasoactiva principal del sistema de renina-angiotensina-aldosterona e interviene en la fisiopatología de la hipertensión, insuficiencia cardíaca y otras alteraciones cardiovasculares. Interviene también en la patogénesis de la lesión e hipertrofia orgánica. Los efectos fisiológicos principales de la angiotensina II, tales como la vasoconstricción, estimulación de la aldosterona, regulación de la degradación de la bradiquinina. No se produce efecto en la ECA ni potenciación de la bradiquinina o sustancia P. En ensayos clínicos controlados que comparan candesartán con inhibidores de la ECA, la incidencia de tos fue inferior en pacientes que recibían candesartán cilexetil. El candesartán no se unió o bloqueó otros receptores hormonales o canales iónicos considerados importantes en la regulación cardiovascular. El antagonismo de los receptores de la angiotensina II (ATI) causa un aumento relacionado con la dosis de los niveles plasmáticos de renina, de los niveles de angiotensina I y angiotensina II y un descenso de la concentración plasmática de aldosterona. **Hipertensión.** En la hipertensión, candesartán causa una reducción prolongada y dosis-dependiente de la presión sanguínea arterial. La acción antihipertensiva se debe a la disminución de la resistencia periférica sistémica, sin que se produzca un aumento reflejo del ritmo cardíaco. No existen indicios que indiquen una hipotensión grave o exagerada con la primera dosis o un efecto rebote después del cese del tratamiento. Después de la administración de una dosis única de candesartán cilexetil, el inicio del efecto antihipertensivo tiene lugar generalmente durante las primeras 2 horas. Con un tratamiento continuo, la mayor reducción en la presión sanguínea con cualquier dosis se alcanza generalmente dentro de las cuatro semanas y se mantiene durante el tratamiento a largo plazo. Según un metanálisis, el efecto adicional medio de un aumento de dosis de 16 mg a 32 mg una vez al día fue pequeño. Teniendo en cuenta la variabilidad interindividual, en algunos pacientes cabe esperar un efecto superior al medio. Candesartán cilexetil una vez al día proporciona una reducción eficaz y constante de la presión durante 24 horas, con una escasa diferencia entre los efectos pico y valle durante el intervalo de dosificación. Se ha comparado el efecto antihipertensivo y la tolerabilidad de candesartán y losartán en dos estudios aleatorizados, doble ciego, en un total de 1.269 pacientes con hipertensión leve a moderada. La reducción mínima de la presión arterial (sistólica/diastólica) fue de 13,1/10,5 mmHg con candesartán cilexetil 32 mg una vez al día y de 10,0/8,7 mmHg con losartán potásico 100 mg una vez al día (diferencia en la reducción de la presión arterial 3,1/1,8 mmHg, $p<0,0001/p<0,0001$). Las reacciones adversas más frecuentes fueron infección respiratoria (candesartán 5,8%, losartán 8,9%), cefalea (candesartán 5,8%, losartán 5,8%) y mareo (candesartán 4,4%, losartán 1,9%). Cuando el candesartán cilexetil se utilizó junto con hidroclorotiazida, la reducción en la presión sanguínea es aditiva. La administración concomitante de candesartán cilexetil con hidroclorotiazida o amiloridino se tolera bien. Candesartán posee la misma eficacia independientemente de la edad y el sexo. Los medicamentos que bloquean el sistema renina-angiotensina-aldosterona presentan un efecto antihipertensivo menos pronunciado en pacientes de raza negra (normalmente se trata de una población baja en renina) que en pacientes de otras razas. Este también es el caso de candesartán. En un ensayo clínico abierto en 5.156 pacientes con hipertensión diastólica, la reducción de la presión arterial durante el tratamiento con candesartán fue significativamente menor en pacientes de raza negra que en pacientes de otras razas (14,4/10,3 mmHg frente a 19,0/12,7 mmHg, $p<0,0001/p<0,0001$). Candesartán incrementa el flujo sanguíneo renal y o bien no modifica o aumenta la velocidad de filtración glomerular mientras que se reduce la resistencia vascular y la fracción de filtración. En un estudio clínico llevado a cabo durante 3 meses en pacientes hipertensos con diabetes mellitus tipo 2 y microalbuminuria, el tratamiento antihipertensivo con candesartán cilexetil redujo la excreción urinaria de albúmina (relación albúmina/creatinina, media 30%, intervalo de confianza del 95% 15-42%). Actualmente no existen datos sobre el efecto de candesartán en el desarrollo de la nefropatía diabética. No se han observado acontecimientos adversos en la glucosa sanguínea o en el perfil lipídico en pacientes hipertensos con diabetes mellitus tipo II, tras un tratamiento de 12 semanas con una dosis de 8 mg o 16 mg de candesartán cilexetil. Los efectos de candesartán cilexetil de 8 a 16 mg (dosis media de 12 mg), una vez al día, sobre la morbilidad y mortalidad cardiovascular se evaluaron en un ensayo clínico aleatorizado en 4.937 pacientes ancianos (con edades comprendidas entre 70-89 años de edad, 21% de 80 años de edad en adelante) con hipertensión leve a moderada a los que se les realizó un seguimiento durante una media de 3,7 años ("Study on Cognition and Prognosis in the Elderly"). Los pacientes fueron tratados con candesartán cilexetil o placebo o otro tratamiento antihipertensivo adicional en caso necesario. La presión arterial disminuyó de 166/90 a 145/80 mmHg en el grupo con candesartán, y de 167/90 a 149/82 mmHg en el grupo control. No hubo diferencias estadísticamente significativas en la variable primaria, eventos cardiovasculares importantes (mortalidad cardiovascular, ictus no fatal e infarto de miocardio no fatal). En el grupo de candesartán se registraron 26,7 eventos por 1.000 pacientes-año frente a 30,0 eventos por 1.000 pacientes-año en el grupo control (riesgo relativo 0,89, IC 95% de 0,75 a 1,06, $p=0,19$). **Insuficiencia cardíaca.** El tratamiento con candesartán cilexetil reduce la mortalidad y la hospitalización por insuficiencia cardíaca y mejora los síntomas de los pacientes con insuficiencia sistólica ventricular izquierda tal y como se demostró en el programa de ensayos "Candesartan in Heart failure Assessment of Reduction in Mortality and morbidity" (CHARM). Este programa de ensayos multinacional, controlado con placebo, doble-cego en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica (ICC) con clase funcional III a IV de la NYHA, constaba de tres estudios separados: CHARM-Alternative ($n=2.028$) en pacientes con fracción de eyección ventricular reducida (FEV) $\leq 40\%$ no tratados con un inhibidor de la ECA por intolerancia (principalmente por tos, 72%), CHARM-Anadido ($n=2.548$) en pacientes con FEV $\leq 40\%$ y tratados con un inhibidor de la ECA, y CHARM-Preservado ($n=3.023$) en pacientes con FEV $>40\%$. Los pacientes con tratamiento inicial de ICC óptimo fueron aleatorizados al grupo de placebo o de candesartán cilexetil (ajustado a partir de 4 mg u 8 mg una vez al día hasta 32 mg una vez al día o la dosis máxima tolerada; dosis media 24 mg) y se realizó un seguimiento durante una media de 3,77 meses. Tras 6 meses de tratamiento, el 63% de pacientes todavía tratados con candesartán cilexetil (89%) estaban recibiendo la dosis diana de 32 mg. En CHARM-Alternative, la variable combinada de mortalidad cardiovascular o primera hospitalización por ICC, disminuyó significativamente con candesartán en comparación con placebo (hazard ratio (HR) 0,77, IC 95% 0,67-0,89, $p<0,001$). Esto se corresponde con una reducción del riesgo relativo del 23%. Fue preciso tratar a catorce pacientes durante todo el estudio para prevenir la muerte de un paciente por evento cardiovascular o la hospitalización por insuficiencia cardíaca. La variable combinada de mortalidad por todas las causas o primera hospitalización por ICC se redujo también significativamente con candesartán (HR 0,80, IC 95% 0,70-0,92, $p=0,001$). Tanto la mortalidad como la morbilidad (hospitalización por ICC), componentes de estas variables combinadas, contribuyeron al efecto favorable de candesartán. El tratamiento con candesartán cilexetil produjo una mejora de la clase funcional de la NYHA ($p=0,008$). En CHARM-Anadido, la variable combinada de mortalidad cardiovascular o primera hospitalización por ICC, disminuyó significativamente con candesartán en comparación con placebo (HR 0,85, IC 95% 0,75-0,96, $p=0,011$). Esto se corresponde con una reducción del riesgo relativo del 15%. Fue preciso tratar a veintitrés pacientes durante todo el estudio para prevenir la muerte de un paciente por evento cardiovascular o la hospitalización por insuficiencia cardíaca. El criterio de valoración conjunto de mortalidad por todas las causas o primera hospitalización por ICC se redujo también significativamente con candesartán (HR 0,87, IC 95% 0,78-0,98, $p=0,021$). Tanto la mortalidad como la morbilidad, componentes de estas variables combinadas, contribuyeron al efecto favorable de candesartán. El tratamiento con candesartán cilexetil produjo una mejora de la clase funcional de la NYHA ($p=0,020$). En CHARM-Preservado, no se obtuvo una reducción estadísticamente significativa en la variable combinada de mortalidad cardiovascular o primera hospitalización por ICC (HR 0,99, IC 95% 0,77-1,03, $p=0,118$). La reducción numérica fue atribuible a la reducción en la hospitalización por ICC. En este estudio no se observó efecto sobre la mortalidad. Cuando se evaluó por separado la mortalidad por todas las causas en cada uno de los tres estudios CHARM, ésta no se redujo de forma estadísticamente significativa. Sin embargo, también se evaluó la mortalidad por todas las causas en poblaciones globales, de CHARM-Alternative y CHARM-Anadido (HR 0,88, IC 95% 0,79-0,98, $p=0,016$) y en los tres estudios (HR 0,91, IC 0,83-1,00, $p=0,055$). Los efectos beneficiosos de candesartán sobre la mortalidad cardiovascular y la hospitalización por ICC fueron constantes independientemente de la edad, sexo y medicación concomitante. Candesartán fue también efectivo en pacientes que recibían beta-bloqueantes e inhibidores de la ECA al mismo tiempo y se obtuvo beneficio tanto si los pacientes tomaban o no inhibidores de la ECA a las dosis diana recomendadas por las guías terapéuticas. En pacientes con ICC y reducción de la función sistólica ventricular izquierda (FEV $\leq 40\%$), candesartán reduce la resistencia vascular sistémica y la presión de enclavamiento capilar pulmonar, aumenta la actividad de la renina plasmática y la concentración de angiotensina II y reduce la concentración de aldosterona. **5.2. Propiedades farmacocinéticas. Absorción y distribución:** Tras la administración oral, el candesartán cilexetil se convierte en el principio activo candesartán. La biodisponibilidad absoluta del candesartán es de aproximadamente un 40% después de la administración de una solución oral de candesartán cilexetil. La biodisponibilidad relativa de los comprimidos en comparación con la misma solución oral es aproximadamente del 34%, con muy poca variabilidad. La biodisponibilidad absoluta estimada del comprimido es, por lo tanto, del 14%. La concentración sérica máxima media (C_{max}) se alcanza a las 3-4 horas después de la toma del comprimido. Las concentraciones séricas de candesartán se incrementan linealmente con dosis crecientes en el intervalo de dosis terapéuticas. No se observaron diferencias en la farmacocinética relacionadas con el sexo. El área bajo la curva de la concentración sérica frente al tiempo (AUC) del candesartán no se afecta significativamente por la comida. El candesartán se une en gran proporción a las proteínas plasmáticas (más de un 99%). El volumen de distribución aparente del candesartán es de 0,1 l/kg. **Metabolismo y eliminación:** El candesartán se elimina principalmente inalterado en la orina y bilis y en una pequeña proporción se elimina por metabolismo hepático. La vida media terminal del candesartán es de aproximadamente 9 horas. No se produce acumulación tras dosis múltiples. El aclaramiento plasmático total es de unos 0,37 ml/min/kg, con un aclaramiento renal de 0,19 ml/min/kg. La eliminación renal de candesartán se produce por filtración glomerular y por secreción tubular activa. Después de una dosis oral de candesartán cilexetil marcado radiactivamente con C^{14} , aproximadamente un 29% de la dosis se excreta en orina como candesartán y un 7% como el metabolito inactivo, mientras que aproximadamente el 56% de la dosis se recupera en las heces como candesartán y un 10% como metabolito inactivo. **Farmacocinética en poblaciones especiales.** En comparación con sujetos jóvenes, en pacientes ancianos (mayores de 65 años) se produce un incremento en la C_{max} y la AUC del candesartán de aproximadamente el 50% y el 80%, respectivamente. Sin embargo, la respuesta a la presión sanguínea y la incidencia de acontecimientos adversos es similar después de una dosis de Atacand en pacientes jóvenes y pacientes ancianos (ver apartado 4.2 Posología y forma de administración). En pacientes con insuficiencia renal leve o moderada, la C_{max} y AUC de candesartán aumentaron durante la administración repetida aproximadamente un 50% y 70%, respectivamente, pero la $t_{1/2}$ no varió, en comparación con los pacientes con función renal normal. Los correspondientes cambios en pacientes con insuficiencia renal severa eran aproximadamente del 50% y 10%, respectivamente. La $t_{1/2}$ terminal de candesartán era aproximadamente el doble en pacientes con insuficiencia renal severa. El AUC de candesartán en pacientes sometidos a hemodiálisis era similar al de los pacientes con insuficiencia renal grave. En pacientes con insuficiencia hepática de carácter leve a moderado, se produjo un incremento de un 29% en la AUC del candesartán (ver apartado 4.2 Posología y forma de administración). **5.3. Datos preclínicos sobre seguridad.** No hay evidencias de toxicidad sistémica o de órganos diana anormal con las dosis clínicamente recomendadas. En los estudios de seguridad preclínicos, dosis altas de candesartán poseen efectos renales y sobre parámetros de eritrocitos en ratones, ratas, perros y monos. Candesartán causó una reducción de los parámetros de eritrocitos (eritrocitos, hemoglobina, hematocrito). Candesartán indujo efectos renales (como nefritis intersticial, distensión tubular, túbulos basófilos; aumento de los niveles de renina y urea y creatinina) que podrían ser secundarios al efecto hipotensivo, causando alteraciones de la perfusión renal. Asimismo, candesartán indujo hiperplasia/hipertrfia de células yuxtaglomerulares. Estos cambios se consideraron causados por la acción farmacológica de candesartán en humanos, la hiperplasia/hipertrfia de las células yuxtaglomerulares renales parece carecer de importancia. En fases avanzadas del embarazo se ha observado fetotoxicidad (ver apartado 4.6 Embarazo y lactancia). Los datos de los ensayos de mutagénesis in vitro e in vivo indican que candesartán no ejerce una actividad mutagénica o clastogénica en condiciones de uso clínico. No hubo evidencias de carcinogenicidad. **6. DATOS FARMACÉUTICOS. 6.1. Lista de excipientes:** carmelosa de calcio, hidroxipropilcelulosa, óxido de hierro marrón-rojo (E 172), lactosa monohidratada, estearato de magnesio, almidón de maíz, macrogol. **6.2. Incompatibilidades.** No aplicable. **6.3. Periodo de validez.** 3 años. **6.4. Precauciones especiales de conservación.** No conservar a temperatura superior a 30°C. **6.5. Naturaleza y contenido del recipiente.** Blisters de PVC/PVDC de 7, 14, 15, 20, 28, 30, 50, 50 x 1 (dosis unitarios), 56, 98, 98 x 1 (dosis unitarios) y 300 comprimidos. Frascos de HDPE de 100 y 250 comprimidos. En España no se comercializan todos los formatos. **6.6. Instrucciones de uso y manipulación.** Ninguna especial. **7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** AstraZeneca Farmacéutica Spain, S.A. C/ Serrano Galvache, 56. Edificio Roble; 28033 - Madrid 8. **NÚMERO DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** 66.300 9.FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN. Septiembre 2004. 10.FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO. Enero 2005.



Atacand es una Marca Registrada
(Fabricado bajo licencia de Takeda Pharmaceutical Company, Ltd)
F1 13 Dic 2004 (CC)/SMP 08 Dec 2004

**COMUNICACIÓN 107****NECESIDAD DE CANALIZACIÓN DE UNA VÍA INTRAVENOSA Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN EN UN LABORATORIO DE ECOCARDIOGRAFÍA: ESTUDIO PROSPECTIVO EN UN AÑO.**

Autores: Antonia Nevado Tirado, Rosalía Madrid Fernández
C. Trabajo: Hospital Reina Sofía Córdoba

La necesidad de canalizar una vía periférica en determinados tipos de estudios hace imprescindible la presencia de enfermería en un laboratorio de ecocardiografía. El objetivo de este estudio es analizar todos los estudios en que se tomo una vía periférica en un periodo de un año.

PACIENTES Y MÉTODOS: Se recogió de forma prospectiva desde enero de 2006 a enero de 2007 en cuantos estudios se precisó vía periférica, el motivo y la medicación que se administró.

RESULTADOS: De un total de 7389 estudios ecocardiográficos, 414 precisaron vía periférica (5.6%); en 300 casos (72%) fueron estudios en que se precisaba administrar un ecopetenciador, bien de primera generación (Gelafundina) para visualizar el lado derecho del corazón (100 casos) o bien de segunda generación (D-Galactosa- , Hexafluoruro de azufre) para visualizar el izquierdo (200 casos); en 68 casos (16%) se trataron de estudios de permeabilidad de foramen oval en pacientes con ictus siendo la sustancia administrada gelafundina sonicada; en 32 casos (8%) fueron estudios de ecografía de stress con dobutamina o dipiridamol en pacientes con sospecha o confirmación de enfermedad coronaria; en 10 casos (2.5%) la vía se cogió de forma profiláctica en pacientes que iban a ser sometidos a una pericardiocentesis en el laboratorio de ecocardiografía y por último en otros 10 pacientes (2.5%) la vía se precisó para administrar los antibióticos de profilaxis de endocarditis en pacientes que se iban a someter a un estudio transesofágico y tuvieran indicación de la misma.

CONCLUSIONES: El porcentaje de estudios ecocardiográficos en que se precisa de la toma de una vía periférica por parte de enfermería es elevado y la medicación utilizada muy diversa. La indicación más frecuente fue la necesidad de administrar un ecopetenciador para mejoría de la calidad de los estudios y la "medicación" más frecuentemente administrada fue la Gelafundina. Por ello el personal de enfermería con adiestramiento en los distintos protocolos de estudio es imprescindible en un laboratorio de ecocardiografía

COMUNICACIÓN 108**MEJORÍA DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES SOMETIDOS A FASE II DE REHABILITACIÓN CARDÍACA HOSPITALARIA FRENTE A DOMICILIARIA**

Autores: Mora Pardo J.A.; Reina Sánchez M.; Fernández Romero A.J.; González Martín A.I.; Prado Gotor B.; Padilla Muñoz M.; León Jiménez J.; Infantes Ormad M.; Almeida González C.; Vázquez García R.; Pastor Torres L.
C. Trabajo: Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

INTRODUCCIÓN: La fase 2 de los programas de Rehabilitación Cardíaca y Prevención Secundaria (RC) se puede realizar en un centro hospitalario (RC-H) bajo supervisión especializada, sobre control de factores de riesgo, intervención educativa y psicológica además de entrenamiento físico o de manera domiciliaria (RC-D) marcando pautas de ejercicio y educación higiénico-sanitaria

OBJETIVOS: Demostrar que la RC-H ofrece una mejoría mayor en la capacidad funcional frente a la RC-D.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo de 153 pacientes rehabilitados en nuestra unidad desde 1994. De ellos, 104 realizaron RC-H y 49 RC-D. Las características basales difieren en: edad (54,8 vs 65,5), sexo (♂ 84,4% vs 77,6%), IAM previo (13,7% vs 24,5%) y EPOC (10,3% vs 17,8%). En el resto son similares: DM (22,9% vs 33,4%), HTA (56,2% vs 60,4%), DLP (56,6% vs 58,7%), stent previo (9,8% vs 10,2%). El motivo de entrar en RC fue: Angina Inest 39,2% vs 40,8%, IAM 43,1% vs 42,9% e IC 3,9% vs 8,2%. Se intervinieron de Bypass en igual % (6,9 vs 6,1%) pero más stent en grupo RC-H (43,1% vs 22,9%), aunque con igual tasa de revascularización incompleta (45,5% vs 40%). El tto farmacológico al ingreso en RC difieren en uso de betabloqueantes (86% vs 61,2%), estatinas (78% vs 61,2%), IECAs (58% vs 73,4%) y nitratos (38,4% vs 53,1%). El uso de AAS y tienopiridinas fue similar: 95% vs 93,9% y 41% vs 30,6%.

RESULTADOS: Realizamos un seguimiento del historial de 60 (48-72) meses en RC-H por 71 (55-78) meses en RC-D. Hubo 3 muertes (2,8%) en RC-H (edad media 76 años) (1 por IAM y 2 causa desconocida) frente a 7 en RC-D (14,3%) (edad media 73 años) (3 por IC, 3 no cv y 1 desconocida). La tasa de ingresos preRC y postRC fue mayor en el grupo RC-D (aunque con igual % de causa cardiovascular). En la tabla adjunta analizamos la evolución de la ergometría preRC, justo después de la RC y la última que se dispone de cada paciente. Al comparar la evolución pre y post RC existen diferencias significativas a favor de RC-H en METS (p=0,002) y tiempo (p=0,016) PreRC-H PreRC-D PostRC-H PostRC-D UltiRC-H UltiRC-D Tiempo(seg) 465(138) 367(126) 504(152) 370(166) 480(144) 422(112) METS 7,7(2,5) 6,6(2,5) 8,4(2,5) 6,4(2,7) 8,8(2,5) 8,3(2,4) Negativa(%) 44,1 25 64,7 44,4 59,3 55,6 Clínicamente+ 5,4 12,5 5,9 0 6,8 11,1 Eléctricamente+ 23,5 8,3 9,8 27,8 16,9 22,2 Clín y eléct+ 11,8 25 2 5,6 5,1 0 No concluyente 14,7 29,2 17,6 22,2 11,9 11,1

CONCLUSIONES: Los pacientes sometidos a RC-H mejoran el tiempo de ejercicio y gasto energético, significativamente más que el grupo RC-D, en los cuales no se modifica.

COMUNICACIÓN 109**ANÁLISIS POR ENFERMERÍA DE ESTUDIOS HOLTER DE RITMO EN PACIENTES EN PROTOCOLO PRETRASPLANTE CARDÍACO: HALLAZGOS MÁS FRECUENTES.**

Autores: J. Nieves Sanchez, M. Ramos Bruzo, I. Garcia Gonzalez
C. Trabajo: Hospital Reina Sofia

INTRODUCCIÓN: Los pacientes (ptes) en estudio para posible inclusión en lista de espera de trasplante cardiaco(TCO) tienen una alta incidencia de arritmias. El objetivo de este estudio es analizar los hallazgos arritmicos más frecuentes en este tipo de pacientes.

PACIENTES Y MÉTODOS: Se han analizado todos los estudios Holter que han sido colocados y analizados por parte de enfermería en pacientes en estudio para TCO, desde Enero a Diciembre de 2006.

RESULTADOS: De un total de 844 estudios, 32 (0,4%) se colocaron por protocolo en pacientes en estudio para TCO. La edad media fue de 53 años±11 y 28 (87%) fueron varones. La etiología mas frecuente fue la miocardiopatía dilatada idiopática (75%), seguido de la isquémica (19%). El ritmo de base más frecuente fué el sinusal en 24 ptes (75%), en 5 (16%) fué fibrilación auricular y en 3 (9%) ritmo de marcapasos. Cinco ptes (16%) tenían un desfibrilador. En cuanto al análisis de las arritmias en todos los pacientes hubo algún hallazgo: en 26 pacientes ((81%) habia extrasistoles supraventriculares aunque tan solo en 1 estos eran muy frecuentes. Extrasistoles ventriculares habia en el 97% aunque estos fueron más del 10% en tan solo 3 ptes (9%). Las arritmias supraventriculares fueron poco frecuentes (22%) siendo la más frecuente la fibrilación auricular. Por último las arritmias ventriculares si fueron frecuentes (47%) siendo todas ellas taquicardia ventricular no sostenida.

CONCLUSIONES: La rentabilidad diagnóstica de los estudios Holter analizados por parte de enfermería en pacientes en protocolo de TCO es del 100%. Predomina el sinusal, como ritmo de base. Los arritmias más frecuentes son la extrasistolia ventricular así como la taquicardia ventricular no sostenida

COMUNICACIÓN 110**DISTINTOS PROTOCOLOS DE ESTUDIO EN TEST DE ESFUERZO CON CINTA RODANTE. PAPEL DE ENFERMERÍA**

Autores: Inmaculada García González
C. Trabajo: Hospital Reina Sofia

La prueba de esfuerzo clasicamente se realizaba de forma básica para el estudio de la enfermedad coronaria o de la capacidad funcional en distintas cardiopatías. Sin embargo en los últimos años las pruebas se han diversificado. El objetivo de este estudio es describir los distintos protocolos de estudio que se realizan hoy en día y el papel de enfermería en los mismos.

PACIENTES Y MÉTODOS: Se realizan básicamente 3 tipos de estudio: siendo todos ellos en nuestro laboratorio con cinta rodante 1) Test de esfuerzo clásico en el que el ATS realiza la comprobación de la adecuada cumplimentación del consentimiento informado, introducción de datos en el ordenador, colocación de los electrodos y conexión al aparato, así como tomas de tensión arterial basal, en cada estadio y al final del test. 2) Estudios de perfusión miocárdica con radioisótopos al esfuerzo, en los cuales se realiza lo mismo más la toma de una vía venosa periférica para la inyección de un isótopo a máximo esfuerzo y 3) Test de esfuerzo con consumo de O2 en el que realiza lo mismo que en el básico más la calibración del aparato medidor de gases inhalados y exhalados así como la colocación de la mascarilla bien ajustada.

RESULTADOS: Desde enero de 2006 a enero de 2007 se han realizado un total de 1159. test de esfuerzo, de los cuales 675 (58%) eran test de esfuerzo standards, 380 (33%) fueron estudios de esfuerzo con isótopo radiactivo para perfusión miocárdica y 104 (9%) test con estudio de consumo de O2.

CONCLUSIONES: Aunque el test de esfuerzo básico sigue siendo el que se realiza con más frecuencia en un laboratorio de ergometría el número de otros test más sofisticados es cada vez mayor, siendo la labor de enfermería imprescindible y precisando además una mayor cualificación.



COMUNICACIÓN 111 MI VIDA CON UN MARCAPASOS

Autores: M^a Jesús Cabanilles Ibáñez, Ana Rebollo Rubio, Rafael Aguilar Leiva.
C. Trabajo: Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Regional Universitario Carlos Haya de Málaga.

INTRODUCCIÓN: El equipo de enfermería ha detectado una necesidad de información al alta hospitalaria de los pacientes que acuden a la unidad de cirugía cardiovascular para que les sea implantado un marcapasos definitivo.

Lo consideramos un problema importante, ya que, en nuestra unidad se implantan más de 200 marcapasos definitivos cada año.

OBJETIVO: Nuestro objetivo es que el paciente conozca el funcionamiento, cuidados y precauciones que debe tener de su marcapasos, una vez haya abandonado el Hospital, con el fin de mejorar su calidad de vida.

MÉTODO: A través de una revisión bibliográfica, información en Internet y nuestra propia experiencia, elaboramos una guía, que será entregada al alta del paciente, en la cual desarrollamos la información necesaria para su autocuidado, contestando a las preguntas más frecuentes que se les plantean.

RESULTADOS: Elaboración de una guía de información para los pacientes a los que se les ha implantado un marcapasos definitivo, que consta de los siguientes apartados:

- ¿Qué es un marcapasos?
- ¿Por qué necesito un marcapasos?
- ¿Dónde lo colocan?
- ¿Qué cuidados debo tener tras la implantación?
- ¿Debo seguir controles en el hospital?
- ¿Cómo será mi vida a partir de ahora?
- ¿Cuánto tiempo dura un marcapasos?
- ¿Qué precauciones debo tener?

CONCLUSIONES:

- La información reduce el estrés y la ansiedad que se crean en estos pacientes tras la implantación de un marcapasos.
- Enfermería tiene un papel muy importante en la transmisión de esta información, disminuyéndole sus dudas y educando al paciente para su propio cuidado, consiguiendo así mejorar su calidad de vida.

COMUNICACIÓN 112 EDUCACIÓN SEXUAL EN EL PACIENTE DE CARDIOLOGÍA

Autores: Baeza Morales M., Ruiz López M. D., Melloud Sanie N.
C. Trabajo: Hospital Torrecardenas De Almería

INTRODUCCIÓN: Todo individuo tras sufrir un evento agudo de su corazón, así como padecer alguna patología relacionada con el mismo, se plantea una serie de dudas a la hora de incorporarse a su vida normal. A menudo siente temor a la hora de volver a incorporarse a todas sus actividades, trabajo, conducir, ejercicio físico y de la misma manera a su vida sexual.

OBJETIVO GENERAL: La vida sexual afecta a todos los individuos, sea cual sea su edad, sexo, raza y condición. Somos seres sexuados. El desarrollo de esta función conlleva a una mejor calidad de vida. Al haber aumentado las expectativas de vida es necesario garantizar una vida sexual sana a pesar de la edad y algunas enfermedades.

OBJETIVO ESPECÍFICO: Administrar a nuestros pacientes una información detallada y completa a la vez que científica, para que puedan combatir los obstáculos que se les puedan presentar. Les invitaremos a una relación más estrecha con su cardiólogo para afrontar este tema, a menudo tabú, para buscar las soluciones más adecuadas en cada caso.

FACTORES RESPONSABLES DE LAS DISFUNCIONES:

1. PSICOLÓGICOS: El más común es el miedo a la presentación de un nuevo episodio.
 - El paciente debe recibir la información real de su estado, para conocer sus verdaderas limitaciones, en caso de tenerlas.
 - En el caso de que no se pueda realizar un coito completo, fomentaremos la sexualidad no costal, al igual que en caso de que sí puedan realizarlo le recomendaremos las posturas que conlleven un menor riesgo, pautando los encuentros y dándole las recomendaciones más adecuadas.
2. FÍSICOS:
 - Los más comunes son los provocados por los factores de riesgo fundamentales, como la hipertensión arterial o la diabetes. En estos casos se recomienda el control de los mismos. Controlando la dieta, desarrollando ejercicio físico y adoptando hábitos saludables.
 - Los provocados por una importante insuficiencia vascular:
 - Arterial: En estos casos esta más recomendada la cirugía vascular o las prótesis, entre otras.
 - Venosa: En caso de no estar contraindicado se suele recomendar el uso de las medicaciones, tan de actualidad hoy día, consideradas como farmasexología.
3. FARMACOLÓGICOS: Son las disfunciones provocadas por el uso de algunas medicaciones:
 - Los antagonistas del calcio, que suelen provocar trastornos en la eyaculación.
 - Los IECAS, provocan una considerable disminución de la libido.
 - Los betabloqueantes, que disminuyen el deseo e inhiben la repuesta sexual.
 - Los digitales y la furosemida, que provocan disfunción eréctil.

METODOLOGÍA: Dependiendo del ámbito sanitario en el que vayamos a actuar, se puede hacer llegar la información al paciente: En entrevistas personales, con un ambiente de privacidad, a demanda del paciente; Mediante charlas comunes a un grupo, previamente citado; A través de unas guías que contengan toda la información, debidamente confeccionadas.

RESULTADOS: Sería muy interesante pasar una encuesta, dirigida, a los seis meses o un año, a todos los pacientes, para comprobar si la información recibida les ha permitido obtener mejoras en el desarrollo

COMUNICACIÓN 113 IMPLANTACIÓN DE UNA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDÍACA EN UN HOSPITAL COMARCAL TIPO IV.

Autores: M^a del Mar Martínez Quesada, Carmen Rus Mansilla, Gustavo Cortez Quiroga, Gracia López Moyano, Manuela Delgado Moreno.
C. Trabajo: Hospital Alto Guadalquivir, Andújar, Jaén.

INTRODUCCIÓN: La insuficiencia cardíaca constituye la epidemia del nuevo siglo. El avance en los tratamientos farmacológicos, el fracaso en la educación sanitaria, la falta de adherencia, y otras comorbilidades hacen que el manejo convencional de la insuficiencia cardíaca sea inadecuado. Describimos nuestra experiencia inicial de una Unidad de Insuficiencia Cardíaca en un hospital comarcal que dispone de 100 camas.

PACIENTES: Se incluyeron 44 pacientes entre Febrero de 2006 y Febrero de 2007, varones el 66%, de edad media 71±10 años. La etiología era isquémica en 41%, dilatada en 21%, hipertensiva en 18%, alcohólica en 7%, valvular en 4% y otra en 9%. Tenían hipertensión arterial el 66%, diabetes el 45,5%, hiperlipemia el 39%, eran fumadores el 9%. Padecían enfermedad broncopulmonar el 20,5% e insuficiencia renal el 32%. Estaban en fibrilación auricular el 34%. La fracción de eyección basal era de 32±15%. Tenían fracción de eyección preservada el 18%. Se encontraban básicamente en clase funcional III de la NYHA el 72%. El test de los 6 minutos basal fue de 230±114 metros, el cuestionario de Calidad de vida de Minnesota 47±22 y en el 38% de los pacientes no se pudo realizar ergometría basal.

RESULTADOS: El tiempo de seguimiento medio fue de 252±104 días. Dieciséis pacientes sufrieron algún evento: 3 exitus (7%), 6 ingresos por descompensación de su insuficiencia cardíaca (14%), 5 ingresos por otra causa cardiovascular (12%), 2 ingresos por otras causas (4%). Se completó el seguimiento a los 6 meses en 23 pacientes. Ningún paciente tuvo más de un ingreso durante el seguimiento. Se observaron diferencias estadísticamente significativas en el cuestionario de calidad de vida a los 3 meses (-16,5±24,9, p=0,018) y a los 6 meses (-23,4±25,7, p=0,002). La clase funcional mejoró a los 3 meses (-1±0,87, p=0,002) y a los 6 meses (-1,4±0,8, p<0,001). La distancia recorrida en el test de los seis minutos mejoró a los 6 meses (+97,5± 57,7 metros, p<0,001). Los niveles de BNP descendieron 152,15 ng/l, sin diferencias estadísticamente significativas.

CONCLUSIONES: La implantación de una Unidad de Insuficiencia cardíaca en un hospital comarcal mejora la calidad de vida y la capacidad funcional de los pacientes.

COMUNICACIÓN 114 CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN PACIENTES CON SÍNDROME METABÓLICO INGRESADOS EN UNIDAD CORONARIA.

Autores: L.D. Muñoz Jiménez, R. Peñafiel Burkhardt, I. González Molero, J. A. Cano Nieto, C. Urbano Carrillo, A. Esteban Luque, J. M. Pérez Ruiz, M. de Mora Martín, F. Malpartida de Torres.
C. Trabajo: Servicio de Cardiología, Hospital Regional Universitario Carlos Haya

INTRODUCCIÓN: El síndrome metabólico es un conjunto de factores de riesgo que se asocia a una mayor frecuencia de enfermedades cardiovasculares.

OBJETIVOS: Analizar características de eventos coronarios agudos ingresados en unidad coronaria en pacientes diagnosticados de síndrome metabólico según criterios de la Federación Internacional de Diabetes (IDF).

MATERIAL Y MÉTODO: El estudio se realizó durante 16 semanas en pacientes ingresados en Unidad Coronaria por síndrome coronario agudo con ST elevado (SCASTE) y síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCASEST). Se obtuvieron datos mediante un protocolo sobre factores de riesgo cardiovascular e historia previa, analíticas, tipo de evento coronario, complicaciones mecánicas o eléctricas y hallazgos en la coronariografía. Los datos obtenidos se analizaron mediante el estadístico SPSS 11,5.

RESULTADOS: Se recogieron un total de 71 pacientes ingresados en la Unidad Coronaria con diagnóstico de SCASTE en el 58,3% y SCASEST de alto riesgo en el 40%, de los cuales el 71,4% y el 65,1% respectivamente presentaban síndrome metabólico (P<0,05). En pacientes con el síndrome hubo un 38,8% de afectación del territorio inferior y 40,8% anterior a diferencia de pacientes sin síndrome con afectación anterior mayoritaria (57,1%). Las complicaciones fueron menos frecuentes en pacientes con síndrome metabólico que en aquellos que no lo tenían (26,5% vs. 40,9% P<0,05). En el cateterismo cardíaco la enfermedad de dos vasos fue la más frecuente en ambos grupos (34,7% vs 37,2%), la frecuencia de enfermedad de tres vasos fue similar. La revascularización mediante intervencionismo coronario fue más frecuente en pacientes con síndrome metabólico (73,7% vs. 23,3% P<0,05) siendo la opción quirúrgica menor en dichos pacientes (20% vs 80% P<0,05).

CONCLUSIONES: Un alto porcentaje de los pacientes con síndrome coronario agudo ingresados en UCI tienen síndrome metabólico según IDF. La presencia del síndrome se asocia a menos complicaciones y lesiones angiográficas más susceptibles de intervencionismo porque los criterios IDF son poco restrictivos con pacientes muy heterogéneos.

**COMUNICACIÓN 115****VALORACIÓN DEL TRATAMIENTO CON BOSENTAN EN LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR**

Autores: María Luisa Cabeza Letran, Mariví Mogollón Jiménez, Mónica Fernández Quero, Juan Manuel Durán, Josefa Jiménez, Eva González

C. Trabajo: Hospital Universitario Virgen del Rocío y Hospital del SAS de Jerez de la Frontera

INTRODUCCIÓN: El pronóstico de los pacientes con hipertensión arterial pulmonar (HAP) es grave. Los avances terapéuticos han variado el curso de la enfermedad, entre ellos, cabe destacar bosentan. Hemos valorado nuestra experiencia con este fármaco en cinco pacientes con HAP en un hospital de segundo nivel.

OBJETIVO: Valoración del tratamiento con bosentan en los pacientes con HAP.

MATERIAL Y MÉTODOS: Análisis descriptivo de 5 pacientes tratados con bosentan por HAP (nov 2001-dic 2004). Parámetros evaluados: clínicos (clase funcional (CF) de la OMS y distancia en el test de los 6 minutos medida en metros (m) y ecocardiográficos (presión sistólica de la arteria pulmonar (PSAP)). El análisis se realizó utilizando el paquete estadístico SPSS 12.

RESULTADOS: La edad media fue 46 años. Dos pacientes estaban diagnosticados de HAP asociada a enfermedades del colágeno, dos asociada a VIH, y uno asociada a bronquiolitis obliterante. La duración media del tratamiento fue 10,8 meses. Previo al tratamiento, dos pacientes se encontraban en CF II, otros dos en CF III, y un paciente en CF IV. Tras el tratamiento, los pacientes permanecieron sin cambios. Respecto a la distancia en el test de los 6 min, ésta aumentó en dos pacientes (de 420 m a 450 m; y de 400 m a 480 m). Dos pacientes permanecieron sin cambios y uno empeoró (de 287 m a 250 m). La PSAP estimada por ecocardiografía disminuyó en dos pacientes (de 90 mmHg a 50 mmHg en uno de ellos, y de 64 mmHg a 50 mmHg en otro). En el resto, la PSAP permanece sin cambios e incluso aumenta en uno de los pacientes. Los pacientes con peor pronóstico fueron aquellos con HAP asociada a enfermedades del colágeno, uno permaneció en CF IV y otro sufrió muerte súbita.

CONCLUSIÓN: Bosentan aporta mejoría en la capacidad de esfuerzo y PSAP en algunos de los pacientes de nuestra serie mientras que en otros no produce cambios clínicamente significativos. Aunque los estudios han demostrado la eficacia de bosentan en la HAP idiopática, con respecto a la HAP asociada a otras situaciones clínicas, bosentan debe seguir siendo estudiado para saber si proporciona beneficios a largo plazo.

COMUNICACIÓN 116**PREVALENCIA DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA EN LAS CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA PROVINCIA DE GRANADA. UN SUBESTUDIO DEL PRICE.**

Autores: Ulecia Martínez MA., Caballero Güeto J., Caballero Güeto FcoJ., Candel Delgado JM.

C. Trabajo: Htal Universitario San Cecilio de Granada

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Andalucía tiene una de las mayores tasas ajustadas de mortalidad por insuficiencia cardíaca (IC) de España, junto a una elevada prevalencia de Factores de Riesgo Cardiovascular (FRCV) lo que podría explicar en parte su alta morbi-mortalidad a pesar de ser una comunidad poco envejecida. La prevalencia de angina y FRCV como la HTA (38,8% vs 31,1%, con solo un 15% en adecuado control), Diabetes Mellitus (19,1% vs 14,3%), Obesidad (19% vs 4,5%) y la acumulación de FRCV hasta un 15% de pacientes con 3 FRCV; es más alta en Andalucía que en el resto de España. Para poder conocer la prevalencia de la IC y poder dar respuesta apropiada a este problema de salud pública, es imprescindible disponer de estimaciones fiables de la magnitud de la IC. El PRICE es un estudio de prevalencia de IC en mayores de 45 años, transversal, aleatorizado realizado en atención primaria (AP) y hospitales.

MATERIAL Y MÉTODOS: Los pacientes incluidos en la provincia de Granada en el registro PRICE han sido 97 y fueron diagnosticados de IC según los criterios de Framingham, remitiéndose al cardiólogo: a) si cumplen criterios IC, b) si duda; c) una submuestra elegida al azar (independientemente de si cumplen criterios de IC). Se comparan los resultados con los obtenidos en el resto de Andalucía (283 pacientes) y España (1776 pacientes).

RESULTADOS: Prevalencia IC España Andalucía Granada ♀ 7.0% 9.8% 6.7% ♂ 6.5% 7.4% 9.6% Total 6.8% 8.7% 8.2% 45-54 años 1.3 2.9 4.2 55-64 años 5.5 4.5 6.1 65-74 años 8.0 15.1 11.1 >74 años 16.1 16.8 13.6

CONCLUSIONES: La prevalencia de IC en Granada presenta un perfil definido por ser más elevada que en el resto de España, y de preferencia en hombres con edades inferiores a 65 años. Este hecho podría estar en relación con pequeña muestra de pacientes (con amplio intervalo de confianza) o con la ya conocida mayor prevalencia y peor control de FRCV en la comunidad andaluza. Se precisan estudios poblacionales más amplios para confirmar estos datos, así como realizar mayores esfuerzos tanto desde Atención Primaria como Especializada para mejorar el control los FRCV y sus devastadoras consecuencias.

COMUNICACIÓN 117**PREVALENCIA DEL SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES CON EVENTOS CARDÍACOS AGUDOS**

Autores: R. Peñafiel Burkhardt, L.D. Muñoz Jiménez, I. González Molero*, J.A. Cano Nieto, C. Muñoz Jiménez, B. Pérez Villardón, M. de Mora Martín, F. Malpartida de Torres.

C. Trabajo: Servicio de Cardiología, *Servicio de Endocrinología. Hospital Regional Carlos Haya.

INTRODUCCIÓN: El síndrome metabólico se caracteriza por la presencia de un grupo de factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares, en su definición se han usado diferentes criterios. La prevalencia es variable según los criterios empleados, estudios recientes como el NHANES la estiman entorno al 40%. En el año 2005 se definieron los criterios de la Federación Internacional de Diabetes (IDF) siendo estos últimos más estrictos con respecto a los de la el Comité de expertos Americano (ATP III) vigente hasta el momento.

OBJETIVOS: Revisar la prevalencia del síndrome metabólico en los pacientes con eventos coronarios agudos ingresados en Unidad Coronaria aplicando los criterios IDF.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio transversal en pacientes ingresados en Unidad Coronaria por síndrome coronario agudo a lo largo de 4 meses. Se recogieron datos mediante encuesta de factores de riesgo cardiovascular, tratamientos previos, medidas antropométricas de la cintura y cadera y medidas analíticas de los perfiles lipídico y glucémico. Posteriormente se analizaron los datos conforme a los criterios de la IDF para estimar la prevalencia del síndrome metabólico. Para el análisis se utilizó el programa estadístico SPSS 11.5.

RESULTADOS: Se recogieron 71 pacientes en los que se estimó una prevalencia del síndrome metabólico de 66,2% según criterios IDF frente al 64,8% usando los criterios ATP III. De los pacientes con síndrome metabólico según IDF el criterio más frecuente fue la hipertensión arterial mayor de 130/80 o tratamiento presente en el 78,7%. Le siguieron en frecuencia el valor de HDL inferior al límite sexo con 76,6%, la glucemia basal alterada o tratamiento en el 74,5% y por último la hiperglicemia por encima de 150 mg/dl con el 55,3%.

CONCLUSIONES: La prevalencia de síndrome metabólico en pacientes con un evento coronario agudo de alto riesgo ingresado en unidad coronaria según los criterios IDF es más alta que en la población general. La prevalencia del síndrome aplicando criterios IDF y ATP III fue similar. El criterio más frecuentemente observado fue la hipertensión arterial.

COMUNICACIÓN 118**ESTUDIO SOBRE LA PREVALENCIA DE ARTERIOPATIA PERIFÉRICA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CORONARIOPATIA ATROSCLERÓTICA.**

Autores: Esteban Luque A., Urbano Carrillo CA., Delgado Prieto JL., Pérez Ruiz JM., Zayas Ganformina B., Cano Nieto J., De Mora Martín M., Malpartida de Torres F.

C. Trabajo: Hospital Regional Universitario Carlos Haya.

OBJETIVOS: La arteriopatía periférica (EAP) es una de las manifestaciones de una importante enfermedad sistémica como es la aterosclerosis, que puede afectar a todos los territorios del árbol arterial. La identificación temprana de la EAP es de un enorme interés por ser marcador de riesgo aterotrombótico en otros territorios vasculares, en particular el coronario. La ultrasonografía doppler es el método nos permiten determinar rápidamente un parámetro diagnóstico de enorme importancia como es el Índice de Yao (índice tobillo/brazo). El objetivo de nuestro estudio es valorar la prevalencia de arteriopatía periférica y su severidad en pacientes que han sido diagnosticados mediante coronariografía de cardiopatía isquémica aterosclerótica.

MÉTODOS: Serie consecutiva de 51 pacientes a los que se les realizó estudio coronariográfico y resultó diagnóstico de Coronariopatía Aterosclerótica (CA). Consideramos positividad de la prueba la presencia de lesiones objetivables en los vasos epicárdicos, estableciéndose como tales aquellas lesiones mayores del 50% en al menos un vaso en el estudio hemodinámico, así como la presencia de aterosclerosis coronaria difusa determinada cualitativamente. A estos pacientes, un día antes de la realización de la prueba diagnóstica se les determinó el índice tobillo/brazo mediante un aparato portátil de ultrasonografía doppler, estableciéndose los rangos de severidad descritos por dicho índice. Se recogieron los FRCV clásicos en estos pacientes.

RESULTADOS: Edad media: 54 +/- 6,2 años. Sexo: Hombres 68,6%, Mujeres 31,4%. La prevalencia de los FRCV fueron los siguientes: Tabaquismo: 47,1%, HTA: 62,7%, Diabetes Mellitus tipo 2: 43,1% y dislipemia: 35,3%. El 74,5% presentaban historia previa de Dolor Torácico con tests de isquemia positivos y el 25,5% habían sufrido Síndromes Coronarios Agudos. Los resultados obtenidos tras la determinación del Índice de Yao fueron los siguientes: 1-0,9-31,4%; <0,9-0,5-66,6%; <0,5-2%. Previo a la realización del índice tobillo/brazo sólo el 7,8% tenía clínica de sintomatología compatible con claudicación intermitente.

CONCLUSIONES: En nuestra serie se evidencia que la relación CA y EAP se encuentra en el 68,6% de los pacientes. En la gran mayoría de estos la EAP es subclínica.



COMUNICACIÓN 119
CIRUGÍA DE RESTAURACIÓN VENTRICULAR: TÉCNICA Y SEGUIMIENTO DE DOS PACIENTES.

Autores: Isidro Hernández Fernández, Juan Lara, Antonio Martín de la Higuera.
C. Trabajo: Servicio de Cardiología. Hospital Virgen de las Nieves.

Actualmente el tratamiento de elección en pacientes con Miocardiopatía e Insuficiencia Cardíaca avanzada es el Trasplante Cardíaco, aunque la escasez de donantes y las comorbilidades del receptor hace que se beneficien de la técnica un mínimo número de pacientes. De ahí el avance de nuevas y prometedoras técnicas en insuficiencia cardíaca, entre ellas la cirugía de Restauración Ventricular que pretende una normalización anatómica del ventrículo izquierdo reduciendo volúmenes ventriculares y pasando de una geometría esférica a otra elíptica más fisiológica. Presentamos a dos pacientes con ventrículo izquierdo dilatado y disfunción severa tras IAM anterior extenso, en Insuficiencia Cardíaca avanzada. Fueron sometidos a cirugía de Restauración Ventricular que incluye Plastia Circular Endoventricular (técnica de Dor modificada) sobre el área anterior aquí-disquinética reduciendo volúmenes ventriculares, seguida de revascularización coronaria extensa. En estos casos no requirieron plastia mitral con anillo reductor al no existir insuficiencia mitral significativa, sabiendo que la Restauración Ventricular es una "trilogía" sobre ventrículo, vasos y válvula mitral. Una de las pacientes requirió balón de contrapulsación para salida de bomba, estando posteriormente hemodinámicamente estable pero falleciendo a los siete días por sepsis con foco respiratorio. El otro paciente excelente salida de bomba casi sin apoyo inotrópico y con extubación precoz. Ecocardiograma pre-alta con reducción de volúmenes ventriculares izquierdos y ligera mejoría de la FE. Actualmente a los tres meses de la intervención revisiones por consulta con GF basal II-III y en progresiva mejoría.

COMUNICACIÓN 120
ALTA PREVALENCIA DE RESISTENCIA INSULÍNICA EN PACIENTES SIN DIABETES CONOCIDA SOMETIDOS A REVASCULARIZACIÓN CORONARIA PERCUTÁNEA

Autores: Julia Fernández Pastor, José Manuel García Pinilla, Alejandro Pérez Cabeza, Manuel Jiménez Navarro, Lourdes Garrido Sánchez, Carmen Ortiz, Juan Caballero Borrego, Inés Leruite Martín, Antonio Linde Estrella, Antonio Domínguez Franco, Francisco Tinahones, Eduardo de Teresa Galván
C. Trabajo: Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

INTRODUCCIÓN: La resistencia a la insulina (RI) parece relacionarse con el pronóstico de los pacientes sometidos a intervencionismo coronario percutáneo (ICP). El porcentaje real de individuos con alteración del metabolismo de los hidratos de carbono que son sometidos a ICP podría estar infraestimado. El infradiagnóstico de esta entidad impediría un control más estricto de factores de riesgo, lo que podría incidir en el pronóstico de estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo para determinar la prevalencia de RI y alteraciones basales del metabolismo de la glucosa en una muestra de 127 pacientes consecutivos no diabéticos conocidos sometidos a ICP. La RI se estableció según el índice HOMA (homeostasis model assesment) calculado por la fórmula de Matthews.

RESULTADOS: La edad media fue de 59 años; el 85.8% fueron varones. El 81.9% presentó un síndrome coronario agudo. Tras la realización de una sobrecarga oral de glucosa (SOG) el 40.2% se clasificó como diabéticos y el 29.1% como intolerantes a la glucosa. Se realizó una determinación basal y postSOG de la concentración de insulina y péptido C. La concentración media de insulina basal fue de 12.9 mIU/ml y postSOG 153.6 mIU/ml. La concentración media de péptido C fue 3.8 ng/ml basal y 18.4 ng/ml post-SOG. Se apreció un aumento escalonado en la concentración de péptido C postSOG: 16.1 ng/ml en no diabéticos, 18.4 ng/ml en aquéllos con intolerancia hidrocárbona y 20.4 ng/ml en diabéticos; p=0.04. También se observó una mayor concentración postSOG de insulina en diabéticos (187.3 mIU/ml), seguido por intolerantes a la glucosa (164.5 mIU/ml) y no diabéticos (106.9 mIU/ml); p=0.007. El índice HOMA fue mayor en los diabéticos (3.31), seguido por los intolerantes a la glucosa (2.81) y los pacientes sin alteración del metabolismo hidrocárbona (2.19); p=0.02.

CONCLUSIONES: 1. Se objetivó una alta prevalencia de alteraciones del metabolismo de la glucosa en una muestra de no diabéticos conocidos sometidos a ICP. 2. El mecanismo subyacente para dichas alteraciones fue la existencia de un hiperinsulinismo. 3. La presencia de mayor resistencia a la insulina se asoció a una mayor alteración del metabolismo hidrocárbona.

COMUNICACIÓN 121
ANÁLISIS DE LAS INDICACIONES DE CARDIORRESONANCIA MAGNÉTICA EN UN CENTRO RADIOLÓGICO ANDALUZ.

Autores: Eloy Rueda Calle, Francisco Alfaro, Faustino Rodríguez San Pedro, Ramón Ramos, Oscar Torals, Silvia Moreno, M^a Dolores Martí.
C. Trabajo: Clínica Radiológica Martí-Torres. Málaga.

INTRODUCCIÓN: Desde hace pocos años la cardiorensonancia magnética (CRM) ha comenzado a establecer indicaciones precisas en cardiología, extendiendo su uso progresivamente a todos los ámbitos de asistencia. Son pocos los grupos de trabajo en la región implicados en la CRM y es escasa la información de lo que se realiza. Nuestro centro realiza estudios de CRM remitidos desde ámbitos cardiológicos diversos (cardiología privada, compañías médicas aseguradoras y centros hospitalarios públicos), sin participar en la selección de los casos.

OBJETIVOS: Analizar las indicaciones remitidas para realización de CRM a un centro radiológico de nuestra comunidad

MATERIAL Y MÉTODOS: Desde Enero-2005 a Febrero-2007 realizamos 94 CRM (61 hombres y 34 mujeres, con edad media de 57 ± 22). Se efectuaron los estudios con equipo General Electric de 1.5T con sincronismo cardíaco y apnea respiratoria. Utilizamos el soporte informático Repord Card para cuantificación de los estudios. Todas las exploraciones se realizaron por un equipo multidisciplinar integrado por un cardiólogo, varios radiólogos y un técnico radiológico.

RESULTADOS: Las indicaciones de las 94 CRM realizadas se subdividían en los siguientes grupos: A) Miocardiopatías: 25 pacientes (pac), 22 dilatadas para despistaje de origen isquémico con patrón de realce tardío de gadolinio y 3 para descartar miocardiopatía de base. B) Cardiopatía isquémica: 20 pac, 14 para valoración de viabilidad, 5 para valoración de dudosos IAM previos y 1 pac con disquinesia apical transitoria. C) Masas-tumores: 17 pac, 14 con afectación de pared o intracavitarios y 4 pericárdicos. D) Cardiopatías congénitas: 17 pac, 8 como seguimiento de cardiopatías congénitas del adulto y 9 como sospecha de nuevo diagnóstico. E) Arritmológicas: 8 pac, 5 como despistaje de displasia arritmogénica de ventrículo derecho, 2 en estudio de síncope y 1 por complicación de estudio electrofisiológico.

CONCLUSIONES: El estudio de las miocardiopatías dilatadas para despistaje de posible origen isquémico, la valoración de la viabilidad en la cardiopatía isquémica, la valoración de masas-tumores cardíacos y el estudio de las cardiopatías congénitas constituyen la mayoría de las indicaciones recibidas.

COMUNICACIÓN 122
SEGUIMIENTO CLÍNICO A LARGO PLAZO EN TRES GENERACIONES DE UNA FAMILIA CON MIOCARDIOPATIA HIPERTROFICA ASINTOMÁTICA.

Autores: Ulecia Martínez MA., Caballero Güeto J., CVballero Güeto FcoJ., Candel Delgado JM.
C. Trabajo: Hospital Universitario San Cecilio de Granada

OBJETIVOS: Se analizan todos los miembros de tres generaciones de una familia con varios antecedentes de muerte cardíaca súbita (MCS) y miocardiopatía hipertrofica (MCH). Los objetivos fueron detectar MCH, estratificar el riesgo y su evolución a largo plazo.

MÉTODOS: Incluimos 20 pacientes (9 hombres y 11 mujeres con edades al inicio entre 12-68 y 1-71 años). Recogimos las características clínicas, ecocardiográficas, doppler tisular, holter y ergometría siguiéndolos durante 9 años (1998-2007).

RESULTADOS: La afectación familiar ha sido del 40%, 5 (62.5%) hombres y 3 (37.5%) mujeres. Los sanos eran 6 mujeres y 4 hombres menores de 20 años al inicio del estudio y en la actualidad sin MCH al igual que las 2 mujeres sanas mayores de 30 años. La primera generación tuvo 3 afectados (60%), la segunda 7 (70%) y ninguno de la tercera ha desarrollado MCH. Todos permanecen asintomáticos salvo la paciente de mayor edad, y reciben tratamiento con amiodarona 1 paciente por TVMNS y 3 con betabloqueantes por TSV.

Ecocardiografía-doppler								
Edad	Sexo	HVI	Gr	SAM	IAI	IM	Holter	Ergometría
19	H	17	NO	NO	19,1	NO	TSV	Normal
21	M	30	30	SI	20,9	II	TSV	RPA
24	M	31	26	SI	21,8	I/II	TVNS	RPA
31	H	16	NO	NO	18,4	NO	NORMAL	Normal
38	H	17	NO	NO	18,9	I	TSV	Normal
41	H	15	NO	NO	17,6	NO	NORMAL	Normal
48	H	17	NO	NO	17,9	NO	TSV	Normal
72	M	25	90	SI	27,2	III	FAC	No realizada

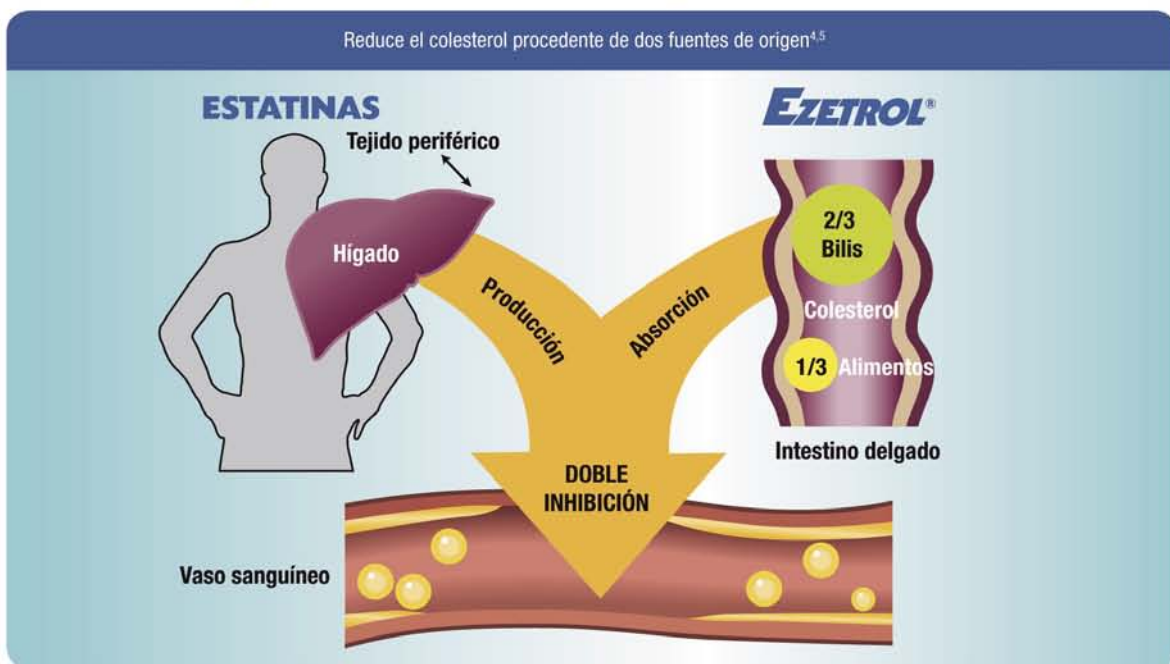
CONCLUSIONES: 1º. Afectación familiar del 40%. 2º. Ningún paciente de la 3ª generación con MCH. 3º. Evolución a largo plazo sin aparición de MSC ni eventos.

EZETROL^{®†}

(ezetimiba)

Para pacientes con hipercolesterolemia primaria, que NO alcanzan el OBJETIVO de c-LDL con la estatina sola, la coadministración con EZETROL consigue: ¹⁻³

tratar las 2 fuentes de colesterol (la producción y la absorción) para controlar mejor el c-LDL ^{1,3,*}



Representación artística con fines ilustrativos

Tras el fracaso con la 1^a dosis de estatina, mayor eficacia reductora del c-LDL mediante la Doble Inhibición de la producción y la absorción de colesterol⁶

* comparado con estatina en monoterapia

Indicación: EZETROL coadministrado con una estatina, está indicado como tratamiento adyuvante a la dieta en pacientes con hipercolesterolemia primaria, que no están controlados adecuadamente con una estatina sola.

Antes de prescribir, consulte la Ficha Técnica adjunta en la página 00.



EZETROL[®]
(ezetimiba)
y estatina

† Marca registrada de MSP Singapore Company, LLC.
03-08-EZT-07-E-2059-J (Creado: Marzo 2007)

1. DENOMINACIÓN DEL MEDICAMENTO. Ezetrol® 10 mg comprimidos. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.** Cada comprimido contiene 10 mg de ezetimiba. Lista de excipientes, ver epígrafe 5.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA.** Comprimido. Comprimidos de color blanco a blanquecino, con forma de cápsula y grabado con "414" en una cara. **4. DATOS CLÍNICOS** **4.1 Indicaciones terapéuticas.** **Hipercolesterolemia primaria** Ezetrol, administrado concomitantemente con un inhibidor de la HMG-CoA reductasa (estatina), está indicado como tratamiento adyuvante a la dieta en pacientes con hipercolesterolemia primaria (familiar heterocigótica y no familiar), que no están controlados adecuadamente con una estatina sola. Ezetrol en monoterapia está indicado como tratamiento adyuvante a la dieta en pacientes con hipercolesterolemia primaria (familiar heterocigótica y no familiar) en los que una estatina se considera inadecuada o no se tolera. **Hipercolesterolemia familiar homocigótica (FHh)** Ezetrol, administrado concomitantemente con una estatina, está indicado como tratamiento adyuvante a la dieta en pacientes con FHh. Los pacientes podrán recibir también otros tratamientos complementarios (por ejemplo, aféresis de las LDL). **Sitosterolemia homocigótica (Ftosterolemia)** Ezetrol está indicado como tratamiento adyuvante a la dieta en pacientes con sitosterolemia familiar homocigótica. No se han terminado todavía los estudios para demostrar la eficacia de Ezetrol en la prevención de complicaciones de la aterosclerosis. **4.2 Posología y forma de administración** El paciente deberá seguir una dieta hipolipemiante adecuada, con la que debería continuar durante el tratamiento con Ezetrol. La vía de administración es oral. La dosis recomendada es un comprimido de Ezetrol 10 mg al día. Ezetrol puede administrarse a cualquier hora del día, con o sin alimentos. Cuando Ezetrol se añada a una estatina, debe continuarse con la administración de la estatina a la dosis de inicio habitual de la misma, o bien continuar con la dosis más alta previamente establecida. En cualquier caso, deben consultarse las instrucciones de uso de la estatina. **Administración con secuestrantes de ácidos biliares** Ezetrol deberá tomarse al menos 2 horas antes ó 4 horas después de la administración de un secuestrante de ácidos biliares. **Uso en pacientes ancianos** No se precisa el ajuste de dosis en pacientes ancianos (véase la sección 5.2 de la ficha técnica extensa). **Uso en pacientes pediátricos.** Niños y adolescentes mayores de 10 años: No se precisa ajuste de dosis (véase la sección 5.2 de la ficha técnica extensa). Sin embargo, la experiencia clínica en niños y adolescentes (entre 9 y 17 años) es limitada. Niños menores de 10 años: No están disponibles suficientes datos clínicos, por tanto, no se recomienda el tratamiento con Ezetrol. **Uso en la insuficiencia hepática** No es necesario ajustar la dosis de Ezetrol en pacientes con insuficiencia hepática leve (puntuación de Child Pugh de 5 a 6). No se recomienda el tratamiento con Ezetrol en pacientes con disfunción hepática moderada (puntuación de Child Pugh de 7 a 9) o grave (puntuación de Child Pugh > 9). (Véase las secciones 4.4 y 5.2 de la ficha técnica extensa) **Uso en la insuficiencia renal.** No es necesario ajustar la dosis en pacientes con insuficiencia renal (véase la sección 5.2 de la ficha técnica extensa). **4.3 Contraindicaciones** Hipersensibilidad al principio activo o a cualquiera de sus excipientes. Cuando Ezetrol se administra junto con una estatina, debe consultarse la Ficha Técnica de la estatina. La administración de Ezetrol junto con una estatina está contraindicada durante el embarazo y la lactancia. La administración de Ezetrol junto con una estatina está contraindicada en pacientes con hepatopatía activa o elevaciones persistentes de origen desconocido de las transaminasas séricas. **4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo** Cuando Ezetrol se administra junto con una estatina, debe consultarse la Ficha Técnica de la estatina. **Enzimas hepáticas** En ensayos clínicos controlados en los que se administró Ezetrol junto a una estatina, se observaron elevaciones consecutivas de las transaminasas (≥ 3 x límite superior de la normal [LSN]). Cuando se administre Ezetrol junto a una estatina, deben realizarse pruebas de función hepática al inicio del tratamiento y seguir las recomendaciones de la estatina a este respecto. (Véase la sección 4.8). **Sistema músculo esquelético** En la experiencia post-comercialización con Ezetrol, se han comunicado casos de miopatía y rabdomiólisis. La mayoría de los pacientes que desarrollaron rabdomiólisis tomaban una estatina concomitantemente con Ezetrol. Sin embargo, se han comunicado muy raramente casos de rabdomiólisis con Ezetrol en monoterapia y muy raramente con la adición de Ezetrol a otros fármacos que aumentan el riesgo de rabdomiólisis. Si se sospecha miopatía en base a los síntomas musculares o si se confirma por un nivel de la creatinina fosfoquinasa (CPK) > 10 veces el límite superior normal, Ezetrol, cualquier estatina y cualquiera de estos otros fármacos que el paciente esté tomando concomitantemente deben interrumpirse inmediatamente. Todos los pacientes que empiecen el tratamiento con Ezetrol deben ser advertidos del riesgo de miopatía y que deben informar rápidamente si aparece dolor, sensibilidad a la presión o debilidad muscular sin causa aparente (véase la sección 4.8). **Insuficiencia hepática** Dado que no se conocen los efectos del aumento de la exposición a ezetimiba en los pacientes con insuficiencia hepática moderada o grave, no se recomienda la administración de Ezetrol (véase la sección 5.2 de la ficha técnica extensa). **Fibratos** No se ha establecido la seguridad y la eficacia de Ezetrol cuando se administra junto con fibratos; por tanto, no se recomienda su administración concomitante (véase la sección 4.5). **Ciclosporina** Se debe tener precaución cuando se inicia el tratamiento con Ezetrol en pacientes que reciben ciclosporina. Las concentraciones de ciclosporina deben vigilarse en pacientes que estén recibiendo Ezetrol y ciclosporina (véase la sección 4.5). **Warfarina** Si se añade Ezetrol a warfarina, el cociente internacional normalizado (INR) debe ser vigilado apropiadamente (véase la sección 4.5). **Excipientes** Los pacientes con problemas hereditarios raros de intolerancia a galactosa, insuficiencia de lactasa de Lapp (insuficiencia observada en ciertas poblaciones de Laponia) o problemas de absorción de glucosa o galactosa no deben tomar este medicamento. **4.5 Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción** En los estudios preclínicos se ha demostrado que ezetimiba no induce las enzimas metabolizadoras de fármacos del sistema del citocromo P450. No se han observado interacciones farmacocinéticas clínicamente importantes entre ezetimiba y fármacos metabolizados por las isoenzimas 1A2, 2D6, 2C8, 2C9 y 3A4 del citocromo P450 o por la N-acetiltransferasa. En estudios de interacción clínica, ezetimiba no tuvo efecto sobre la farmacocinética de dapsona, dextrometorfano, digoxina, anticonceptivos orales (etinil estradiol y levonorgestrel), glipizida, tobutamida o midazolam en su administración concomitante. Cimetidina no afectó la biodisponibilidad de ezetimiba cuando se administraron concomitantemente. **Antiácidos:** La administración simultánea de antiácidos redujo la tasa de absorción de ezetimiba, pero no tuvo efecto sobre su biodisponibilidad. Esta reducción de la tasa de absorción no se consideró clínicamente relevante. **Colestiramina:** La administración simultánea de colestiramina redujo el valor medio del área bajo la curva (ABC) de ezetimiba total (ezetimiba + ezetimiba glucuronido) aproximadamente un 55%. Es posible que el incremento en la reducción de C-LDL que se produciría al añadir Ezetrol a colestiramina, disminuya como consecuencia de esta interacción (véase la sección 4.2). **Fibratos:** La administración concomitante de fenofibrato o gemfibrozil aumenta la concentración total de ezetimiba aproximadamente 1,5 y 1,7 veces, respectivamente; no obstante, estos aumentos no se consideraron clínicamente relevantes. Los fibratos pueden incrementar la excreción del colesterol a la bilis y producir colestiasis. En un estudio preclínico en el perro, ezetimiba aumentó el colesterol en la vesícula biliar (véase la sección 5.3 de la ficha técnica extensa). Aunque se desconoce la relevancia de este hallazgo preclínico en el ser humano, no se recomienda la administración de Ezetrol junto con fibratos hasta que se haya estudiado el uso en seres humanos (véase la sección 4.4). **Estatinas:** No se observaron interacciones farmacocinéticas clínicamente importantes cuando ezetimiba se administró junto con atorvastatina, simvastatina, pravastatina, lovastatina, fluvastatina o rosuvastatina. **Ciclosporina:** En un estudio, la administración de una dosis única de 10 mg de Ezetrol a ocho pacientes sometidos a un trasplante renal con aclaramiento de creatinina superior a 50 ml/min y en tratamiento estable con ciclosporina, produjo un aumento de 3,4 veces (intervalo de 2,3 a 7,9 veces) del área bajo la curva (ABC) media para ezetimiba total en comparación con una población control sana, de otro estudio (n=17) que estaba recibiendo únicamente ezetimiba. En un estudio diferente, se encontró en un paciente con trasplante renal e insuficiencia renal grave que recibía ciclosporina y otros medicamentos, una exposición a ezetimiba total 12 veces superior a la encontrada en sujetos controles que estaban recibiendo únicamente ezetimiba. En un estudio cruzado de 2 periodos en doce sujetos sanos, la administración diaria de 20 mg de ezetimiba durante 8 días y una dosis única de 100 mg de ciclosporina el día 7, resultó en un aumento medio del 15% en el ABC de ciclosporina (intervalo del 10% de descenso al 51% de aumento), en comparación con los resultados obtenidos tras la administración de una dosis de 100 mg de ciclosporina sola. No se ha realizado un estudio controlado sobre el efecto de la administración conjunta de ezetimiba y ciclosporina sobre la exposición a ciclosporina en pacientes con trasplante renal. Se debe tener precaución al iniciar el tratamiento con Ezetrol en pacientes que reciben ciclosporina. Las concentraciones de ciclosporina deben vigilarse en pacientes que estén recibiendo Ezetrol y ciclosporina (véase la sección 4.4). **Warfarina:** La administración concomitante de ezetimiba (10 mg una vez al día) no tuvo un efecto significativo sobre la biodisponibilidad de warfarina y el tiempo de protrombina en un estudio en doce varones adultos sanos. Se han recibido notificaciones después de la comercialización de aumento del cociente internacional normalizado en pacientes que tomaron Ezetrol y warfarina (véase la sección 4.4). **4.6 Uso en el embarazo y lactancia** Ezetrol administrado junto con una estatina está contraindicado durante el embarazo y la lactancia (véase la sección 4.4). En estos casos, debe consultarse la Ficha Técnica de la estatina. **Embarazo:** Solo se debe administrar Ezetrol a mujeres embarazadas si es claramente necesario. No se dispone de datos clínicos sobre el uso de ezetimiba durante el embarazo. Los estudios en animales sobre el uso de Ezetrol en monoterapia no han demostrado efectos lesivos directos o indirectos sobre el embarazo, el desarrollo embrio-fetal, el nacimiento o el desarrollo posnatal (véase la sección 5.3 de la ficha técnica extensa). **Lactancia:** No se debe utilizar Ezetrol durante la lactancia. Los estudios en la rata han demostrado que ezetimiba se excreta en la leche. Se desconoce si ezetimiba se elimina en la leche humana. **4.7 Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas** No se han realizado estudios que evalúen los efectos de Ezetrol sobre la capacidad de conducir y el uso de maquinaria. No obstante, no se espera que Ezetrol influya sobre la capacidad de conducir y el uso de máquinas. **4.8 Reacciones adversas Estudios clínicos** En ensayos clínicos de 8 a 14 semanas de duración, se administró 10 mg de Ezetrol al día solo o con una estatina a 3.366 pacientes. Las reacciones adversas eran habitualmente leves y pasajeras. La incidencia global de reacciones adversas comunicadas con Ezetrol fue similar entre Ezetrol y placebo. Del mismo modo, la tasa de abandonos por acontecimientos adversos fue también comparable entre Ezetrol y placebo. En pacientes tratados con Ezetrol solo (n = 1.691) o junto a una estatina (n = 1.675), se comunicaron los siguientes acontecimientos adversos frecuentes ($\geq 1/100$, $< 1/10$) relacionados con el fármaco: **Ezetrol administrado solo:** Trastornos del sistema nervioso: cefalea. Trastornos gastrointestinales: dolor abdominal y diarrea. **Ezetrol coadministrado con una estatina:** Trastornos del sistema nervioso: cefalea y cansancio. Trastornos gastrointestinales: dolor abdominal, estreñimiento, diarrea, flatulencia y náuseas. Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo: migraja. **Valores de laboratorio:** En ensayos clínicos controlados en monoterapia, la incidencia de elevaciones clínicamente relevantes de transaminasas séricas (ALT y/o AST ≥ 3 x LSN, consecutivas) fue similar con Ezetrol (0,5%) y con placebo (0,3%). En ensayos clínicos de coadministración, la incidencia en los pacientes tratados con Ezetrol junto con una estatina fue del 1,3% y del 0,4% en los pacientes tratados con una estatina sola. Estas elevaciones fueron generalmente asintomáticas, no se asociaron a colestiasis y revertieron tras suspender el tratamiento o a pesar de continuar con el mismo. (Véase la sección 4.4.) En ensayos clínicos, se comunicaron valores de CPK > 10 x LSN en 4 de 1674 (0,2%) pacientes a los que se les administró Ezetrol solo frente a 1 de 786 (0,1%) pacientes a los que se les administró placebo y de 1 de 917 (0,1%) pacientes a los que se les administró Ezetrol y una estatina frente a 4 de 929 (0,4%) pacientes a los que se les administró una estatina sola. No hubo exceso de miopatía o rabdomiólisis asociado a Ezetrol en comparación con el grupo control correspondiente (placebo o estatina sola). (Véase la sección 4.4). **Experiencia post-comercialización** Se han comunicado las siguientes reacciones adversas adicionales raras ($\geq 1/10000$, $< 1/1000$) o muy raras ($< 1/10000$) en la experiencia tras la comercialización: Trastornos de la sangre y del sistema linfático: trombocitopenia (muy rara). Trastornos del sistema inmune: hipersensibilidad, incluyendo erupción cutánea (rara) y angioedema (muy rara). Trastornos gastrointestinales: náuseas (rara); pancreatitis (muy rara). Trastornos hepatobiliares: hepatitis (rara), colestiasis (muy rara) y colestitis (muy rara). Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo: migraja (rara); miopatía/rabdomiólisis (muy rara; véase la sección 4.4). Valores de laboratorio: elevaciones de las transaminasas (rara), aumento de CPK (rara). **4.9 Sobredosis** En estudios clínicos, la administración de ezetimiba a 15 sujetos sanos a dosis de 50 mg/día durante 14 días, o 40 mg/día a 18 pacientes con hipercolesterolemia primaria durante 56 días, fue generalmente bien tolerada. En animales, no se observó toxicidad tras dosis orales únicas de 5.000 mg/kg de ezetimiba en la rata y el ratón y dosis de 3.000 mg/kg en el perro. Se han comunicado unos pocos casos de sobredosis con Ezetrol; la mayoría no se han asociado con experiencias adversas. Las experiencias adversas comunicadas no han sido graves. En caso de sobredosis, deberán instituirse medidas sintomáticas y de apoyo. **5. INFORMACIONES FARMACÉUTICAS.** **5.1 Lista de excipientes.** Croscarmelosa sódica. Lactosa monohidrato. Estearato magnésico. Celulosa microcristalina. Povidona (K29-32). Laurilsulfato sódico. **5.2 Incompatibilidades** No aplicable. **5.3 Período de validez** 2 años. **5.4 Precauciones especiales de conservación** No conservar por encima de 30°C. Blisters: Conservar en el envase original. Frascos: Mantener el frasco perfectamente cerrado. **5.5 Naturaleza y contenido del envase** Blisters despegables unidos de policlorotrifluoroetileno/PVC transparentes sellados a lámina de aluminio recubierta de vinilo, con fondo de papel y poliéster, en envases de 7, 10, 14, 20, 28, 30, 50, 98, 100 ó 300 comprimidos. Blisters para presionar de policlorotrifluoroetileno/PVC transparentes sellados a lámina de aluminio recubierta de vinilo en envases de 7, 10, 14, 20, 28, 30, 50, 98, 100 ó 300 comprimidos. Blisters unidos para presionar de policlorotrifluoroetileno/PVC transparentes sellados a lámina de aluminio en envases de 50, 100 ó 300 comprimidos. Envase de 28 comprimidos; P.V.P. 50,99 Euros. P.V.P. (IVA 4%) 53,03 Euros. Reembolsable con aportación normal por la Seguridad Social. Frascos de HDPE con tapón de polipropileno, conteniendo 100 comprimidos. Posible comercialización solamente de algunos tamaños de envase. **5.6 Instrucciones de uso y manipulación** Ninguna especial. **6. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN** MSD-SP Ltd. Hertford Road, UK-Hoddesdon, Hertfordshire EN11 9BU, Reino Unido. **7. NÚMERO DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN** 65.376 **8. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN** 28 de abril de 2003. **9. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO.** Septiembre de 2005.

1. Ficha Técnica de EZETROL®. 2. Grundy SM, Cleeman JI, Merz CN et al, for the Coordinating Committee of the National Cholesterol Education Program. Implications of recent clinical trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III guidelines. *Circulation* 2004;110:227-239. 3. Goldberg AC, Sastre A, Liu J et al, for the Ezetimibe Study Group. Efficacy and safety of ezetimibe coadministered with simvastatin in patients with primary hypercholesterolemia: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Mayo Clin Proc* 2004;79:620-629. 4. van Heek M, Farley C, Compton DS et al. Comparison of the activity and disposition of the novel cholesterol absorption inhibitor, SCH58235, and its glucuronide, SCH60663. *Br J Pharmacol* 2000;129:1748-1754. 5. Shepherd J. The role of the exogenous pathway in hypercholesterolemia. *Eur Heart J Supplements* 2001;3(Suppl E):E2-E5. 6. Gagné C, Bays HE, Weiss SR et al, for the Ezetimibe Study Group. Efficacy and safety of ezetimibe added to ongoing statin therapy for treatment of patients with primary hypercholesterolemia. *Am J Cardiol* 2002;90:1084-1091.



COMUNICACIÓN 123 DISFUNCIÓN SISTÓLICA EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO. PERFIL CLÍNICO EN NUESTRO MEDIO.

Autores: Caballero Güeto J., Caballero Güeto Fco.J., Ulecia Martinez MA., Candel Delgado JM.

C. Trabajo: Hal. Universitario San Cecilio de Granada.

INTRODUCCIÓN: La disfunción sistólica post-infarto esta establecida como un parámetro de mal pronóstico tras el mismo, con implicaciones terapéuticas específicas para mejorar la evolución de la enfermedad. Los registros locales permiten conocer la incidencia real y el análisis de los problemas, así como orientar las actuaciones más adecuadas de acuerdo con los hallazgos. Pretendemos conocer cual es el perfil demográfico en nuestro medio de los pacientes que presentan disfunción sistólica en el contexto de un infarto agudo de miocardio (IAM).

MATERIAL Y MÉTODOS: Se analizaron 124 pacientes incluidos en nuestro registro intrahospitalario de Síndrome Coronario Agudo (SCA), determinando el perfil clínico de aquellos que cursaron con infarto agudo de miocardio con disfunción sistólica.

RESULTADOS: De los 124 pacientes con SCA-IAM, 51 (41%) presentaron una fracción de eyección de VI determinada por ecocardiografía menor del 50%. La edad media fue de 73 años. El 42.5% fueron mujeres y el 40.6% hombres. Entre los antecedentes, la diabetes fue el principal factor de riesgo cardiovascular (56%), tabaquismo en el 41% e HTA en el 37.5%. El 57% de los pacientes presentaban historia previa definida de cardiopatía isquémica. La principal forma de presentación clínica del SCA fue Infarto sin elevación de ST en el 55% y con elevación de ST en el 45% de los casos. En la coronariografía y frente a los pacientes sin disfunción sistólica la enfermedad de TCI afecto a 33%, 1 vaso al 21%, 2 vasos al 48% y 3 vasos al 54%.

CONCLUSIONES: La disfunción sistólica en el contexto de un infarto de miocardio en nuestro medio es muy frecuente. Afecta predominantemente a mujeres y de edad media avanzada. La diabetes es el principal factor de riesgo, muy por delante de la HTA. La mayoría de los pacientes en nuestro registro presentaba antecedentes de cardiopatía isquémica y el infarto de miocardio sin elevación de ST fue el principal motivo de ingreso. La afectación multivascular fue más frecuente que en pacientes sin disfunción sistólica.

COMUNICACIÓN 124 IDENTIFICACIÓN DE LAS CAUSAS EN LOS REINGRESOS Y MORTALIDAD EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA. ¿TENEMOS POSIBILIDAD DE EVITARLOS?

Autores: Caballero Güeto J., Caballero Güeto Fco.J., Ulecia Martinez MA., Candel Delgado JM.

C. Trabajo: Hospital Universitario San Cecilio de Granada

INTRODUCCIÓN: Los registros hospitalarios europeos de Insuficiencia Cardíaca (IC) Imperial College School of Medicine, London y EuroHeartSurvey HeartFailure-I, muestran una incidencia de reingreso a 19 y 12 meses del 67 y 24%.

OBJETIVOS Y MÉTODOS: Revisamos todos los pacientes dados de alta en los últimos 14 meses en nuestro Servicio de Cardiología con el diagnóstico de IC y/o disfunción sistólica (573), al objeto de conocer las características basales y la mortalidad de los que precisaron al menos 1 reingreso el último año, analizamos el problema y se proponen mejoras.

RESULTADOS: Precisarón reingreso 144 pacientes (25%). La mortalidad intrahospitalaria fue del 6.3%. Características basales: Edad media 75 años (>80a el 32%). 56% ♂. FEVI deprimida el 71%. NYHA basal II 26% y III-IV 74%. Principales factores de riesgo: Diabetes 74%, HTA 79%, Dislipemia 64% y Tabaquismo 28%. Comorbilidad: EPOC 26%, Insuficiencia Renal 35%, ACV 17%. Etiología de la disfunción cardíaca: Isquémica 64%, Valvular 14%, Idiopática 18%, otras 4%. Motivo del reingreso: IC aguda (21%), IC crónica reanudada (30%), IC derecha (8%). Isquemia SCA-AI 26%, IAMSEST 29%, IAMEST 3%. Arritmia 18%, Infección 23%, Emergencia HTA 4% y otros/sin claro desencadenante 7%. Coronariografía realizada en algún momento en el 69% (lesiones no significativas 22%, 1 vaso 9%, 2 vasos 27%, 3 vasos 42% y TCI 6%). Fueron no revascularizables el 40%, una revascularización percutánea completa en 14% e incompleta en 22%, CABG en 2%.

CONCLUSIONES: El reingreso en pacientes con IC en cualquiera de sus estadios se acompaña de elevada mortalidad. Afecta principalmente a pacientes añosos y con comorbilidad importante. La isquemia miocárdica aguda es el principal desencadenante y, aunque la coronariografía se realiza frecuentemente, la mayoría son irrevascularizables. Un estricto control de los factores de riesgo cardiovascular modificables podría contribuir a mejorar el pronóstico, ya que los grades avances terapéuticos de los últimos años, ni evitan los nuevos SCA (resincronización) ni tienen ningún papel terapéutico en pacientes ya irrevascularizables (Stent recubiertos).

COMUNICACIÓN 125 INFLUENCIA DEL TAMAÑO DE LA VEGETACIÓN EN EL PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES CON ENDOCARDITIS INFECCIOSA

Autores: Gámez A., Castillo JC., Bonilla JL., Anguita M., Ruiz M., Delgado M., Mesa D., Romo E., Arizón JM., Suárez de Lezo J.

C. Trabajo: Hospital Reina Sofía. Córdoba

Tradicionalmente el tamaño de la vegetación ha sido considerado como un factor pronóstico en los pacientes con endocarditis infecciosa (EI) sin embargo este fenómeno no ha sido validado en series recientes. El objetivo de este estudio es analizar las características clínicas y pronósticas de pacientes con EI no adictos a drogas por vía parenteral atendidos en nuestro hospital en los últimos 20 años en relación con el tamaño de la vegetación. Durante el período del estudio se detectaron vegetaciones en el ecocardiograma en 213 pacientes de 288 pacientes: 94 (44%) tenían una vegetación ≤ 10 mm (grupo A) y 119 (56%) tenían vegetaciones 20 años: mayor de 10 mm (grupo B). La edad media fue similar en ambos grupos (51.7 en el grupo B). No hubo diferencias en cuanto a la edad, \pm en el grupo A y 54 sexo o episodios previos de EI. Hubo una mayor proporción de EI sobre válvula nativa en el grupo B (82% vs 18%, $p < 0.001$) y alternativamente una mayor proporción de EI sobre prótesis en el grupo A (39% vs 61%, $p < 0.001$). Los episodios de EI en pacientes sin cardiopatía predisponente fue mayor en el grupo B (42% vs 29%, $p < 0.03$). La válvula afectada, la tasa de hemocultivos negativos y el germen responsable fueron similares en ambos grupos. Como era de esperar, la sensibilidad del ecocardiograma transtorácico fue mayor en el grupo B (87% vs 57%, $p < 0.001$) así como la tasa de complicaciones severas durante la fase activa (82% vs 62%, $p < 0.002$). La tasa de insuficiencia cardíaca (63% vs 33%), sepsis persistente (31% vs 17%) y abscesos (20% vs 4%) fue mayor en los pacientes del grupo B, $p < 0.001$. Sin embargo, la tasa de embolismos periféricos fue similar en ambos grupos (17% y 20% respectivamente). Los pacientes del grupo B necesitaron cirugía durante la fase activa con mayor frecuencia (66% vs 41%, $p < 0.001$), generalmente con carácter electivo. Las razones más frecuentes de cirugía en la fase activa fueron la insuficiencia cardíaca y la sepsis persistente. La mortalidad durante la fase activa de la enfermedad fue similar en ambos grupos (19% en grupo A y 24% en grupo B). La supervivencia global al año y a los 5 años fue del 93% y del 79% en los pacientes del grupo A y del 96% y del 86% en los pacientes del grupo B, $p = NS$. En conclusión, aunque los pacientes con vegetaciones grandes tienen mayor riesgo de complicaciones severas que precisan con mayor frecuencia de cirugía en la fase activa, el pronóstico es similar a aquellos con vegetaciones más pequeñas. Por tanto, el tamaño de la vegetación parece no influir en el pronóstico de los pacientes con EI.

COMUNICACIÓN 126 ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN LA MUJER: RESULTADOS DE UNA SERIE DE 288 CASOS

Autores: Bonilla JL., Castillo JC., Gámez A., Anguita M., Delgado M., Ruiz M., Crespín M., García D., Arizón JM., Suarez de Lezo J.

C. Trabajo: Hospital Reina Sofía. Córdoba

Las características clínicas y el pronóstico de la endocarditis infecciosa (EI) ha sido ampliamente estudiado sin embargo disponemos de poca información sobre las diferencias en cuanto a género. El objetivo del presente estudio es analizar las características clínicas y el pronóstico de las mujeres con EI atendidas en nuestra institución en los últimos 20 años. Durante el período de estudio, 288 pacientes no adictos a drogas por vía parenteral diagnosticados de EI fueron tratados en nuestro centro; 104 pacientes (36%) eran mujeres. La edad media fue 21 en mujeres). No hubo 18 años en hombres y 52 en mujeres en ambos grupos (50 diferencias en cuanto a número de episodios previos de EI, puerta de entrada o tipo de EI (EI sobre válvula nativa 72% en hombres y 64% en mujeres). La incidencia de EI sobre prótesis precoz y tardía fue similar en ambos grupos (EI sobre prótesis precoz 42% en hombres y 49% en mujeres). En relación a la lesión predisponente, la enfermedad reumática fue más frecuente en la mujer (38% vs 25%) y la enfermedad valvular degenerativa en el hombre (29% vs 17%, $p < 0.05$). La infección se localizó con mayor frecuencia en la válvula mitral en la mujer (54% vs 39%, $p < 0.01$) y en la válvula aórtica en el hombre (50% vs 29%, $p < 0.01$). La tasa de hemocultivos negativos fue similar en ambos grupos de pacientes (11% en hombres y 15% en mujeres) y no hubo diferencias significativas en cuanto al germen causal. El ecocardiograma detectó vegetaciones en similar proporción (90% en hombres y 92% en mujeres). La tasa de complicaciones severas durante la fase activa fue similar en ambos grupos (73% en hombres y 76% en mujeres) así como la tasa de insuficiencia cardíaca (47% vs 42%), embolismos (22% vs 21%), abscesos (12% vs 11%) y complicaciones neurológicas (17% vs 18%). Las mujeres se intervinieron con menor frecuencia durante la fase activa de la enfermedad (44% vs 58%, $p < 0.03$) y hubo una tendencia a una mayor mortalidad precoz en las mujeres sobre los hombres (24% vs 20.7%, $p < 0.1$). La supervivencia al año y a los 5 años fue similar en ambos grupos (93% al año y 85% a los 5 años en hombres y 93% y 83% en las mujeres). En conclusión, las características clínicas de la EI son similares en hombres y mujeres, sin embargo las mujeres se operan con menor frecuencia a pesar de una tasa similar de complicaciones severas durante la fase activa. La mortalidad de las mujeres con EI tiende a ser superior a la de los hombres.



COMUNICACIÓN 127 CARDIOPATÍAS ASOCIADAS A DISFUNCIÓN TIROIDEA

Autores: A. Felices Nieto. M.J. Castillo Moraga. M.J. García Ramos. A. Agarrado Luna. F. García Arbolea. A. Días de López Díaz. JM Hernández Díaz. C. Pérez Muñoz. C. Tejuca Marengo. R. Valdívias Gutiérrez. A. Martín Santana. E. González Caballero. J. Oneto Otero. JS. Varga Machuca.
C. Trabajo: Hospital del SAS de Jerez Frontera

INTRODUCCIÓN: La disfunción tiroidea puede provocar manifestaciones cardiovasculares diversas reconocidas clásicamente. Sin embargo a veces puede dar lugar a asociaciones inusuales, tal como las que presentamos en la presente comunicación. **Caso 1.-** Varón de 58 años de edad con dislipemia y episodios de fibrilación auricular (FA) paroxística. Ingresó por FA persistente rápida asociada a insuficiencia cardíaca. El perfil hormonal era hipertiroidismo. La ecocardiografía mostró una FE del 38%. Se instauró tratamiento con antihipertiroidismo, betabloqueantes, digoxina y diuréticos. Dos meses después se logró controlar la frecuencia cardíaca y normalizar la fracción de eyección. **Caso 2.-** Varón de 49 años de edad, hipertenso. Acudió al hospital por ansiedad y pérdida ponderal de 10 Kg de peso en 2 meses. Un ECG de rutina mostró una corriente de lesión subepicárdica en derivaciones inferiores. El cateterismo evidenció espasmo en la arteria coronaria derecha distal. La bioquímica evidenció un perfil hipertiroidismo y la ecocardiografía una hipertrofia concéntrica moderada de VI y contractilidad hiperdinámica. El Holter registró dos episodios de isquemia subepicárdica transmural silentes. Se instauró tratamiento con antihipertiroidismo, calcioantagonistas, nitratos y betabloqueantes. Progresivamente fue desapareciendo la situación de tirotoxicosis y en el holter de control no se evidenciaron más episodios isquémicos. **Caso 3.-** Mujer de 61 años de edad con hipertensión arterial e hipotiroidismo primario. Ingresó por astenia intensa y anorexia. La bioquímica reveló un perfil hipotiroidismo. En el ECG destacaba una disminución generalizada del voltaje y en la ecocardiografía una hipertrofia moderada y global de ambos ventrículos con función sistólica y diastólica normales. El incremento de la dosis de L-tiroxina provocó normalización del perfil hormonal, recuperación del voltaje del QRS y regresión de la hipertrofia ventricular.

CONCLUSIONES: Estos tres casos ilustran asociaciones infrecuentes tales como la miocardiopatía hipertiroidica potenciada por taquimiocardiopatía, la angina vasoespástica asociada a tirotoxicosis y la miocardiopatía hipertrófica reversible asociada a hipotiroidismo.

COMUNICACIÓN 128 MODIFICACIÓN DE LOS COMPONENTES DEL SINDROME METABÓLICO TRAS REHABILITACIÓN CARDÍACA.

Autores: A.J. Fernández Romero; M. Sánchez Reina; J.A. Mora Pardo; A.I. Martín González; R. Picón Heras; B. Prado Gotor; M. Padilla Pérez; J. Castillo Gómez*; R. Vázquez García; L. Pastor Torres
C. Trabajo: Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla. * Servicio de Bioquímica, Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla

INTRODUCCIÓN: El Síndrome Metabólico (SM) conlleva un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular y diabetes. Su base etiopatogénica es la resistencia insulínica motivada por obesidad abdominal.

OBJETIVO: Determinar el efecto de la RhC en los componentes del SM, en comparación con un grupo control con SM no rehabilitados

MÉTODOS: Estudio de casos y controles en pacientes con un SCA reciente (>1mes) y diagnóstico de SM por la NCEP-ATP III. Un grupo realiza la fase 2 de la RhC durante 3 meses (32 sesiones de ejercicio+psico terapia+charlas educacionales). Al inicio y fin de esta fase 2 (o en periodo similar en el grupo control) se comprueban todos los componentes del SM. Todos recibieron 40 mg diarios de atorvastatina

RESULTADOS: Se estudiaron 41 pacientes consecutivos que hicieron RhC, y 15 controles consecutivos. Las características basales difieren en: varones 97% en grupo RhC vs 73,4 % en control; edad media 56 vs 63 años; HTA 63% vs 30%, DM 50% vs 33%, fumadores 51% vs 27%, APTC 68% vs 53,3%, Bypass 9,7% vs 6,6%. IAM previo igual % (24%). Destacamos el alto uso de betabloqueantes (97% vs 93,3%) e IECAs-ARA II (82% vs 80%) así como >95% de antiagregación. A continuación se exponen la media de las diferencias de las variables al inicio y fin del estudio y su comparación por la t de student para muestras independientes entre el grupo de RhC y el control. n°componentes SM: -0,31(RhC) vs -0,27 (control), p= 0,85 Perímetro abdominal(cm): -1,53 vs -1,35. p= 0,9 Glucemia basal(mg/dl): -5 vs -3,2. p= 0,85 T.A.Sistólica(mmHg): -6,95 vs +1,8. p= 0,2 T.A. Diastólica(mmHg): -3,4 vs +3,5. p= 0,007 HDLc(mg/dl): +1,05 vs -1,5. p= 0,19 TG(mg/dl): -19,2 vs -35,2. p= 0,68 En los pacientes rehabilitados mejoran todos los componentes del SM, mientras que en los controles empeoran la tensión arterial y el HDLc, aunque la mejoría en TG es mayor que en los rehabilitados.

CONCLUSIONES: En nuestro estudio, la RhC provoca una mejoría de todos los componentes del SM; siendo significativa la mejoría con respecto al grupo control en el control de la tensión arterial diastólica. Se requiere aumentar el tamaño muestral para homogeneizar los grupos y comprobar el grado de ejercicio físico que realiza el grupo control.

COMUNICACIÓN 129 EFICIENCIA Y SEGURIDAD DE LA FIBRINOLISIS CON R-TPA EN LAS TROMBOSIS PROTÉSICAS.

Autores: Fernández-Vivancos Marquina C.; Fernández-Armenta Pastor J.; Hidalgo Urbano R.; Almendro Delia M.; González-Valdayo López M.; Alba Sanchez M.; Cerrato García P.; Cruz Fernández J.M.
C. Trabajo: Servicio de Cardiología Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

OBJETIVOS: Valorar la eficiencia y seguridad del tratamiento fibrinolítico en las trombosis producidas sobre las prótesis valvulares metálicas.

METODOLOGÍA: Presentamos una serie de 5 pacientes que sufrieron un total de 8 episodios de trombosis protésica en nuestro hospital entre 1992 y 2005. Uno de los 5 pacientes presentó a lo largo del tiempo 2 episodios de trombosis protésica, y otro paciente acumuló 3 episodios. Revisamos la localización y tipo de la prótesis, antigüedad de la misma, los síntomas de presentación, tratamiento recibido, efectividad del mismo y complicaciones. Todos los pacientes recibieron tratamiento fibrinolítico.

RESULTADOS: Nuestra serie de pacientes presentó una edad media de 53,6 años. La antigüedad de la prótesis en el momento de la trombosis osciló entre 6 meses y 19 años, estando la mediana en 7 años. Sólo en uno de los casos se trató de una prótesis de válvula mitral, siendo en los otros 7 episodios (En 2 pacientes en una ocasión, 1 en 2 y en otro en 3) la tricúspide la afectada. La sustitución valvular realizada en su momento fue triple (mitral, aórtica y tricúspide) en 3 de los pacientes, doble (M y T) en uno y sólo mitral en otro. La clínica fue de disnea y empeoramiento de la clase funcional en la mayoría de los casos. El fibrinolítico usado fue el rTPA en todas las ocasiones, en la pauta de administración habitual. Se evaluó la efectividad del tratamiento por la mejoría sintomática y la medición de los gradientes máximo y medio transprótesis mediante estudio Doppler, objetivándose éxito del procedimiento en todos los casos, tanto desde el punto de vista clínico como ecocardiográfico. Se objetivó sangrado (en los puntos de punción) que precisó trasfusión de concentrados de hemáties en dos ocasiones, no presentándose sangrado letal en ninguna ocasión. No hubo complicaciones de tipo AVC isquémico ni hemorrágico.

CONCLUSIÓN: Las complicaciones tromboembólicas de las prótesis valvulares metálicas suponen una importante causa de morbimortalidad. Su incidencia varía según las series, oscilando entre 0.03-6% pacientes / año en las prótesis mitral y aórtica, y hasta un 20 % en las situadas en posición tricúspide. Normalmente la disnea es el síntoma predominante, como así se objetivó en nuestra serie, y el ETT la prueba diagnóstica de elección. En nuestra serie se alcanzó el éxito en todas las fibrinolisis realizadas, con una tasa de sangrado del 25%, sin que este haya puesto en peligro la vida del paciente en ninguna ocasión.

COMUNICACIÓN 130 CORRELACIÓN DE RETINOPATÍA ARTERIAL Y CORONARIOPATÍA

Autores: J.A. Cano Nieto, C. Mañas Uxo, R. Peñafiel Burkhardt, A. Cordero Aguilar, A. Esteban Luque, J. Pérez Ruiz, M. De Mora Martín, F. Malpartida De Torres
C. Trabajo: Hospital Regional Universitario Carlos Haya

INTRODUCCIÓN: las enfermedades cardiovasculares tienen expresión clínica en diferentes territorios del organismo. Actualmente el enfoque de estas enfermedades es global, teniendo en cuenta que la enfermedad arterioesclerótica puede tener multitud de expresiones clínicas como la cardiopatía isquémica, nefroangiosclerosis, enfermedad vascular cerebral o la arteriopatía periférica. Un paciente que sufre una de las expresiones de estas enfermedades, tiene un riesgo elevado de que otros territorios del organismo estén afectados de la enfermedad. Para el estudio de estas enfermedades existen técnicas no invasivas que apoyan el diagnóstico, una de ellas es el estudio de la retina para observar la afectación vascular.

OBJETIVOS: Estudiar la correlación entre los diferentes marcadores de riesgo vascular determinados y la arteriopatía coronaria.

MATERIAL Y MÉTODOS: Tipo de estudio: Estudio de tipo observacional a partir de una muestra tomada de los pacientes ingresados, recogiendo los datos del cateterismo cardíaco diagnóstico realizado por sospecha de enfermedad coronaria u otra patología cardíaca. Tras la realización del cateterismo se efectuarán a los mismos pacientes un estudio de fondo de ojo. Se incluyeron pacientes ingresados en Cardiología que se realizaron cateterismo por sospecha de cardiopatía isquémica. Recogida de datos: a) Historia clínica y exploración física. b) Datos angiográficos: tipo y número de vasos afectado y porcentaje de estenosis coronaria. c) Datos oftalmológicos. Se clasificaron en tres grupos: 1. Normal. 2. Alteraciones vasculares focales: signos de cruce arteriovenosos aislados y atenuación arterial focal. 3. Alteraciones vasculares difusas: signos de cruce arteriovenosos difusos, atenuación arterial difusa y tortuosidad vascular. Análisis estadístico: los datos recogidos serán tabulados y analizados en el estadístico SPSS 12.0 obteniendo las frecuencias y los niveles de asociación.

RESULTADOS: tras el análisis de los datos, se concluye que de los 29 pacientes, 16 tenían lesiones de 2, 3 coronarias o tronco común y alteraciones vasculares difusas. 6 pacientes no tenían lesiones coronarias o eran monovasos y no tenían alteraciones en el fondo de ojo.

**COMUNICACIÓN 131****BENEFICIOS DE LA FASE II DE LA REHABILITACIÓN CARDÍACA HOSPITALARIA FRENTE A LA DOMICILIARIA**

Autores: Fernández Romero A.J.; Prado Gotor B.; Padilla Pérez M.; Mora Pardo J.A.; Reina Sánchez M.; Martín González A. I.; León Jiménez J.; Infantes Ormad M.; Villagómez Villegas D.; Almeida González C*.; Vázquez García R.; Pastor Torres L.

C. Trabajo: Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla. * Unidad de Estadística e Investigación. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla

INTRODUCCIÓN: La fase 2 de la Rehabilitación Cardíaca (RC) se puede realizar en un centro hospitalario (RC-H) con mayor actuación sobre el entrenamiento físico o de manera domiciliaria (RC-D) marcando pautas de ejercicio y educación sanitaria

OBJETIVOS: Demostrar que la RC-H ofrece mejoras en la morbimortalidad cardiovascular (cv) y función ventricular izquierda (FEVI).

MATERIAL Y MÉTODOS: Evaluación retrospectiva por registro hospitalario de la morbimortalidad cv y de la FEVI de 153 pacientes rehabilitados en nuestra unidad desde 1994. De ellos, 104 realizaron RC-H y 49 RC-D. Las características basales difieren en: edad al ingreso en RC (54,8 en RC-H vs 65,5 años en RC-D), sexo (♂ 84,4% vs 77,6%), IAM previo (13,7% vs 24,5%) y EPOC (10,3% vs 17,8%). El motivo de ingreso en RC fue: Angina Inestable 39,2% vs 40,8%, IAM 43,1% vs 42,9% e IC 3,9% vs 8,2%. La revascularización percutánea fue más frecuente en el grupo RC-H (43,1% vs 22,9%), y similar la quirúrgica (6,9% vs 6,1%) con alto % de revascularización incompleta (45,5% vs 40%). El tratamiento médico al ingreso en RC difieren en el uso de betabloqueantes (86% vs 61,2%), estatinas (78% vs 61,2%), IECA-ARA II (58% vs 73,4%) y nitratos (38,4% vs 53,1%)

RESULTADOS: El % de ingresos preRC en el grupo RC-D fue mayor: 42,6% vs 55,1% (p=0,001) (por causa cv fueron el 81,9% y 89,2% respectivamente). Hubo 3 muertes (2,8%) en RC-H (edad media 76 años) frente a 7 en RC-D (14,3%) (edad media 73 años). La tasa de reingresos postRC fue de 35,6% en RC-H vs 63,3% (p=0,001), lo que confiere 3,2 veces más riesgo de reingresar en el grupo RC-D. Los reingresos fueron más tardíos en grupo RC-H: 1,82(2,5) años vs 1,38(1,78) años en grupo RC-D. En ambos grupos, el 71% de reingresos fue por causa cv, (nuevo Bypass 8,3% vs 3,3%, nuevo ICP 22,2% vs 26,7%). Analizamos la evolución de la FEVI antes y justo después de la RC. En el grupo RC-H hubo una variación ligeramente positiva: +4,6(10,4)% mientras que fue negativa en grupo domiciliario: -0,08(7,5)% (p=0,039)

CONCLUSIONES: En nuestro estudio, la fase II de la RC-H ofrece ventajas, con respecto a la RC-D, significativas en mortalidad, reingresos y mejoría de la FEVI. Se requiere aumentar el tamaño muestral para homogeneizar los grupos

COMUNICACIÓN 132**MEJORÍA DE LA MORBIMORTALIDAD CARDIOVASCULAR TRAS REHABILITACIÓN CARDÍACA**

Autores: Fernández Romero A.J.; Prado Gotor B.; Padilla Pérez M.; Mora Pardo J.A.; Reina Sánchez M.; Martín González A. I.; León Jiménez J.; Infantes Ormad M.; Villagómez Villegas D.; Almeida González C*.; Vázquez García R.; Pastor Torres L.

C. Trabajo: Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla. * Unidad de Estadística e Investigación. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla

INTRODUCCIÓN: La Rehabilitación Cardíaca (RC) ha demostrado ser una de las armas terapéuticas más eficaces en prevención secundaria

OBJETIVOS: Demostrar que la RC en nuestra área ofrece mejoras en la morbimortalidad cardiovascular (cv) y función ventricular izquierda (FEVI)

METODOLOGÍA: Evaluación retrospectiva por registro hospitalario de 105 pacientes rehabilitados en nuestra unidad (con fase 2 hospitalaria) desde 1994, frente a 69 pacientes controles consecutivos dados de alta por Cardiología en el 2000 y <75 años. Las características basales difieren en: Edad inclusión (54,2 en RC vs 61,8 años en controles), DM (21% vs 43,4%), DLP (53,3% vs 66,7%), fumadores (37,1% vs 18,8%) cardiopatía isquémica previa (30,4% vs 63,7%). El motivo de ingreso en RC o grupo control fue: Angina Inestable 38,1% vs 82,6%, IAM 53,3% vs 11,6% e IC 3,8% vs 4,3%. La revascularización percutánea fue más frecuente en los rehabilitados (41,9% vs 18,8%), e igual la quirúrgica (5,75%) con alto % de revascularización incompleta (28,6% vs 36,2%). El tratamiento médico al ingreso en RC o control difieren en el uso de betabloqueantes (82% vs 59,4%), estatinas (74,3% vs 69,6%), y nitratos (36,2% vs 68,1%) y antagonistas del calcio (19% vs 61%). Se usaron IECA-ARA II por igual en ambos grupos (57%)

RESULTADOS: El % de ingresos previos al estudio fue mayor en el grupo control: 59,4% vs 41% (por causa cv fueron el 82,9% y 95% respectivamente) El seguimiento medio fue de 63,5(24,3) meses en RC y de 74,1(16,4) meses en grupo control. Hubo 3 muertes (2,8%) en RC (edad media 76 años) frente a 7 en grupo control (10%) (edad media 73 años). La tasa de reingresos posteriores fue de 35,2% en RC vs 69,6%, siendo por causa cv el 81,4% y 89,1% respectivamente (p=0,383) (nuevo Bypass 2,9% vs 1,4%, nuevo ICP 7,6% vs 15,9%). Analizamos la evolución de la FEVI pre y post RC. En el grupo RC hubo una variación ligeramente positiva: +4,6(10,4)% mientras que fue negativa en grupo domiciliario: -0,7(11,4)% (p=0,022)

CONCLUSIONES: En nuestro estudio, la RC ofrece ventajas significativas en mortalidad, reingresos y mejoría de la FEVI. Se requiere aumentar el tamaño muestral para homogeneizar los grupos ya que el grupo control parece ser de mayor riesgo cardiovascular

COMUNICACIÓN 133**ECOCARDIOGRAFÍA EN EL IAM. ¿QUE FACTORES INFLUYEN PARA SU REALIZACIÓN EN LA FASE AGUDA? ANÁLISIS DEL REGISTRO ARIAM.**

Autores: Karim Chibouti Bouichrat, Miguel Ángel Ulecia Martínez, Manuel Ruíz Bailen, Juan Miguel Torres Ruíz, Julia Caballero Güeto.

C. Trabajo: Hospital Clínico San Cecilio y Complejo Hospitalario de Jaén

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La ecocardiografía en la fase crítica del Infarto Agudo de Miocardio (IAM) es de gran utilidad para valorarlo hemodinámicamente y detectar complicaciones. Nuestro propósito ha sido analizar las características de los pacientes a los que se les realiza ecocardiografía durante la fase aguda en las Unidades de Cuidados Intensivos de Cuidados Coronarios (UCI/UCC) por IAM.

METODOLOGÍA: Estudio de cohortes retrospectiva con inclusión de 55882 pacientes del registro ARIAM diagnosticados de IAM (junio de 1996 a junio de 2006), y un seguimiento limitado a la estancia en la UCI/UCC. Se realizó estudio univariante y multivariante a todos los pacientes que se les practicó ecocardiografía para evaluar factores predictores de su realización.

RESULTADOS: Se hicieron ecocardiografía en 13826 (24,7%). La mortalidad de los pacientes a los que no se les realiza ecocardiografía fue del 5,7% frente a un 12% que no. Se realizan más en el fallo cardiaco (shock cardiogénico 47,9%). El estudio multivariante mostró que las variables que permanecían asociadas a la realización de ecocardiografía fueron: Edad OR = 0,985 [0,983-0,987], Killip 2, OR 1,859, [1,728-2,001], Killip 3 OR = 2,562 [2,33-2,80], Killip 4 OR = 2,051 [1,797-2,341], IAM no Q, ST elevado OR = 0,70, [0,63-0,76], IAM ST descendido OR = 0,761, [0,67-0,86], IAM inferior OR = 0,808 [0,76-0,85], Fracaso cardiaco derecho OR = 1,897 [1,63-2,20], Shock cardiogénico OR = 1,69 [1,51-1,90], bloqueo auriculoventricular OR = 1,41 [1,28-1,57], implante de Swan-Ganz OR = 3,99 [3,31-4,80], IECAS OR = 1,57 [1,49-1,66].

CONCLUSIONES: La ecocardiografía se practicó en una subpoblación de alto riesgo, representada por pacientes más jóvenes, varones, con factores de riesgo cardiovascular, en IAM anteriores con onda Q, ante fracaso cardiaco derecho, con antecedentes de cardiopatía isquémica, con mayor Killip y Kimball, con la administración de IECA, ante arritmias y en shock cardiogénico.

COMUNICACIÓN 134**SEGURIDAD Y CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO DE LA DOBLE ANTIAGREGACIÓN EN PACIENTES ANTICOAGULADOS**

Autores: Fernández Romero A.J.; Peña Rodríguez A.; Valenzuela García L.F.; Calvo Jambrina R.; Guzmán Ruiz O.; Fernández-Armenta Pastor J.; Fernández-Vivancos Marquina C.; Cózar León R.; Cruz Fernández J.M.

C. Trabajo: Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

OBJETIVOS: Valorar la adhesión y seguridad de un tratamiento que asocia AAS, clopidogrel y anticoagulación oral (triple terapia)

METODOLOGÍA: Evaluación retrospectiva a través del registro hospitalario, visita médica y seguimiento telefónico de pacientes consecutivos a los que se indica triple terapia desde un servicio de cardiología. Se valoraron las complicaciones hemorrágicas según los criterios TIMI. Se consideró periodo correcto de tratamiento cuando se mantuvo la triple terapia al menos 1 mes para stents convencionales y 3-6 meses para stents farmacoactivos y periodo excesivo cuando se mantuvo la triple terapia más de 12 meses. El control trombológico se estimó adecuado cuando al menos el 50% de los INR estaban entre 2-3

RESULTADOS: Desde Marzo de 2004 hemos evaluado a 42 9,2 años (54,8% mayores de 75 años). Durante ± pacientes con edad media de 73,1 190,7 (rango 22-810) días, el tiempo en riesgo ± un seguimiento medio de 285,4 175,1, (15-690) días. Se indicó ACO por ± con la triple terapia ha sido 210,8 F.A. en 78,6% y doble antiagregación (AAS 100mg y Clopidogrel 75mg diarios) por ICP en 90,5%. Cinco pacientes (11,9%) fallecieron por causa cardiovascular: 1 AVC hemorrágico, 1 ICC y 3 IAM. Presentaron sangrado mayor 3 casos (7,1%), sangrado menor 11 casos (26,2%) y anemización sin sangrado 4 casos (9,5%). La triple terapia se interrumpió tras un periodo correcto en 13 pacientes (30,9%) y antes de lo deseado en 6 (14,3%): la mitad de ellos sin causa justificada. En el momento de la revisión 19 casos pacientes continuaban con la triple terapia, considerándose un periodo excesivo en 9 casos (21,4%). En los 23 pacientes (54,8%) en quienes conseguimos valorar de forma adecuada el 1,0 (rango ± control trombológico, la periodicidad de sus controles fue de 3,46 de 2-6) semanas y sólo 9 (39,1%) tuvieron un control adecuado. No encontramos predictores de sangrado o anemización en el seguimiento aunque los pacientes c.on control adecuado de INR presentan una tendencia no significativa a un menor sangrado (22,2% vs. 35,7%, p 0,657) y menos anemia (0,0% vs. 7,1%, p 1,0)

CONCLUSIÓN: La tasa de sangrados en pacientes con triple terapia es alta. Es fundamental garantizar un seguimiento adecuado de estos pacientes



COMUNICACIÓN 135

COMPORTAMIENTO DEL GRD 143 (DOLOR TORÁCICO) EN 2002 PARA ANDALUCÍA EN LOS MAYORES DE 45 AÑOS

Autores: García Torrecillas JM, Ortega Martos F, Lea Pereira M^oC, Aznar Lara JM^a, Gómez Navarro C.

C. Trabajo: Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería.

OBJETIVOS: Principal: Evaluar el comportamiento del GRD 143 (Dolor torácico no coronario) en Andalucía durante el año 2002 en mayores de 45 años. Secundarios: Determinar la variabilidad en función del sexo y los factores asociados a estancia superior a la media.

DISEÑO: Descriptivo, transversal, no concurrente.

MATERIAL Y MÉTODOS: Todos los pacientes mayores de 45 años ingresados en Andalucía calificados de GRD 143 –dolor torácico– durante 2002. Fuente: CMBD 2002. Variables principales: edad, sexo, estancia, número de diagnósticos al alta (NDA), número de procedimientos (NP), estancia superior a la media (ESM).

RESULTADOS: 2202 0.29 varones, \pm 0.30 mujeres vs 61.73 \pm ingresos (54.4% varones). Edad –años–: 63.88 \pm 0.13 varones, \pm 0.15 mujeres vs 5.74 \pm 0.0001. Estancia –días–: 6.44 \pm 0.001. Ingresos urgentes 96.5%. Tasa exitus: 0.5%. Procedencia: Seguridad 0.41 \pm 0.52 varones, NS. NP: 1.32 \pm 0.57 mujeres vs 4.35 \pm Social 93.7%. NDA: 4.31 0.38 varones, NS. El 38.2% de mujeres tienen ESM vs un 29.8% de \pm mujeres vs 1.32 varones, $p < 0.0001$. Franja etaria 65 a 74 años: el 34.7% de los que tienen ESM pertenecen a ella vs un 29.3% de los que no tienen ESM, $p < 0.001$. Un 58.7% de 5 diagnósticos vs un 42.3% en el grupo sin ESM, $p \geq$ ESM tienen < 0.0001 . No hay diferencias por sexo en cuanto a la tasa de exitus.

CONCLUSIONES: Ingresan por dolor torácico no coronario más varones; la edad y estancia media son superiores en el grupo de mujeres, sin diferencias en la tasa de exitus, NP ni NDA. Se asocia a ESM pertenecer a la franja etaria 65 a 74 años y tener más de 5 diagnósticos al alta.

COMUNICACIÓN 136

SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN POBLACIÓN JOVEN: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E INFLUENCIA DEL SEXO

Autores: Gutiérrez Barrios Alejandro, Cabeza Lainez Pedro, Gallego Peris Jorge, García de la borbolla Rafael, Egea Serrano Pilar, Gamaza Chulian Sergio, Sancho Jaldon Manuel

C. Trabajo: Cádiz

Revisamos 65 pacientes menores de 40 años con síndrome coronario agudo desde el año 2000. El 86% eran varones, el 70% fumadores, 46% dislipémicos, 28% obesos, 28% hipertensos y 14% diabéticos. El 89% no presentaban antecedentes familiares de infarto o cardiopatía isquémica y sólo un 5% dislipemia familiar. Se manifestó como IAM en el 80%, con ascenso del ST en el 66% e IAM no Q en el 15%. La localización fue anterior en el 39%, se realizó coronariografía en el 94%, con una media de vasos afectados de 1.3 \pm 0.8. Se efectuó trombolisis en el 38%, ACTP primaria en 13%, angioplastia de rescate en 20% y angioplastia diferida en 60%. No se realizó intervencionismo en el 6% de los pacientes. La afectación coronaria predominante fue la arteria descendente anterior en un 56%; la coronaria derecha en un 42% y la circunfleja en el 18%. Se implantó stent en el 76%, recibieron tratamiento farmacológico el 20% y quirúrgico el 3%. En el seguimiento a 30 meses se registra una muerte de causa no cardíaca, 8 reinfartos y 15 casos que precisaron nueva coronariografía, encontrándose un 27% de reestenosis, nueva lesión en el 33% y 27% sin lesiones significativas. Durante este seguimiento el 71% están asintomáticos, el 10% han presentado dolor torácico con ergometría negativa, 3.5% angor de esfuerzo y 3.5% otras molestias. Analizamos y comparamos además, las características de los varones frente a las mujeres, encontrando que la edad de presentación y el consumo de tabaco fue similar en ambos grupos. Respecto a los factores de riesgo, hubo mayor proporción de HTA, DLP y DLP familiar en los varones. La presencia de antecedentes familiares de cardiopatía isquémica fue mayor en el sexo femenino. La presentación clínica predominante fue el IAM con elevación del ST en ambos grupos y la trombolisis se empleó por igual en varones y mujeres, pero curiosamente se hizo angioplastia primaria en 22% de mujeres frente al 11% de varones. El vaso responsable revascularizado predominante fue la DA en ambos grupos seguido de la CD en varones y CD y CX en igual porcentaje en las mujeres. Se implantó Stent en 77% de los varones y en el 100% de las mujeres sometidas a cateterismo.

COMUNICACIÓN 137

PREDICTORES DE MORTALIDAD CARDÍACA DEL TRATAMIENTO DEL TRONCO CORONARIO NO PROTEGIDO

Autores: Cubero Gómez JM., Molano Casimiro FJ., Pérez-Santigosa PL., Sánchez Burguillos FJ., Fernández A., Pastor Torres L.

C. Trabajo: Hospital Virgen de Valme, Sevilla.

INTRODUCCIÓN: El abordaje terapéutico del tronco coronario es complejo, actualmente la cirugía de revascularización coronaria (CC), es el tratamiento de elección. El objeto de este estudio es analizar los tres tipos de tratamientos: el médico (TM), la CC y el intervencionismo percutáneo (ICP) aplicados a nuestros pacientes (p) en relación a la "intención a tratar" y medir sus resultados.

METODOLOGÍA: De Septiembre del 2004 a Agosto del 2006 se diagnosticaron 81 lesiones (LS) de 10 años; 49% \pm tronco coronario en 81p: 66.7% hombres; edad media 67,5 diabéticos. La enfermedad multivasa se presentó en el 77,8%. La localización fue el 28,4% en ostium-cuerpo y 71,6% en tronco distal. La fracción de eyección (FE) 13,3. Fueron revascularizados de urgencias el 13,6% y presentaron shock \pm de 54,5 cardiogénico el 4,9%.

RESULTADOS: Se trataron mediante ICP 40p (49,4%), de los que 18p (45%) no eran candidatos para CC, todas las LS fueron tratadas mediante stents farmacológicos, mediante CC 31p (38,3%) y por TM 10p (12,3%). El grupo ICP presentaba un perfil de más riesgo que el CC, con Euroscore de 6,2 vs 4,1 ($p < 0,01$). Las complicaciones mayores relacionadas periprocedimiento fueron IAM no Q en 1p (2,5%) de ICP y 1p Exitus (3,2%) en CC. La mortalidad hospitalaria fue del 7,5% vs 6,5% vs 10% (ICP vs CC vs TM). En el seguimiento a 6 meses, la mortalidad por todas las causas fue 15% vs 16,1% vs \pm largo plazo (11 40% (ICP vs CC vs TM). La mortalidad por causa cardíaca fue 10% vs 9,7% vs 40% (ICP vs CC vs TM), con diferencias significativas ($p < 0,03$) entre el grupo de TM y los tratamientos de revascularización. En el análisis multivariado mediante regresión logística fueron predictores independientes de mortalidad cardíaca, la FE con un Odds Ratio (OR) de 0,92 (95%IC 0,85-0,99; $p < 0,03$), Euroscore OR: 1,37 (95%IC 1,1-1,8; $p < 0,04$), y el número LS tratadas (NLS) OR: 0,58 (95%IC 0,34-0,97).

CONCLUSIONES: Tanto el ICP como la CC, tienen una alta tasa éxito periprocedimiento, con similar resultados en la mortalidad cardíaca a medio plazo, a pesar de existir diferencias en el perfil de los dos grupos; siendo los principales predictores de mortalidad la función ventricular deprimida, el Euroscore y el NLS.

COMUNICACIÓN 138

STENT FARMACOACTIVO EN EL TRATAMIENTO DEL TRONCO CORONARIO NO PROTEGIDO

Autores: Cubero Gómez JM., Pérez-Santigosa PL., Molano Casimiro FJ., Sánchez Burguillos FJ., Fernández A., Pastor Torres L.

C. Trabajo: Hospital Virgen de Valme, Sevilla.

INTRODUCCIÓN: La llegada de los Stents farmacológicos, ha revolucionado el campo del intervencionismo percutáneo coronario (ICP), con una mejoría clara en la tasa de reestenosis, dado los buenos resultados publicados en distintas series, se ha extendido el uso de estos dispositivos, y actualmente es generalizado el implante de estos dispositivos en el tratamiento del tronco coronario. El objeto de este estudio es analizar los resultados (muerte, infarto y nueva revascularización del vaso) del los Stents farmacológicos en el Tronco Coronario.

METODOLOGÍA: De Septiembre del 2004 a Agosto del 2006 se trataron 43 lesiones (LS) de tronco coronario en 43 pacientes (p), 19p (44,2%) no eran candidatos para CC: 67,4% hombres; edad 8 años; 48,8% diabéticos. La enfermedad multivasa se presentó en el \pm media 67,6 76,7%. La localización fue el 23,3% en ostium-cuerpo y 76,7% en tronco distal. 14. Se usó Abciximab en el 30%, y BClA en el \pm La fracción de eyección (FE) de 54 23%, IVUS en el 34,9%. Fueron revascularizados de urgencias el 20,9% y presentaron shock cardiogénico 3p (7%).

RESULTADOS: Los Stents que se implantados en el Tronco fueron: 27 (62,8%) Taxus (TX), 11 (25,6%) Stent Cypher (CP) y 5 (11,6%) Endeavor (EV). Las complicaciones mayores relacionadas periprocedimiento fueron un IAM no Q en 1p (2,5%) por una trombosis subaguda, y una perforación coronaria contenida. La mortalidad hospitalaria fue de los 3p (7%) que estaban previamente en shock cardiaco. En el seguimiento a largo plazo 7 meses, la mortalidad por todas las causas fue 16,3% y la mortalidad total \pm (10 por causa cardíaca fue 11,6%. La reestenosis angiográfica fue del 17,1% (15% TX, 10% CP, 50% EV), la revascularización del vaso fue del 20,9%. En el análisis univariado se asociaron a eventos el Shock Cardíaco y el diámetro luminal mínimo poststent (DLM), siendo el DLM el único predictor independiente mediante regresión logística de eventos combinados, Odds Ratio (OR) de 0,076 (95%IC 0,009-0,64; $p < 0,02$).

CONCLUSIONES: La ICP mediante stents medicalizados en la población general, se asocia a una alta tasa éxito angiográfico, no estando exento de eventos adversos, siendo el predictor independiente el DLM.

tecnología al servicio de la salud.

BIOTRONIK

*Bradicardia, Taquicardia
e Intervencionismo vascular*





COMUNICACIÓN 139

UTILIDAD DE LA VIA RADIAL EN EL TRATAMIENTO PERCUTÁNEO DEL TRATAMIENTO DEL TRONCO CORONARIO NO PROTEGIDO

Autores: Cubero Gómez JM., Sánchez Burguillos FJ., Pérez-Santigosa PL., Fernández A., Molano Casimiro FJ., Pastor Torres L.

C. Trabajo: Hospital Virgen de Valme, Sevilla.

INTRODUCCIÓN: El abordaje radial (RA) en el tratamiento de la enfermedad coronaria mediante técnicas percutáneas (angioplastia balón y stent coronario), permite reducir las complicaciones vasculares asociadas a las punciones de la arteria femoral (FM) que se realizan en el manejo habitual, como hematomas, pseudoaneurismas, abscesos, rotura vascular, fistulas arteriovenosas. En los últimos años hemos visto como ha aumentado exponencialmente su uso, sin embargo tenemos pocos datos de la eficacia y seguridad de este abordaje en lesiones complejas como el intervencionismo percutáneo coronario (ICP) de Tronco Coronario No Protegido. El objeto de este estudio es comparar los resultados de estas dos vías de abordaje.

METODOLOGÍA: De Septiembre del 2004 a Agosto del 2006 se trataron 43 lesiones (LS) de tronco coronario en 43 pacientes (p), 15p (34,9%) mediante la vía radial y 28p (65,1%) mediante la vía femoral. No existían diferencias en el perfil clínico de ambas poblaciones exceptuando por mayor proporción de hipertensos en el grupo RA (86,7% vs. 57,1; p<0,05). Sin objetivarse tampoco diferencias angiográficas en cuanto a la extensión de la enfermedad, nº de lesiones (LS). 4,0±1,3 vs. 3,9±1,6 (RA vs. FM) ni en el número de LS tratada 3,2±1,3 vs. 3,0±1,6 (RA vs. FM).

RESULTADOS: Se consiguió el éxito angiográfico en el 100% de los dos grupos. La únicas diferencias que se objetivaron entre los dos grupos fue un consumo menor de contraste en el grupo RA, (300±103, vs. 405±171; p<0,03), posiblemente debido al menor uso de catéter 7 French 26% vs. 42,9% (RA vs. FM). Se objetivaron reducción en las complicaciones menores: 21% (4 hematomas y 2 insuficiencia renales) vs. 0; p=0,05 (FM vs. RA). No hubo diferencias en complicaciones mayores, ni en el seguimiento a largo plazo.

CONCLUSIONES: La vía radial en el tratamiento de Tronco Coronario es segura en los casos seleccionados, aportando una reducción en complicaciones menores.

COMUNICACIÓN 140

SEGUIMIENTO CLÍNICO DE LOS STENTS LIBERADORES DE FÁRMACOS ANTI-PROLIFERATIVOS FRENTE A LOS STENTS CONVENCIONALES EN UN CONTEXTO LESIONAL COMPLEJO.

Autores: A. Cordero Aguilar, A. Esteban Luque, JA. Cano Nieto, D.Gaitán Román, JB. Zaya Ganformina, C. Urbano Carrillo, JL. Castillo Castro, M. de Mora Martín, F. Malpartida de Torres.

C. Trabajo: Servicio de Cardiología. HRU Carlos Haya (Málaga).

OBJETIVO, MATERIAL Y MÉTODOS: Evaluar la evolución clínica mediante la presencia de clínica sugerente de isquemia y la necesidad del empleo de tests de isquemia en pacientes con lesión única monovaso que fueran candidatas para revascularización percutánea en los que se implantó stents liberadores de fármacos (SLFA) y cuyas lesiones cumplieran al menos uno de los siguientes criterios: Lesión difusa > 20mm, diámetro del vaso ≤ 2,5 mm, lesiones ostiales, reestenosis intrastent. Para ello se evaluó de modo retrospectivo a los pacientes remitidos de modo consecutivo desde noviembre de 2002 a octubre 2004 para seguimiento a la consulta de postintervencionismo en los cuales se había implantado SLFA en las condiciones descritas anteriormente. Como grupo control se empleó una cohorte de pacientes remitidos a dicha consulta entre noviembre de 2000 y octubre de 2002 en los que se había implantado stents convencionales (SC) también en lesiones únicas monovaso de las características descritas. Se emplearon SLFA de rapamicina y paclitaxel según el criterio del operador. El seguimiento clínico se realizaba a los 6 y 12 meses del procedimiento. La presencia de clínica sugerente isquemia miocárdica determinaba la realización de una gammagrafía de perfusión miocárdica.

RESULTADOS: Se evaluaron 106 pacientes, 54 en el grupo de SLFA y 52 en el grupo de SC. No se encontraron diferencias entre ambos grupos en cuanto a edad, sexo, presencia de diabetes mellitus, tabaquismo, dislipemia, clínica de los pacientes, en la presencia de lesiones en vasos pequeños, lesiones largas ni ostiales. Si había diferencias estadísticamente significativa en la presencia de HTA (53,8% vs 37% respectivamente). Durante el seguimiento 14 pacientes (26,9%) del grupo de SLFA presentaron clínica sugerente de isquemia miocárdica frente a 24 pacientes (44,4%) del grupo SC (p<0,05). En estos pacientes se realizó una gammagrafía de perfusión miocárdica: en 3 pacientes (5,7%) del grupo SLFA y en 11 pacientes (20,3%) del grupo de SC se constató la presencia de isquemia miocárdica (p<0,05).

CONCLUSIONES: Los pacientes con lesión compleja única monovaso en los que se emplean SLFA tienen mejor evolución clínica y por tanto una menor necesidad de petición de test de isquemia.

COMUNICACIÓN 141

CORRELACIÓN DE LAS MEDIDAS ECOCARDIOGRÁFICAS CON LA TÉCNICA DE BALÓN DISTENDIDO EN LA COMUNICACIÓN INTERAURICULAR

Autores: Gómez Menchero A., García Anguel F., Santos de Soto J., Guillen I., Moruno A., Coserria F., Garcia-Borbolla R., Descalzo A.

C. Trabajo: Servicio de Cardiología Pediátrica (HU Virgen del Rocío), HU Puerta del Mar (Cádiz)

INTRODUCCIÓN: La comunicación interauricular (CIA) ostium secundum constituye el 80% de las comunicaciones interauriculares. El cierre percutáneo con dispositivo amplatzer se ha consolidado como una alternativa de tratamiento cada vez más utilizada. La estimación del tamaño de la CIA en nuestra experiencia es el principal reto de dicha técnica. En la práctica habitual el tamaño del dispositivo implantado viene marcado por la técnica de balón distendido, actualmente el gold-standar. Con este trabajo pretendemos correlacionar las dimensiones de la CIA por ecocardiografía transtorácica (ETT) y transesofágica (ETE) con la técnica de balón distendido.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudiamos retrospectivamente a 34 pacientes con CIA ostium secundum cerrados con dispositivo amplatzer. En todos ellos se recogió el tamaño de la misma por ETT (plano subcostal), ETE (plano longitudinal y transversal) y técnica de balón distendido. Finalmente se analizaron dichas variables mediante el método de correlación de Pearson.

RESULTADOS: El cierre percutáneo se realizó en 34 pacientes predominantemente mujeres (19/15). La edad media de cierre fue de 8,18±/ 3,35 años. El tamaño medio por ETT, ETE plano longitudinal, ETE plano transversal y balón medidor fueron respectivamente (13,59±/ 3,56, 14,11±/3,31, 13,19±/3,32, 16,51±/3,06). El tamaño medio del dispositivo implantado fue de 18,47±/3,79. Al correlacionar las medidas por ETT y ETE plano longitudinal y plano transversal con la Técnica de balón distendido los resultados fueron los siguientes (r=0,595, r=0,640, r=0,705) todos con significación estadística (p<0,0001).

CONCLUSIONES: 1-Las medidas de la CIA con ETT y por ETE está claramente correlacionada, aunque infraestimada con respecto al tamaño de la CIA con balón medidor. 2-La ETE permite una mejor estimación de las dimensiones de la CIA que la ETT. 3- Por ETE, el plano que más se correlaciona con el balón medidor es el plano transversal con una r=0,705. relación (1,25:1)

COMUNICACIÓN 142

MARCAPASOS TRANSVENOSO TRANSITORIO: INDICACIONES, MANEJO Y COMPLICACIONES.

Autores: Cristóbal Urbano Carrillo; Antonio Esteban Luque; Javier Muñoz Bono*; Begoña Hernández Sierra*; J.m. Perez Ruiz; J.L. Delgado Prieto; M. De Mora Martín; F. Malpartida De Torres

C. Trabajo: Servicio De Cardiología Hru Carlos Haya Malaga. *Servicio De Uci Y Unidad Coronaria Hru Carlos Haya Malaga

INTRODUCCIÓN: La implantación de marcapasos transvenoso transitorio (MPTT) es una técnica habitual en las Unidades Coronarias (UC). Generalmente se lleva a cabo en situaciones inestables y no está exenta de riesgo. Se revisaron los MPTT implantados en nuestra UC en los últimos 2 años, analizando las características clínicas, indicaciones y morbimortalidad asociada.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de todos los MPTT implantados en nuestra UC en los últimos 2 años. Se utilizó el test de Student y chi cuadrado para comparar medias y detectar posibles asociaciones entre variables, respectivamente, y un estudio multivariante para detectar factores de riesgo.

RESULTADOS: Se implantaron 69 MPTT a pacientes (55% hombres) con una mediana de edad de 78 años, el 82,6% presentaba algún FRCV y el 40,6% tomaba algún fármaco cronotropo negativo. La causas de implantación fueron: bloqueo AV de alto grado sintomático (59,4%), bradiarritmia secundaria a intoxicación medicamentosa (20,3%), enfermedad del seno (10,1%), IAM (5,8%) y alteraciones hidroelectrolíticas (4,3%). Vías de abordaje: femoral en un 91% de los casos, yugular 7,2% y subclavia 1,4%. Las complicaciones alcanzaron un 33,3%: hematoma en la zona de punción (13%), disfunción del marcapasos por fallo de captura (10,1%), movilización del electrodo (10,1%), IAM (5,8%) y alteraciones hidroelectrolíticas (4,3%). El 65,2% de los MPTT los implantaron médicos adjuntos y el 34,8%, residentes. La estancia en la UC y el tiempo hasta la implantación de marcapasos definitivo fueron 2,84 y 1,66 días, de mediana. La presencia de complicaciones, tanto la aparición de hematoma en zona de punción (p≤0,018) como la disfunción del MPTT (p≤0,048), se asoció a la existencia de agitación (p≤0,02, OR:5,6), sin aumento significativo de la estancia. El análisis multivariante detectó la agitación como factor predictor de complicaciones (p≤0,04, OR:5,08). La mortalidad fue del 1,4% (por IAM).

CONCLUSIONES: El MPTT es una opción terapéutica útil y eficaz en las indicaciones reseñadas, no exento de morbilidad asociada (33,3%). Las complicaciones no se relacionaron con el tipo de profesional implicado ni incrementaron la estancia. La agitación fue un factor predictor de complicaciones. La mortalidad fue escasa.

**COMUNICACIÓN 143****RENDIMIENTO DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE FIBRILACIÓN AURICULAR**

Autores: Lorena García-Riesco, Alonso Pedrote, Eduardo Arana, Nieves Romero, M^a Victoria Mogollón, Rocío Pérez-Iglesia y Gonzalo Barón

C. Trabajo: Unidad de Arritmias. Servicio de Cardiología. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La fibrilación auricular (FA) es la arritmia más frecuente en la práctica clínica. Con objeto de homogeneizar y mejorar el manejo de estos pacientes se ha creado una Consulta Monográfica con un triple objetivo: seleccionar los candidatos para técnicas intervencionistas (cardioversión eléctrica y ablación de venas pulmonares), el empleo correcto los fármacos antiarrítmicos minimizando sus riesgos, y la utilización de la anticoagulación en pacientes de riesgo según las guías de práctica clínica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se incluyeron los 50 primeros pacientes consecutivos derivados a esta consulta según unos criterios de derivación preestablecidos para Atención Primaria e Interconsultas, recogiendo en todos ellos los parámetros incluidos en un protocolo.

RESULTADOS: La edad media fue de 58 ± 12 años, un 67% hombres y 33% mujeres. El 45,8% eran fumadores y el 20,8% bebedores habituales. El porcentaje de cardiopatía era del 38%, la mayoría hipertensivas. El 12,5% de los pacientes eran diabéticos, 29% dislipémicos y un 31% tenían un IMC por encima del 30%. La mayoría de pacientes tenían una función sistólica normal (media de fracción de eyección 63 ± 10 mm) y sin dilatación de aurícula izquierda (diámetro paraesternal 37 ± 6 mm y área 18 ± 4 cm²). El 75,5% de los pacientes estaban anticoagulados con una media de factores de riesgo de embolia de 1.15 ± 0.9 . El 26 y 22% de pacientes estaban tratados con estatinas y ARA II respectivamente. La proporción de FA paroxísticas fue del 46% (23 pacientes) y 50% de FA persistente. El 53% de los pacientes estaban tratados con fármacos antiarrítmicos sin efectos secundarios significativos ni proarritmias. Se derivaron un 43% de pacientes para cardioversión eléctrica realizándose en un plazo relativamente corto (menos de dos meses). Un 20% de pacientes fue remitido para ablación de venas pulmonares.

CONCLUSIONES: La Consulta Monográfica de FA permite seleccionar y derivar de una forma ágil a pacientes que se van a beneficiar de técnicas intervencionistas, y ayuda a la utilización racional de los fármacos antiarrítmicos y la anticoagulación.

COMUNICACIÓN 144**PERFIL DE LA CARDIOPATÍA HIPERTENSIVA EN NUESTRO MEDIO**

Autores: J. Cano Nieto, R. Peñafiel Burkhardt, C. Urbano Carrillo, A. Esteban Luque, L. Muñoz Jiménez, J. M. Pérez Ruiz, M. de Mora Martín, F. Malpartida de Torres

C. Trabajo: Servicio de Cardiología. Hospital Regional Universitario Carlos Haya.

INTRODUCCIÓN: La hipertensión arterial es un factor de riesgo cardiovascular muy frecuente en la población general con diferentes órganos diana. La cardiopatía hipertensiva es la enfermedad con mayor morbimortalidad. Su manifestaciones clínicas son dolor torácico, disnea y arritmias.

OBJETIVO: Estudiar las características pacientes con diagnóstico de cardiopatía hipertensiva al alta.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional transversal en pacientes ingresados en el Servicio de Cardiología con diagnóstico al alta de cardiopatía hipertensiva. Se recogieron datos sobre motivo de ingreso, factores de riesgo cardiovascular, arritmias asociadas y hallazgos en las técnicas de imagen empleadas.

RESULTADOS: En un periodo de cinco años se obtuvieron un total de 115 casos de ingreso con diagnóstico de cardiopatía hipertensiva de los que el 67,2% fueron mujeres y 32,8% varones. Los pacientes estudiados presentaban como factores de riesgo el 100% hipertensión arterial, 41,8% diabetes mellitus, 38,8% dislipemia y 11,9% tabaquismo. El motivo de ingreso fue dolor torácico en un 62,7%, disnea en 34,3% y síncope en el 3%. Los pacientes ingresados por disnea fueron estudiados mayoritariamente por ecocardiografía (91,3%) en donde la fracción de eyección era normal en el 71,4% y existía hipertrofia en el 78,9%. En los pacientes con dolor torácico al ingreso se realizó cateterismo cardiaco en 76,2% de los cuales el 84,3% presentaban presión telediastólica de ventrículo izquierdo aumentado y fracción de eyección conservada en 81,2%. El hallazgo angiográfico más frecuente fueron las arterias coronarias normales en el 53,1%. En cuanto a los hallazgos electrocardiográficos el 34,8% de los pacientes presentaron fibrilación auricular permanente o paroxística, los trastornos de la conducción más frecuentes afectaron a la rama izquierda en forma de hemibloqueo anterior izquierdo (13,4%) y bloqueo completo de rama (11,9%). Los fármacos prescritos al alta mayoritariamente fueron inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (59,7%), calcioantagonistas (47,8%) y diuréticos (47,8%).

CONCLUSIONES: La expresión clínica más frecuente es el dolor torácico y la fracción de eyección está conservada en general. Los fármacos más usados son los IECA.



IN MEMORIAN DEL DR. JUAN JOSÉ RODRÍGUEZ GARCÍA

Se nos ha ido Juanjo a punto de cumplir apenas los 57 años. Desde que tuvo el infarto hace unos 3 años, le han sucedido una serie de problemas que finalmente acabaron con él hace un par de meses. Además el infarto le sobrevino, cuando había alcanzado estar en el puesto de trabajo que siempre había deseado, Jefe de Estudios del Hospital Regional Universitario Carlos Haya y estaba feliz y muy interesado con su actividad.

Los miembros de la Sociedad Andaluza de Cardiología (SAC) nunca lo olvidaremos, pues a sus cualidades humanas y personales, se unía un gran sentido de la responsabilidad. Era un gran organizador, al que le gustaba el orden por encima de todo. Su primera etapa como Tesorero de la SAC en los comienzos de los años 90, se caracterizó por actualizar todas las direcciones, consiguiendo que se cobraran casi la totalidad de los recibos. Labor tan reconocida por todos, que fue nombrado Miembro de Honor, a propuesta del entonces Presidente de la SAC, JoseMari Cruz. Ironías del destino, ya que siendo el único Miembro de Honor de la SAC nombrado en vida, ésta le ha durado muy poco. Como si esta distinción tan merecida, haya marcado su vida para lo bueno y para lo malo.

Cuando fui elegido Presidente de la SAC en el trienio 1997-2000, no dudé ni un instante en proponerlo como Tesorero nuevamente. Algo que nunca había sucedido en los Comités Ejecutivos anteriores de la SAC, ser reelegido en el mismo cargo. Pero es que las condiciones naturales y profesionales de Juanjo eran y serán irrepetibles. En esta nueva etapa en la SAC, la tesorería alcanzó cotas inimaginables con la buena administración de Juanjo y la creación de los "Miembros Colaboradores", tuvimos una economía muy saneada, permitiéndonos aumentar y crear nuevos Premios de Investigación, editando en Junio de 2000 el folleto del "Reglamento sobre Premios, Becas, Patrocinios y Ayudas" de la SAC.

Todavía recuerdo a Juanjo, tirado por el suelo, midiendo con una cinta métrica las zonas correspondientes a los stand de los Laboratorios en la organización del XXVIII Congreso de la SAC en Marbella en Noviembre de 1993, que me tocó presidir. Y es que Juanjo era, además de un gran organizador, colaborador, currante y con una entrega sin límites a todo aquello que consideraba correcto. Eso sí, defendía sus ideas y sus criterios hasta el límite. Se empeñó hasta sacar adelante la página Webb de la SAC y terminó presidiendo el XXXVI Congreso de la SAC de 2001 en Málaga, con aquel diseño de otra galaxia del Poster del Congreso. En fin, serían interminables los logros y anécdotas de Juanjo.

Que descanse en paz este personaje irrepetible y con una gran personalidad al que le debe mucho la SAC y desde luego sus amigos no lo olvidaremos nunca.

Dr. Félix Malpartida de Torres
Ex-Presidente de la SAC



NORMAS DE PUBLICACIÓN

La REVISTA ANDALUZA DE CARDIOLOGÍA (Rev. And. Cardiol.) es la publicación oficial de la Sociedad Andaluza de Cardiología. Publica trabajos originales, casos cortos, revisiones, puesta al día, imágenes y artículos o comentarios editoriales, todos en relación con las enfermedades cardiovasculares. También publica los resúmenes de las comunicaciones aceptadas para presentación en el Congreso Andaluz de Cardiología. El contenido de la revista de los últimos años se encuentra en formato PDF en nuestra página web (www.sacardiologia.org).

Todos los manuscritos se remitirán al Editor (María Auxiliadora, 18 - entreplanta, 41008 Sevilla) acompañados de una carta en la que se especifique el tipo de artículo que se envía. Enviar también en soporte informático.

INSTRUCCIONES A LOS AUTORES

1. Artículos originales

Se adjuntarán tres copias del artículo con dos juegos de figuras y tablas. Manuscrito mecanografiado a doble espacio, por una sola cara, en papel DIN A4, con márgenes de 2,5 cm. Incluye:

· **Página frontal:**

- Título
- Nombres y apellidos de los autores
- Centro de procedencia
- Dirección postal, teléfono, fax y dirección electrónica

· **Resumen:**

- De 100-200 palabras
- No contener abreviaturas

· **Texto:**

- a) Introducción
- b) Métodos
- c) Resultados
- d) Discusión
- e) Conclusiones

· **Bibliografía:**

En la secuencia numérica según orden de aparición. Lista de todos los autores. Si son más de seis se incluirán los seis primeros y se añadirá et al. En capítulo de libro seguirá el siguiente orden: autores, título del capítulo, editores, título del libro, ciudad, editorial y páginas.

2. Figuras

Los gráficos y dibujos enviar en impresora láser o chorro de tinta o a través de reproducción fotográfica. Tamaño 13 x 18 cm. Ordenar con números según orden de aparición en el texto. En el reverso de la figura se señala la parte superior mediante una flecha y se incluye el número de orden y el título del trabajo. Los pies de figuras van en hoja aparte.

3. Tablas

Clasificadas en números arábigos. Escribir cada una a doble espacio y en páginas apartes. En la parte inferior se describen las abreviaturas empleadas por orden alfabético.

4. Comunicaciones breves

Seguir el mismo formato que los artículos originales. Extensión máxima de 3 hojas, 2 figuras y 5 citas bibliográficas.

En el tratamiento hipolipemiante:



CARDYL[®]
atorvastatina cálcica
comprimidos
10 20 40 80 mg



ZARATOR[®]
atorvastatina cálcica
comprimidos
10 20 40 80 mg

**121 millones de pacientes
al año tratados
en todo el mundo ⁽¹⁾**



1.- IMS 3Q 06. (121.295.925)

www.pfizer.es

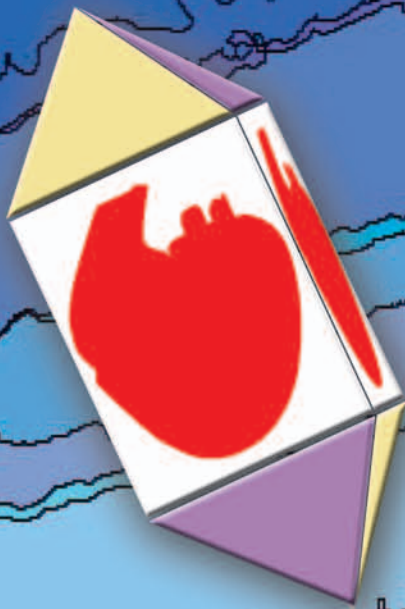
Avda. Europa, 20 B. Parque Empresarial La Moraleja.
28108 Alcobendas (Madrid)



Por un mundo más sano™

MÁLAGA

15-17 de Mayo de 2008



XLIII Congreso

**Sociedad Andaluza
de Cardiología**

