

Volumen 39 • Suplemento I • Mayo 2004

Revista Andaluza de Cardiología

Publicación Oficial de la
Sociedad Andaluza de Cardiología

Resumen Comunicaciones.
XXXIX Congreso de la
Sociedad Andaluza de Cardiología
Huelva, del 6 al 8 de Mayo de 2004

Edita:

Sociedad Andaluza de Cardiología

M^a Auxiliadora, 18A entrepl. 41008 Sevilla • www.sacardiologia.org



**XXXIX CONGRESO DE LA SOCIEDAD
ANDALUZA DE CARDIOLOGIA**
Huelva, del 6 al 8 de Mayo de 2004

COMUNICACIONES ORALES-I
Ecocardiografía y
Cardiología Nuclear

.....

7 de mayo a las 16,30 h.

Comunicaciones nº 1 a 9

1.- Alteraciones de la contractilidad segmentaria y otras complicaciones en pacientes con infarto agudo de miocardio clásico versus nuevos criterios.

C. Rus, D. Mesa, M. Franco, J. Ariza, J. Fernández-Dueñas, F. Esteban, F. Mazuelos, E. Romo, M. Ruiz, F. Vallés

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Para que la ecocardiografía muestre alteraciones segmentarias de la contractilidad es necesario que se afecte al menos el 20% del grosor miocárdico. Con la modificación de los criterios clásicos de infarto agudo de miocardio (IAM) debido a la introducción de los niveles de troponina en sangre, las características de los pacientes se han modificado.

Objetivo: Estudiar la alteración de la contractilidad segmentaria en pacientes con IAM que sólo cumplen los criterios nuevos frente aquellos con IAM clásico, así como otras posibles complicaciones.

Pacientes y Método: Se realizó estudio ecocardiográfico a 50 pacientes consecutivos con el diagnóstico de IAM, separando en dos grupos: Grupo I (21 pacientes) que sólo cumplían los criterios nuevos, y Grupo II (29 pacientes) que cumplían los criterios clásicos de IAM. En todos los estudios se utilizó segundo armónico y contraste ecográfico (d-galactosa 4 gr IV). Para el análisis segmentario se utilizó el modelo de 16 segmentos. Cada segmento se evaluó como normal, hipoquinético, aquinético o disquinético.

Resultados: En 50 estudios se evaluaron 800 segmentos. Los dos grupos analizados fueron similares en cuanto edad y sexo. Visualización: en el Grupo I, adecuada en 76% de los segmentos; en el Grupo II, adecuada en el 79.6% de los segmentos, sin diferencias estadísticamente significativas. En el Grupo I, la motilidad de los segmentos fue normal en un 76.1%, hipoquinética en el 12.7% de los segmentos, aquinética en el 0.5% y disquinética en el 4.4%, siendo no valorable el 6.3%; en el Grupo II la motilidad fue normal en el 68.5, hipoquinética en el 13.2% de los segmentos, aquinética en el 8.9%, disquinética en el 2.2% y no valorable el 7.2%, diferencias estadísticamente significativas ($p=0.001$). En el Grupo I, no hubo ningún paciente con complicaciones mecánicas mientras que en el Grupo II, presentaron complicaciones 5 pacientes, sin alcanzar la significación estadística.

Conclusiones: La visualización de la motilidad segmentaria utilizando ecopopenciadores es similar en los pacientes de ambos grupos. El número de segmentos con contractilidad anormal es mayor en pacientes con criterios clásicos al compararlo con aquellos que sólo cumplen los criterios nuevos. Según el papel de la ecocardiografía en la estratificación pronóstica del IAM, el grupo que sólo cumple los criterios nuevos sería de mejor pronóstico.

3.- Utilidad de la ecocardiografía con contraste en el diagnóstico de Síndrome Hepato-Pulmonar.

MF. Ruiz López, J. Sánchez Gila, *E. Moreno Escobar, R. García Orta, JM. Oyonarte Ramírez, J. Azpitarte Almagro

Serv. de Cardiología del Hosp. Virgen de las Nieves y *Hosp. Clínico S. Cecilio. Granada

Introducción: El Síndrome Hepatopulmonar (SHP), complicación extrahepática de la cirrosis avanzada, es una entidad clínica de interés creciente por su alta mortalidad, siendo el trasplante hepático el único tratamiento. Se define por la tríada: hepatopatía avanzada, alteración del intercambio gaseoso y vasodilatación intrapulmonar. La ecocardiografía con contraste permite la evaluación de la circulación pulmonar de forma no invasiva.

Objetivo: Evaluar el papel de la Ecocardiografía-contraste en el diagnóstico del SHP.

Pacientes y métodos: 66 pacientes consecutivos remitidos para ecocardiografía en evaluación pre-trasplante hepático. Se realizó ecocardiografía transtorácica con suero salino agitado y con contraste (Levovist*), considerando positivo (+) para shunt intrapulmonar la aparición de microburbujas en aurícula izquierda en 3-10° (salino) y 3-5° (contraste) ciclos, posteriormente a su visualización en cavidades derechas. Todos los pacientes tenían estudio funcional respiratorio completo con ergometría con consumo de O₂.

Resultados: Edad media 53±9.2, relación hombre/mujer: 47/16. La etiología de la cirrosis más frecuente fue la etílica (37%), estando el 48,3% de los pacientes en Grado C de Child. 44% de los pacientes tuvieron eco-contraste positivo, de los cuales un 46% presentaba alteración del intercambio gaseoso (Pa O₂ < 70 mmHg o grad Aa O₂ > 20 mmHg) compatible con SHP definido (prevalencia de SHP del 20,6%). El 70% de los pacientes con SHP presentaron estudio funcional respiratorio compatible con el mismo. 42% de los estudios eco (+) presentaron solo gradiente Aa elevado con el ejercicio, sugiriendo afectación incipiente. Entre los pacientes con eco (-) solo un caso presentó alteración del intercambio gaseoso en ausencia de neumopatía (alto VPN para SHP). El resultado del eco no se correlacionó con la disnea, grado de Child, arañas ni acropaquias. En el momento actual, 27% de los pacientes con SHP se han trasplantado con buen resultado.

Conclusión: La ecocardiografía con contraste permite el diagnóstico precoz de SHP de forma no invasiva. Aunque un resultado positivo es frecuente, indicando un amplio espectro de afectación de la circulación pulmonar, un resultado negativo permite descartar con alta probabilidad el diagnóstico de SHP.

2.- Progresión de la estenosis aórtica degenerativa en relación al grado de calcificación valvular evaluado mediante ecocardiografía.

J. Ariza, D. Mesa, M. Franco, F. Mazuelos, F. Esteban, M. Ruiz, E. Romo, J. Fernández Dueñas, C. Rus, A. López Granados, S. Ojeda, M. Anguita, JM. Arizón, J. Suárez de Lezo, F. Vallés

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

La estenosis valvular aórtica (EVA) degenerativa tiene una progresión variable e impredecible habiéndose relacionado con el grado de calcificación valvular. El **Objetivo** de este estudio es valorar el porcentaje de progresión a estenosis severa y de la velocidad de la misma en función del calcio valvular (Ca).

Pacientes y Métodos: Se analizaron 21 pacientes que tuvieran un primer estudio ecocardiográfico con EVA de etiología degenerativa no severa (velocidad pico <4,5 msg) y un seguimiento anual durante 5 años. Se valoró el grado de calcificación valvular según una escala de 1 a 4 (1: no, 2: leve, 3: moderada, 4: severa) y se analizaron los gradientes, grado de Ca valvular, diámetros y función ventricular anualmente. Ninguno tenía regurgitación aórtica más que leve ni otra valvulopatía. La FEVI media fue de 68%±6.1, Dd: 48±5.5mm, Ds: 32±3.2mm y grosor de septo de 13.3±2mm.

Resultados: La edad fue de 68±6.8 y el 38% eran hombres. En el estudio inicial el gradiente sistólico pico fue de 42±3.7mmHg. Tres pacientes (14%) no presentaban Ca, 4 (19%) leve, 12 (57%) moderado y 2 (9.5%) severo. En el último seguimiento 16 (75%) habían progresado a estenosis severa. De los pacientes sin nada de Ca no progresó ninguno, con Ca leve el 75%, con Ca moderado el 91% y con Ca severo el 100% ($p<0.05$). Si se comparaban los de ausencia de Ca y Ca leve frente a los de Ca moderado y severo la progresión fue del 43% para los primeros frente al 93% ($p<0.05$) destacando además que la progresión en el primer grupo fue más lenta no haciéndose ninguna severa antes de los 3 años, frente al segundo grupo que lo hacían ya en el primer año. Cuando se separaron en ausencia de Ca frente a cualquier grado de calcificación la progresión fue del 0% frente al 89% ($p<0.05$). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de pacientes con progresión a severa y aquellos que no progresaban en sexo, edad ni otros parámetros de tamaño y función ventricular.

Conclusiones: El calcio valvular parece un marcador pronóstico de progresión en la severidad en pacientes con EAV degenerativa. A mayor calcificación la probabilidad de progresión es mayor y además ésta ocurre más rápidamente. La ausencia de calcio se acompaña de ausencia de progresión en al menos 5 años. Grados leves de calcio van acompañados de ausencia de progresión en los tres primeros años.

4.- Fiabilidad de la ecocardiografía en la detección de tumores cardíacos y presunción diagnóstica del tipo histológico.

F. Esteban, D. Mesa, F. Mazuelos, S. Ojeda, M. Franco, M. Ruiz, E. Romo, J. Fernández Dueñas, J. Ariza, A. López Granados, M. Anguita, I. Tejero, F. Vallés

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Los tumores cardíacos primarios o metastásicos son una patología infrecuente. La ecocardiografía es la técnica diagnóstica de elección, tanto en la presunción del tipo histológico del tumor así como en su localización y compromiso hemodinámico. El **Objetivo** de este trabajo es ver la incidencia de esta patología en un hospital de tercer nivel y la precisión diagnóstica de la ecocardiografía así como su valor para decidir la opción terapéutica.

Pacientes y Métodos: Desde Marzo 1995 se han recogido todos los tumores a nivel cardíaco diagnosticados en nuestro centro (no se incluyen los derrames pericárdicos neoplásicos), a todos se le realizó estudio ecocardiográfico transtorácico y/o transesofágico (ETT y ETE) y se recogieron todos los datos clínicos e histológicos.

Resultados: En este periodo de tiempo se diagnosticaron 31 tumores cardíacos. El 58% eran varones. La edad fue de 38 años con (rango entre 1 día y 80 años). El 26% eran niños y el 51 % eran derivados de otros hospitales. A todos se le realizó estudio ETT y al 43 % además ETE. Los estudios ecocardiográficos supusieron un 0.8% de todos los realizados en dicho periodo. El diagnóstico de sospecha ecocardiográfico fue de 12 mixomas, 5 rabdomiomas, 2 fibroelastomas, 2 lipomas, 1 fibroma, 1 leiomioma, 1 linfoma, 1 teratoma, 1 tumor pericárdico fibroso y en 5 casos no se definió. El diagnóstico histológico se obtuvo en 22 casos (70%), existiendo un grado de concordancia entre el diagnóstico de presunción por eco y la histología en el 73% de los casos. El 90% eran tumores benignos y 77% eran tumores cardíacos primarios. La localización más frecuente fue la AI (49%), seguido del VI (19%), VD (19%), AD (16%) y otras localizaciones en un 25%. El 58% se intervinieron quirúrgicamente. En cuanto a la presentación clínica, en el 74% fue un hallazgo casual y en el 26% hubo síntomas cardíacos atribuibles al tumor (disnea 19%, ictus 10% y otros).

Conclusiones: Los tumores cardíacos sólidos son una patología poco frecuente siendo la mayoría benignos y primarios cardíacos. El más frecuente es el mixoma y la localización la AI. El 74% son hallazgos casuales siendo el síntoma más frecuente atribuible al tumor la disnea, seguido del ictus. La Ecocardiografía es la técnica diagnóstica de elección existiendo un alto grado de concordancia con el diagnóstico final histológico.

5.- Papel de los nuevos ecopotenciadores en la fase aguda del IAM. ¿Mejoran la rentabilidad diagnóstica de la ecocardiografía?

C. Rus, D. Mesa, M. Franco, J. Ariza, J. Fernández-Dueñas, F. Esteban, F. Mazuelos, E. Romo, M. Ruiz, F. Vallés

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

La función ventricular y las complicaciones mecánicas constituyen los factores pronósticos más importantes en el infarto agudo de miocardio (IAM). Sin embargo, en un porcentaje no despreciable de casos, no se pueden valorar adecuadamente por una mala ventana ecocardiográfica. Está demostrado que los nuevos ecopotenciadores mejoran la visualización endocárdica y probablemente ayuden al diagnóstico de las complicaciones mecánicas. El objetivo de este estudio es valorar si la utilización de contraste ecográfico es útil en la fase aguda del IAM.

Pacientes y método: Se han recogido datos de 130 pacientes en los primeros 5 días post IAM. En todos se utilizó segundo armónico y digitalización de las imágenes. El agente de contraste utilizado fue d-galactosa 4 gr IV. Todos los estudios fueron analizados por dos observadores expertos. Para el análisis segmentario se utilizó el modelo de 16 segmentos (4PL, 6PT, 6A4C, 6A2C), y la calidad de la visualización de cada uno de ellos se dividió en tres categorías: no visible, subóptima y óptima. La valoración cuantitativa de la motilidad de cada segmento se evaluó como normal, hipoquinesia, aquinesia o disquinesia, calculando el índice de motilidad parietal.

Resultados: En 130 estudios se evaluaron 2080 segmentos de los cuales el 26% no se visualizó, la visualización fue subóptima en el 40.2% y óptima en el 33.8%. Con contraste, no se visualizó el 10.2%, se visualizó de forma subóptima en el 39.5% y óptima en el 50.3%, diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.001$). La motilidad de los segmentos fue normal en un 53.6%, hipoquinética en el 7.6% de los segmentos, aquinética en el 9.4% y disquinética en el 2.2%, siendo no valorable el 27.2%; con contraste, la motilidad fue normal en el 63.1%, hipoquinética en el 13% de los segmentos, aquinética en el 11.4%, disquinética en el 2.5% y no valorable el 10%, diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.001$). También hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la detección de IM ($p < 0.001$) y al diagnóstico de complicaciones mecánicas ($p < 0.001$).

Conclusiones: La utilización de contraste ecográfico aumenta la rentabilidad de la ecocardiografía al aumentar el número de segmentos visualizados de forma óptima y al ayudar a la valoración más exacta tanto de la motilidad por segmentos como de las complicaciones mecánicas.

7.- Bioprótesis sin soporte de Toronto: Resultados y control ecocardiográfico a un año.

R. Toro, N. Hernández, A. Carrillo, T. Daroca, P. Cabeza, M. Gómez, JM. Jiménez, R. Zayas, D. Bartolomé, C. Piñero

Hospital Universitario Puerta del Mar

Objetivos: Presentar los resultados de nuestra serie de 84 pacientes a los que se les implantó una bioprótesis sin soporte de Toronto y el control ecocardiográfico a 1 año.

Material: Presentamos 84 pacientes operados entre Agosto de 1996 y Enero de 2004, a los que se les implantó una bioprótesis de Toronto (80 Toronto SPV y 4 Toronto Root), con una media de edad de 67 años, de los cuales el 71 % tenía estenosis aórtica degenerativa y 7 pacientes tenían endocarditis aórtica nativa activa. No hubo restricción en la indicación de implantación. 18 pacientes requirieron revascularización coronaria. La implantación se realizó utilizando la técnica subcoronaria, se implanta con la mínima cantidad de tejido necesaria para el soporte las cúspides y se resecan los tres senos con puntos sueltos en el tracto de salida del ventrículo izquierdo y continúa en la raíz. Las 4 Toronto Root se implantó con la técnica subcoronaria modificada. Se les realizó ecocardiografía al alta y al año.

Resultados: En el 70% de nuestros pacientes no hubo ninguna complicación postoperatoria. La causa de morbilidad más frecuente fue la fibrilación auricular. La mortalidad postoperatoria fue del 9.2%. El seguimiento ecocardiográfico al año reveló una reducción significativa de la masa ventricular y de su gradiente transvalvulares respecto al alta hospitalaria. La presencia de insuficiencia aórtica se dio en 10% de nuestros pacientes y fueron de grado II/IV. La técnica subcoronaria determina con alta frecuencia la presencia de espacios anecoicos o con material ecodenso (cuando se preserva el seno no coronario) y nos introduce en la necesidad de establecer los diagnósticos diferenciales con las imágenes paravalvulares patológicas, como los aneurismas, abscesos y fístulas.

Conclusiones: La bioprótesis de Toronto es una alternativa válida para la sustitución valvular aórtica con ventajas importantes respecto a la bioprótesis con soporte. Añadiendo su especial indicación en pacientes mayores, con anillos aórticos pequeños y endocarditis previa. Como inconveniente presenta un tiempo de isquemia mayor, lo que no impide realizar procedimientos asociados.

6.- Anomalías en el septo interauricular en pacientes jóvenes con ictus criptogénico diagnosticadas mediante eco transesofágico. Comparación con un grupo control.

F. Mazuelos, D. Mesa, F. Esteban, M. Franco, C. Rus, S. Ojeda, E. Romo, M. Ruiz, J. Ariza, J. Fernández-Dueñas, M. Pan, J. Suárez de Lezo, M. Anguita, J.M. Arizón, F. Vallés

Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba

Los ictus de causa desconocida en pacientes jóvenes se han asociado en los últimos años a anomalías del septo interauricular sin que este claro ni la frecuencia, ni su relación con la producción del ictus. El **Objetivo** de este estudio la prevalencia de anomalías en el septo interauricular en pacientes jóvenes con ictus de causa desconocida comparándolos con un grupo control.

Pacientes y métodos: estudio prospectivo con 139 pacientes < de 55 años que ingresaron por sospecha clínica de ictus de causa desconocida, 104 tenían ictus claro (grupo I) y en 35 en los que se descartó finalmente ictus se utilizaron como grupo control (grupo II). A todos se les realizó un estudio ecocardiográfico transesofágico (ETE) con contraste para determinar la presencia de foramen oval permeable (FOP).

Resultados: no hubo diferencias significativas en cuanto a edad, sexo, número de factores de riesgo cardiovascular, ritmo ni grado de aterosclerosis aórtica entre ambos grupos. En el grupo I se encontró apertura de la membrana de la fosa oval en el 40% de los casos y paso de contraste a través del FOP en el 38% siendo el paso amplio en el 33%. Existió un aneurisma del septo interauricular en 13 pacientes (14%), 12 asociados a FOP y 1 aislado. Se encontraron además en 3 casos pequeños orificios en la porción del septo secundum (2 únicos y 1 múltiple) todas ellos en casos con FOP y aneurisma del septo interauricular. En el grupo II se encontró apertura de la membrana oval en el 18%, mientras que el foramen oval fue permeable con contraste en el 21% de los casos y paso amplio solo en el 6%, ambos menos frecuentes que en el grupo I de forma significativa ($p < 0.05$). No hubo en este grupo ningún caso de aneurisma ni orificios en el septo interauricular. En definitiva se encontraron en el grupo de estudio 55 hallazgos en el septo interauricular relacionados con la producción de ictus en 40 pacientes (38%).

Conclusiones: en pacientes jóvenes con ictus de causa desconocida la frecuencia de hallazgos patológicos en el septo interauricular mediante ETE es elevada, existiendo diferencias significativas con el grupo control. Con relativa frecuencia existen al menos 2 hallazgos patológicos asociados. La anomalía más frecuente es el FOP seguido del aneurisma del septo interauricular asociadas ambas patologías en la mayoría de los casos.

8.- Rentabilidad diagnóstica de la Ecocardiografía transesofágica en pacientes de cualquier edad con ictus y sin evidencia de cardiopatía.

D. Mesa, M. Franco, F. Esteban, F. Mazuelos, M. Ruiz, E. Romo, S. Ojeda, C. Rus, J. Fernández-Dueñas, J. Ariza, A. López Granados, J.M. Arizón, M. Anguita, F. Vallés, M. Viñals, E. Bescansa

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Los émbolos de origen cardíaco y aorta ascendente son una causa frecuente de accidentes cerebrovasculares agudos (ACVA). Sin embargo en pacientes sin evidencia de cardiopatía la utilización sistemática tanto de la ecocardiografía transesofágica (ETE) como transesofágica (ETE) como técnicas de despistaje está discutida tanto por su rentabilidad diagnóstica como por su posible utilidad terapéutica. El **objetivo** de este trabajo es estudiar la rentabilidad de esta técnica en pacientes con ACVA. Desde Marzo de 1999 se incluyeron todos los pacientes ingresados por ACVA a los que se solicitó estudio ETT y ETE. De un total de 154 la indicación fue ictus de causa desconocida en el 78% (Grupo I) y descartar aterosclerosis aórtica en el 32% (Grupo II), con edad de 41±12 años, siendo el 50% varones. El 99% estaban en ritmo sinusal y la media de factores de riesgo cardiovascular era de 1.20 ±1. La ETT fue patológica en 11 casos (6 aneurismas septo interatrial, 5 masas) no visualizándose ningún foramen oval permeable (FOP) ni placas de ateroma a nivel aórtico. La ETE encontró FOP visible anatómicamente en 46 pacientes (32%) y permeabilidad del mismo con paso de contraste en 45; se diagnosticaron 13 aneurismas del septo interatrial (7.2%) y 5 masas (4 tumores y un trombo). En cuanto al grado de aterosclerosis aórtica se encontró de aterosclerosis grado I en el 90%, 3% II, 3% III, 2% IV y 2% V (Clasificación de Ribakov). Todos los casos de masa intracardiaca y aneurisma del septo interatrial se encontraron en el grupo I así como la mayoría de FOP aunque 7 pacientes del grupo II cuya indicación fue descartar aterosclerosis aórtica presentaban además un FOP y no se encontró otra patología. En el grupo II se encontraron más casos de aterosclerosis severa (grado III, IV, V) que en el otro grupo donde no se encontró ninguno severo. Hubo un total de 75 hallazgos por ETE en 154 pacientes y de 11 por ETT.

Conclusiones: la rentabilidad diagnóstica de la ETE en pacientes con ictus sin evidencia de cardiopatía es elevada siendo muy superior a la de la ETT. La indicación diagnóstica más frecuente es la de ictus de causa desconocida encontrándose en este grupo el mayor número de hallazgos patológicos. El FOP es el hallazgo más frecuente, aunque la aterosclerosis aórtica importante es frecuente en el grupo cuya indicación es precisamente la búsqueda de esta patología.

9.- Evolución a medio plazo de la valvuloplastia quirúrgica frente al reemplazo en la insuficiencia de la válvula mitral.

MF. Ruiz López, R. García Orta, M. Vidal Alarcón, *E. Moreno Escobar, JM. Oyonarte Ramírez, J. Azpitarte Almagro

Servicio de Cardiología del Hospital Virgen de las Nieves y
*Hospital Clínico S. Cecilio. Granada

Introducción: Aunque la cirugía de reparación valvular mitral se considera la técnica de elección en el tratamiento de la regurgitación mitral (IM) severa, existen pocos estudios de seguimiento comparándola frente a la cirugía de reemplazo.

Objetivos: Comparar los resultados a medio plazo de pacientes sometidos a cirugía de reparación o reemplazo valvular mitral por regurgitación severa.

Material y métodos: Cohorte prospectiva de pacientes consecutivos intervenidos en el periodo (Mayo 2002-Enero 2004) con regurgitación mitral severa. Seguimiento clínico y ecocardiográfico al mes, seis y doce meses.

Resultados: 85 pacientes, 42 reparados (RVM) y 43 con reemplazo (PVM). No presentaban diferencias basales en cuanto a edad, comorbilidad preoperatoria, fracción de eyección y score prequirúrgico. El seguimiento medio fue de 7 meses (1-12m). En la primera revisión postoperatoria (primer mes) no hubo diferencias significativas en complicaciones (7% RVM vs 10% PVM), signos de ICC (3% RVM vs 5,6% PVM) ni parámetros ecocardiográficos (FE, DTD, DTS, PAP). Los pacientes reparados presentaron tendencia no significativa a menor número de reingresos precoces (5.7% RVM frente al 10.8%) y mayor número de pacientes en grado funcional I (39% RVM vs 23% PVM) aunque con mayor grado de IM residual (no significativa). Al final del periodo de seguimiento, los dos grupos presentaron similar tasa de reingresos (17% RVM/17% PVM), complicaciones (17% RVM/19% PVM) y signos de ICC (9% RVM/8% PVM). Un mayor número de pacientes reparados se encontraban en grado funcional I (37% frente a 25%). Los parámetros ecocardiográficos fueron similares (FE 56/56%, DTD 49/47mm, DTS 34/34mm, PAP 35/33mmHg). La presencia de IM > I fue más frecuente en el grupo de reparación (11,6% vs 2.7%). Un paciente de cada grupo fue reintervenido (bloqueo de un hemidisco y reIM severa) y no hubo muertes en el seguimiento.

Conclusiones: Los pacientes sometidos a reparación valvular mitral presentan en el seguimiento a corto-medio plazo una tasa de complicaciones similar al reemplazo valvular y se encuentran con más frecuencia asintomáticos pero con un mayor grado de regurgitación mitral residual.



**XXXIX CONGRESO DE LA SOCIEDAD
ANDALUZA DE CARDIOLOGIA**
Huelva, del 6 al 8 de Mayo de 2004

COMUNICACIONES ORALES-II
**Insuficiencia Cardíaca,
Cardiopatía Isquémica
y Cardiología Clínica**

.....

7 de mayo a las 16,30 h.

Comunicaciones nº 10 a 18

10.- ¿Influye la edad sobre el tratamiento farmacológico utilizado en pacientes con insuficiencia cardíaca en nuestra medio?

F. Mazuelos, M. Anguita, F. Esteban, S. Ojeda, M. Delgado, D. Mesa M. Franco, M. Ruiz, E. Romo, F. Vallés

Servicio de Cardiología. Hospital Reina Sofía. Córdoba

Objetivos y Métodos: Existe en la literatura una amplia evidencia sobre la infratilización del tratamiento farmacológico adecuado en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC), sobre todo en relación al uso de betabloqueantes y espironolactona. Esto es más evidente en estudios poblacionales que incluyen pacientes de mayor edad, y podría estar relacionado con el mal pronóstico que aún sigue teniendo la IC. Con el objetivo de estudiar si la edad avanzada influye en la prescripción de los diversos fármacos en nuestro medio, hemos evaluado una serie de 153 pacientes ingresados por IC en nuestro Servicio en 1999, y hemos comparado el tratamiento recibido durante un seguimiento medio de 18 meses por los pacientes mayores (54 casos) y menores (99 casos) de 70 años.

Resultados: No hubo diferencias entre los dos grupos de pacientes en relación al sexo, fracción de eyección ni tiempo de seguimiento. La edad media del grupo > 70 años fue de 76±4 años. No hubo diferencias significativas entre los pacientes mayores y menores de 70 años en el tratamiento prescrito tras el ingreso (diuréticos: 100% en ambos grupos; espironolactona: 59 vs 48%; IECAs: 78vs 69%; digital: 48 vs 52%; betabloqueantes: 18 vs 27%; ARA II: 15 vs 17%), excepto en una mayor utilización de nitratos (52 vs 25%, p=0.002) y antiagregantes (72 vs 38%, p<0.0001) en el grupo > 70 años. A los 18 meses de seguimiento se mantuvieron los mismos resultados comparativos entre ambos grupos, con un aumento notable del uso de betabloqueantes y espironolactona en los dos grupos. Tampoco hubo diferencias entre las dosis de los fármacos utilizados en ambos grupos (carvedilol: 12±8 vs 15±8 mg/día; enalapril: 16±9 vs 15±8 mg/día; espironolactona: 39±26 vs 43±29 mg/día; NS). El % de reingresos por IC fue similar (37 vs 33%, NS), mientras que la mortalidad a los 18 meses fue mayor en el grupo de >70 años (38 vs 10%, p<0.01).

Conclusiones: Es posible conseguir un adecuado tratamiento farmacológico en pacientes con IC mayores de 70 años, similar al alcanzado en pacientes más jóvenes. Con ello se puede lograr una no mayor tasa de ingresos por IC, pero no una menor mortalidad, en la que deben influir otros factores dependientes de la propia edad y de la comorbilidad asociada.

12.- ¿Son reproducibles los valores del NT-proBNP en pacientes con insuficiencia cardíaca estable y función ventricular izquierda deprimida?

M^a A. Fernández Moyano*, M. Jiménez Navarro, J.J. Gómez Doblas, E. Molero, R. López Salguero, A. Domínguez Franco, J. Peña Hernández, M. Morell*, E. de Teresa

Servicio de Cardiología. *Servicio de Bioquímica. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria de Málaga

Los péptidos natriuréticos presentan un gran valor diagnóstico y pronóstico en el manejo del paciente con insuficiencia cardíaca (IC). Sin embargo se desconoce la reproducibilidad de sus valores en pacientes estables con IC y función ventricular izquierda deprimida lo cual constituye una limitación de su uso. **Métodos:** Estudiamos 34 pacientes (p) consecutivos que acudieron a nuestra consulta con IC por disfunción sistólica (FE < 30%) clínicamente estables en grado funcional II-III y que firmaron el consentimiento informado. Definimos estabilidad de la IC como ausencia de ingresos hospitalarios por causas cardiovasculares en los últimos 6 meses, cambios en el tratamiento (inclusión de nuevos fármacos o cambio de dosis) y variación del grado funcional subjetivo del paciente. Se excluyeron pacientes con insuficiencia renal (creatinina > 1,5mg/dl), angina, EPOC severo y enfermedad arterial periférica. Analizamos sus características basales y medimos el NT-proBNP en dos determinaciones seriadas en 3 meses y realizamos el test de los 6 minutos antes y después para descartar cambios significativos en el grado funcional.

Resultados: Excluimos 4 p. por inestabilidad clínica en el periodo de estudio. Los restantes 30 p. presentaban una edad media de 62.6 ± 12.2 años con una FE media de 24.2±6.68%. 20p se encontraban en grado funcional II (66,7%) y 10 p en grado funcional III. 26p eran hombres (86,7%), la etiología más frecuente de la IC era isquémica (73.3%) y el 76,7% estaba en tratamiento con beta-bloqueantes. Los valores medios del NT-proBNP y del test de los 6 minutos fueron 2237.3 pg/ml y 348.26 metros basales y a los 3 meses el NT-proBNP medio fue 2096,2 pg/ml y 372.05 metros. No encontramos diferencias entre estos valores en 3 meses. El coeficiente de correlación entre los valores del NT-proBNP en las dos determinaciones fue muy alto 0.95 (p< 0.001). **Conclusiones:** Los valores del NT-proBNP presentan una gran reproducibilidad en dos determinaciones seriadas en 3 meses en pacientes estables con insuficiencia cardíaca (NYHA II-III) con función ventricular izquierda deprimida.

11.- Manejo de los pacientes con insuficiencia cardíaca a nivel extrahospitalario. Resultados de un programa asistencial conjunto cardiología-atención primaria.

J.R. Siles, J. Ruiz de Castroviejo, E. Sánchez, L. Trapiello, N. Herrera

Unidad de Cardiología del Hospital Infanta Margarita

Introducción: En la actualidad la insuficiencia cardíaca (IC) constituye un importante problema de salud pública. La implicación del cardiólogo en el manejo diagnóstico, clínico y terapéutico se acompañará, invariablemente, de la participación extrahospitalaria de los médicos de Atención Primaria.

Objetivos y Pacientes: Análisis prospectivo de 80 pacientes ingresados en la unidad de Cardiología con el diagnóstico principal de IC. En una cohorte de 40 enfermos se llevó a cabo el programa asistencial conjunto por el médico de Atención Primaria y la unidad de Cardiología, a la que se requirió como apoyo para cualquier evento relacionado con la IC como optimización del tratamiento y/o desencadenantes de IC, además de nueva valoración clínica a petición del médico de Atención Primaria. Se ha valorado si una intervención de este tipo conlleva diferencias en cuanto a la tasa de reingresos por IC, mantenimiento y optimización de medicación prescrita al alta y mortalidad, comparándose con el manejo estándar de estos enfermos en nuestro medio.

Resultados: No había diferencias en cuanto a las principales características clínicas entre ambos grupos. Los 40 pacientes del grupo de intervención mostraron un alto grado de satisfacción por el abordaje conjunto de su enfermedad (100% vs 60%). A los 6 meses de seguimiento los reingresos totales por IC han sido un 4 en el grupo de intervención frente a 13 en el grupo control (p<0.02). En el grupo de intervención la tolerancia a la medicación ha sido mayor (88% vs 60%), así como la presencia y mantenimiento de betabloqueantes (22 vs 10 pacientes con p<0.009) como parte del tratamiento. La mortalidad ligeramente inferior en el grupo de intervención (3 vs 6) no ha alcanzado significación estadística (p=0.46).

Conclusiones: Estos resultados preliminares sugieren que un abordaje estrecho y conjunto (cardiología-atención primaria) conlleva un alto grado de adhesión al programa asistencial, disminuye el índice de reingresos hospitalarios, y complicaciones derivadas del tratamiento de la IC, no encontrando diferencias en cuanto a la mortalidad. Todo ello resalta la importancia de la coordinación que debe existir entre el cardiólogo y los médicos que asisten a este importante colectivo de enfermos que, entre otros, se debe fundamentar en los programas de formación continuada en IC.

13.- Pronóstico a corto plazo de los pacientes atendidos en Unidades de Insuficiencia Cardíaca. Estudio multicéntrico andaluz.

M. Anguita, M. Jiménez-Navarro, A. Martínez, F. Torres, J. M^a Pérez, O. Baun, J. Beltrán, F. García-Arbolea, J. Alvarez, E. de Teresa

Grupo de Trabajo de Insuficiencia Cardíaca. Sociedad Andaluza de Cardiología. Sevilla

Objetivos y Métodos: El pronóstico de la insuficiencia cardíaca (IC) sigue siendo muy adverso, a pesar de los avances experimentados en el tratamiento farmacológico. La no adecuación del tratamiento farmacológico y las dificultades para una correcta atención a los pacientes con IC derivada de la organización habitual de la asistencia al paciente con IC pueden influir en ese mal pronóstico. El **objetivo** de nuestro trabajo es evaluar el pronóstico a corto plazo de los pacientes con IC controlados en Unidades o Consultas específicas de insuficiencia cardíaca. Presentamos los datos de un registro realizado en 9 centros andaluces con consultas de IC que incluye 532 pacientes atendidos entre 2000 y 2002.

Resultados: La edad media de los 532 pacientes fue de 64 años, siendo mayores de 70 años el 37% de los pacientes. El 72% eran varones. El 73% habían presentado al menos 1 ingreso previo por IC. La etiología de la IC fue: isquémica (45%), hipertensión arterial (21%), miocardiopatía dilatada (17%), valvulopatías (13%) y otras (4%). El 86% se hallaban en clase funcional II o III. La fracción de eyección ventricular izquierda era inferior al 45% en el 75% de los casos. Tras la consulta en la Unidad de IC, recibieron diuréticos el 91% de los pacientes, IECAs el 80%, ARA 2 el 27%, Digoxina el 38%, Espironolactona el 42%, y Betabloqueantes el 69% de los casos. A los 6 meses de seguimiento, la mortalidad total fue del 5%, la tasa de reingresos por IC del 12%, la tasa de infarto agudo de miocardio del 6%, y la tasa de reingresos por otras causas cardiovasculares del 4%. En cuanto a procedimientos terapéuticos, el 3% fueron sometidos a revascularización coronaria, el 3% a cirugía valvular, y el 0,6% a trasplante cardíaco.

Conclusiones: Aunque el periodo de seguimiento es reducido, los resultados de este registro multicéntrico indican que el pronóstico a corto plazo de los pacientes con IC atendidos en Unidades específicas de IC es bueno, con tasas de mortalidad, reingresos y otras complicaciones cardiovasculares muy bajas, en comparación con series y ensayos clínicos publicados recientemente.

14.- Fibrosis miocárdica e insuficiencia cardíaca.

M. Jiménez Navarro, J. J. Gómez-Doblas, F. Cabrera Bueno, E. Cruz Ocaña, I. Rodríguez-Bailón, M. Ruiz-Galdón*, M. Morell*, E. Molero, E. de Teresa Galván

Servicio de Cardiología Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria de Málaga.
*Departamento de Bioquímica. Facultad de Medicina. Universidad de Málaga

El metabolismo del colágeno fibrilar en el corazón es un proceso equilibrado de síntesis y degradación. En pacientes hipertensos se ha apreciado una mayor síntesis que conlleva fibrosis intersticial y perivascular que produce alteraciones en la función miocárdica. Desconocemos la forma en que los marcadores de síntesis y degradación del colágeno se modifican en la insuficiencia cardíaca (IC) con y sin disfunción sistólica ventricular izquierda.

Métodos: Estudiamos en una cohorte de 70 pacientes (35 con insuficiencia cardíaca y depresión de la función sistólica ventricular izquierda (Grupo A); 35 con insuficiencia cardíaca y función sistólica ventricular izquierda conservada (Grupo B); así como en 30 individuos sanos que sirvieron de controles los niveles de marcadores de síntesis de colágeno tipo I (péptido C-terminal del procolágeno tipo I (PIP) y de degradación (telopéptido del colágeno tipo I (CITP), tras un ingreso por insuficiencia cardíaca. Excluimos aquellos pacientes con insuficiencia renal, enfermedad hepática, enfermedad autoinmune o del metabolismo óseo y heridas extensas.

Resultados: Encontramos mayores niveles del marcador de síntesis colágena (PIP) en los pacientes con IC respecto al grupo control ($140 \pm 56,38$ vs $113,66 \pm 36,6$ $\mu\text{g}/\text{L}$) ($p=0,01$) no apreciando diferencias en el marcador de degradación (CITP) en los pacientes con IC frente al control ($2,89 \pm 2,37$ vs $2,26 \pm 1,7$ $\mu\text{g}/\text{L}$). Las diferencias entre los niveles medios de PIP y CITP de los pacientes de los grupos A y B y el grupo control considerados de forma independiente no alcanzaron significación estadística ($141,85 \pm 68,8$; $138,17 \pm 40,83$; $113,66 \pm 36,66$ $\mu\text{g}/\text{L}$ y $3,19 \pm 2,64$; $2,60 \pm 2,06$; $2,26 \pm 1,7$ $\mu\text{g}/\text{L}$ respectivamente). Los pacientes del grupo B vs A tenían una mayor edad media ($70,3$ vs $63,8$ años), mayor porcentaje de Mujeres (68 vs 45%) y de hipertensión arterial (91 vs 48%).

Conclusiones: Los pacientes ingresados por IC presentan unos mayores niveles del marcador bioquímico de síntesis de colágeno tipo I (PIP) pero no del marcador de degradación (CITP) respecto a un grupo control. No encontramos diferencias en estos marcadores respecto al tipo de insuficiencia cardíaca con o sin disfunción sistólica ventricular izquierda.

16.- Influencia del metabolismo de la homocisteína en el pronóstico a medio plazo del síndrome coronario agudo.

J. M. García-Pinilla⁽¹⁾, S. Espinosa Caliani⁽²⁾, M. Jiménez-Navarro⁽²⁾, E. Muñoz Morán⁽³⁾, M^a Jesús Gaitán Arroyo⁽³⁾, J. J. Gómez-Doblas⁽²⁾, R. López-Salguero⁽²⁾, J. L. Peña Hernández⁽²⁾, A. Pérez-Cabeza⁽²⁾, A. Muñoz-García⁽²⁾, A. Reyes Engel⁽³⁾, E. de Teresa⁽²⁾

⁽¹⁾ Unidad de Cardiología. Hospital "Costa del Sol". Marbella

⁽²⁾ Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

⁽³⁾ Departamento de Bioquímica y Biología Molecular. Facultad de Medicina.

Universidad de Málaga. ⁽⁴⁾ In memoriam

Introducción: La hiperhomocisteinemia se considera un factor de riesgo para el desarrollo de la arteriosclerosis. La influencia de las alteraciones del metabolismo de la homocisteína (H) sobre el pronóstico de los pacientes (p) con Síndrome coronario agudo (SCA) está aún sujeto a numerosas controversias.

Material y métodos: Se estudiaron de forma prospectiva 155 p sometidos a coronariografía en relación con SCA entre 2001 y 2002. Se determinaron los niveles plasmáticos basales de H, folatos (F), vitamina B12 y el polimorfismo A677V de la enzima metiltetrahidrofolato reductasa (MTHFR). Analizamos las características clínicas y la aparición de eventos cardiovasculares mayores en el seguimiento (MACES: exitus cardiovascular, reinfarcto, ingreso por nuevo evento isquémico o necesidad de revascularización).

Resultados: La edad media fue de $62,18 \pm 11,04$ años. El 77% fueron varones. El 71% ingresaron en relación con SCA sin elevación de ST. En el 59% la función ventricular izquierda fue normal. El 74% fue revascularizado (61% de forma percutánea y 13% quirúrgica). En el 11,6% encontramos niveles infranormales de F. En el 64,5% existían niveles supranormales de H. Sólo un 3% presentó niveles bajos de B12. La distribución de variantes para el polimorfismo A677V de la MTHFR fue: AA 35,5%, AV 49% y VV 15,5%. En el seguimiento medio de $13,4 \pm 7,44$ meses un 31% de los p con H alta y un 44% de aquéllos con F bajo presentaron MACES frente a un 14,5% entre aquéllos con H normal y un 22% en los que tuvieron F normal ($p<0,03$ y $p<0,05$, respectivamente). Según el método de Kaplan-Meier, tanto la supervivencia libre de eventos (SLE) como la supervivencia total (ST) a dos años fue menor en los pacientes con F bajo (50% vs 74%, $p=0,01$; 59% vs. 93%, $p<0,001$). Asimismo, los p con H elevada presentaron una menor SLE a los dos años (64% vs 85%, $p<0,03$). No encontramos diferencias en la ST ni SLE para las tres variantes alélicas del polimorfismo A677V. En el análisis de ST y SLE mediante regresión de Cox, ninguna de las anteriores variables se identificó como predictor independiente de la aparición de eventos en el seguimiento.

Conclusiones: 1. En nuestra serie, los p con SCA, niveles elevados de H y/o niveles bajos de F presentan un pronóstico peor que el de aquéllos con niveles normales. 2. No encontramos diferencias pronósticas para ninguna de las variantes alélicas del polimorfismo A677V de la MTHFR. 3. Ninguna de las variables analizadas se mostró como predictor independiente de la aparición de eventos en el seguimiento.

15.- Variables predictoras de la oclusión de la arteria responsable del infarto de miocardio y extensión de la enfermedad coronaria en la angina postinfarto.

LF. Valenzuela. A. Recio, M. Chaparro, C. Carrascosa, F. Sánchez, J.B. Cruz Fernández

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Introducción: El objetivo de nuestro estudio es identificar aquellas variables clínicas que predicen la oclusión de la arteria responsable del infarto de miocardio (ARI) y la extensión de la enfermedad arterial coronaria en los pacientes con angina recurrente después de un primer infarto agudo de miocardio no complicado.

Método: Se revisan de forma consecutiva 181 pacientes con angina recurrente dentro de los primeros 30 días tras un primer infarto agudo de miocardio (IAM) no complicado. Las variables clínicas incluidas fueron: terapia trombolítica previa con criterios de reperfusión, cambios electrocardiográficos en ST-T durante el episodio de angina, duración del episodio, tiempo hasta la realización de la angiografía, número de episodios antes del cateterismo, historia previa de angina y factores de riesgo de cardiovasculares. Las variables angiográficas fueron: flujo TIMI de la ARI, número de vasos enfermos y la función ventricular.

Resultados: En 130 pacientes (72%), la terapia trombolítica se administró dentro de las 3 primeras horas después de IAM. 51 pacientes (28%), quienes no recibieron trombolisis, tenían mayor edad ($p<0,01$), presentaban más oclusiones de IRA ($p<0,05$) y lesiones multivaso ($p<0,05$) que los pacientes que habían sido fibrinolizados. Un análisis multivariable de regresión logística mostró los cambios electrocardiográficos durante la angina (OR 3.12 CI 95% 1,48-6,54, $p<0,01$) y la ausencia de terapia de trombolítica (OR 2,21 95% CI 1,11 a 4,43, $p<0,05$) como predictores independientes de oclusión de ARI. Los predictores clínicos independientes de lesión multivaso fueron la edad (OR 1,03 95% CI 1,01 a 1,06, $p<0,05$), historia previa de angina (OR 2,37 95% CI 1,06 a 5,28, $p<0,05$) y el número de factores de riesgo cardiovascular (OR 1,36 95% CI 1,00 a 1,92, $p=0,05$).

Conclusiones: 1) Los cambios electrocardiográficos durante la angina postinfarto son predictores independientes de la oclusión de la ARI a pesar de tratamiento trombolítico previo; 2) y la isquemia miocárdica recurrente parece depender del flujo de dicho vaso.

17.- Estudio de la influencia del estrés oxidativo basal en el pronóstico a medio plazo del síndrome coronario agudo.

J. M. García-Pinilla⁽¹⁾, S. Espinosa Caliani⁽²⁾, M. Jiménez-Navarro⁽³⁾, Carlos de Teresa⁽⁴⁾, M. Galisteo⁽⁵⁾, D. Camuesco⁽⁶⁾, J. Gálvez⁽³⁾, A. Zazuelo⁽³⁾, J. J. Gómez-Doblas⁽³⁾, J. Robledo⁽³⁾, A. Pérez-Cabeza⁽³⁾, L. Morcillo⁽³⁾, C. Sánchez⁽³⁾, E. de Teresa⁽²⁾

⁽¹⁾ Unidad de Cardiología. Hospital "Costa del Sol". Marbella

⁽²⁾ In memoriam

⁽³⁾ Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

⁽⁴⁾ Hospital San Juan de Dios. Granada

⁽⁵⁾ Departamento de Farmacología. Facultad de Farmacia. Universidad de Granada.

Introducción: El estrés oxidativo se asocia a la génesis de la arteriosclerosis y a la desestabilización de la placa en modelos experimentales *in vitro*. Los escasos estudios *in vivo* no han analizado la relación del estado redox con el pronóstico del Síndrome coronario agudo (SCA).

Material y métodos: Estudiamos de forma prospectiva 137 pacientes (p) sometidos a coronariografía en relación con SCA en los dos últimos años. Se determinaron los niveles plasmáticos de nitritos (N, índice de producción de óxido nítrico), malonildialdehído (MDA, marcador de estrés oxidativo sistémico) y la actividad glutatión peroxidasa (AGP, marcador del estado antioxidante sistémico). Estudiamos sus características clínicas y analizamos la aparición de eventos cardiovasculares mayores en el seguimiento (MACES: exitus cardiovascular, reinfarcto, ingreso por nuevo evento isquémico o necesidad de revascularización).

Resultados: La edad media fue de $61,76 \pm 10,96$ años. El 78% fueron varones. El 76% ingresaron en relación con SCA sin elevación de ST. En el 61% la función ventricular izquierda fue normal. El 74% fue revascularizado (60% de forma percutánea y 14% quirúrgica). Un 23% de los p presentaron MACES en el seguimiento medio de $13,4 \pm 7,5$ meses; en éstos la AGP fue mayor (media $2,38$ vs. $1,76$ mU/mg de proteína, $p<0,01$); pero no encontramos diferencias respecto a los niveles de N ni de MDA. Según el método de Kaplan-Meier, la supervivencia libre de eventos (SLE) a dos años fue menor en los pacientes con AGP por encima del percentil50 (63% vs 82%, $p=0,01$). Se utilizó un modelo de regresión de Cox para identificar variables relacionadas de forma independiente con la aparición de eventos en el seguimiento, obteniendo una relación directa con la AGP (hazard ratio: 1,77, IC al 95% 1,15-2,72; $p<0,01$).

Conclusiones: 1. En nuestra serie, los p con SCA y MACES en el seguimiento presentan mayor AGP basal plasmática. 2. La AGP elevada se identificó como predictor independiente de eventos en el seguimiento. 3. No encontramos diferencias pronósticas para los valores de N ni de MDA.

18.- Características diferenciales de las pericarditis agudas primarias con derrame severo sin taponamiento.

J. R. Siles, M. Anguita, J. Ruiz de Castroviejo, E. Sánchez, L. Trapiello, N. Herrera y J. Suárez de Lezo

Unidad de Cardiología del Hospital Infanta Margarita (Cabra).
Servicio de Cardiología del Hospital Reina Sofía de Córdoba

Introducción: La pericarditis aguda sin causa aparente puede debutar con derrame pericárdico severo (DPS). En estos casos la utilidad de la pericardiocentesis se encuentra menos fundamentada por la evidencia.

Objetivos y pacientes: En este análisis prospectivo de 35 pacientes, se han evaluado las características clínicas y etiológicas de las pericarditis primarias que debutaron con DPS sin taponamiento. Todos los enfermos se trataron con antiinflamatorios realizándose pericardiocentesis en aquellos con mala evolución clínica (taponamiento y/o persistencia del DPS a la semana del tratamiento).

Resultados: La formas más frecuentes en nuestra experiencia han sido las pericarditis idiopáticas con el 77% del total (27 casos), siendo las formas secundarias a hipotiroidismo las más numerosas de las formas secundarias. Tras el tratamiento con antiinflamatorios 24 pacientes respondieron de manera favorable y en los otros 11 se realizó pericardiocentesis (3 por taponamiento y 8 por persistencia del derrame a la semana del inicio de tratamiento). En estos últimos la incidencia de etiologías específicas ha sido significativamente mayor (tabla).

	DPS y Evolución favorable (n=24)	DPS y Evolución desfavorable (n=11)	p
Edad (años)	48±18	56±16	0.56
Sexo (varones)	16 (67%)	9 (82%)	0.60
Pericarditis previa	1 (4%)	1 (9%)	0.84
Colapso auricular	3 (13%)	3 (27%)	0.55
Etiología específica	2 (8%)	5 (45%)	0.03

Conclusiones: Los casos con DPS y respuesta favorable al tratamiento presentaron en nuestra experiencia, menor proporción de etiologías específicas que los que no respondieron al tratamiento con antiinflamatorios no esteroides (8 frente a 45%, p=0.03). Es por tanto en estos últimos en los que se justificaría una investigación etiológica exhaustiva, incluyendo una pericardiocentesis con fines diagnósticos, dada la mayor probabilidad de hallar una causa específica de la enfermedad.



**XXXIX CONGRESO DE LA SOCIEDAD
ANDALUZA DE CARDIOLOGIA**
Huelva, del 6 al 8 de Mayo de 2004

COMUNICACIONES ORALES-III
Hemodinámica
.....

8 de mayo a las 16,30 h.

Comunicaciones nº 19 a 27

19.- Tratamiento del SCA con ST elevado: ¿es la terapia combinada la mejor estrategia de reperfusión?

J. F. Martínez Rivero, P. A. Chinehurreta Capote, F. Sánchez Llorente, T. García Paredes, A. Vera Almazán, C. Corona Barrios, I. Piñero Uribe, C. Urbano Carrillo, F. Malpartida de Torres

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga

Objetivos: Asumiendo que la ACTP primaria es la mejor opción para el tratamiento del SCA con ST elevado persistente (SCASTE), buscamos la terapia de reperfusión farmacológica más eficaz y con menos complicaciones para centros que no disponen de Laboratorio de Hemodinámica las 24 h.

Introducción: Tras la publicación de los ensayos TIMI 14, GUSTO V y ASSENT 3 la terapia combinada (TC) (fibrinólisis 1/2 dosis + Abciximab + heparina) como estrategia de reperfusión ha quedado en entredicho al no mejorar la mortalidad respecto a la fibrinólisis estándar (FE) con derivados del t-PA y su aparente alta tasa de sangrado. Sin embargo dada su mayor eficacia y menor tasa de reoclusión en comparación con la FE (52% y 19% respectivamente en nuestro medio), hemos incorporado esta terapia al manejo del SCASTE en el caso de infartos extensos.

Material y métodos: En Marzo de 2002, como fase piloto, iniciamos el uso de TC en pacientes con SCASTE y sospecha de oclusión proximal de la arteria responsable (amenaza de IAM extenso). En los anteriores, elevación de ST en precordiales y descenso en territorio inferior o ascenso en aVR. En inferiores, elevación en II, III y aVF junto con precordiales derechas (V4R) positivas o elevación en V5-V6. En todos estos casos, en ausencia de contraindicaciones y con una edad menor de 75 años, se administró r-tPA (bolo 15 mg + perf. de 35 mg/60 min), Abciximab (bolo 0.25 mg/kg y perf. 0.125 mcgr/Kg/min) y heparina (bolo 60 U/kg y perf. 4 U/Kg/h). Criterios de eficacia de la terapia: descenso de ST > 70% en inferiores y > 50% en anteriores, y elevación enzimática precoz. En todos los casos se realizó ACTP facilitada en las primeras 24 h posteriores a la TC. Se realizó ACTP de rescate en caso de terapia fallida.

Resultados: De 470 pacientes consecutivos con SCASTE, se realizó TC en 36 (7.6%). Se consideró eficaz en 28 (78%), dudosa en 6 (16%) y fallida en 2 (5.6%). Tasa de reoclusión 0%. En 34 casos se inició en el área de Urgencias. Flujo TIMI pre-ICP: 3 en 65.7%, 2 en 20% y 0-1 en 14.3%. Recibieron stent 28 pacientes (77.8%). Como complicaciones de la TC: sangrado menor en 1 caso y plaquetopenia severa en otro caso. Fallecieron 3 pacientes (8.3%) (2 multivaso sin opción de ICP).

Conclusiones: En nuestro medio, la terapia combinada en infartos extensos ha sido eficaz y segura. Esta primera fase ha sentado las bases para el desarrollo de un protocolo de terapia de reperfusión "a la medida del paciente" (según estratificación de riesgo y medios disponibles) consensuado con el Área de Urgencias y los Sistemas de Emergencias Extrahospitalarios.

21.- Tratamiento de la estenosis intrastent mediante Stent recubierto con drogas (Taxus).

A. Recio, M. Chaparro, C. Carrascosa, J. M. Cubero, F. Sánchez, J. Cubero

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Introducción y objetivos: La reestenosis intrastent está asociada con una alta tasa de recurrencia tras el tratamiento con angioplastia con balón, sobre todo en la reestenosis difusa, siendo en estas lesiones el tratamiento de elección la braquiterapia. Actualmente nuevos stents que se encuentran recubiertos con drogas antiproliferativas han demostrado ser eficaces en la reducción de la reestenosis sobre vasos nativos, no existiendo datos concluyentes sobre su aplicación para el tratamiento de la reestenosis intrastent.

Metodología: Durante el año 2003 se trataron en nuestro centro a 21 pacientes (p) con 21 lesiones reestenóticas mediante el stent Taxus (Placlitaxel). En nuestra serie el 85,7% eran varones, con una edad media de 64 ± 9,2 años; 57,1% diabéticos, 81% hiperlipémicos, 76,2% hipertensos, 19% fumadores, 47,6% infarto de miocardio (IM) previo. La indicación clínica fue: angina inestable (AI): 90,5%; angina estable 9,5%. Los vasos tratados fueron: descendente anterior: 63%, coronaria derecha: 16%, circunfleja: 21%. Las lesiones por reestenosis intra-stent eran 37 (25,1%). La fracción de eyección media era del 53 ± 13%. Se usó Abciximab en el 33,6%.

Resultados: El éxito angiográfico del procedimiento fue del 100%, presentando 1 p (4,8%) un IAM Q₁ en relación con intento de revascularización de un vaso nativo. En el seguimiento a medio plazo 4,1 ± 1,6 meses el 95,2% se encuentra libre de eventos adversos (IM, revascularización, y muerte), presentando 1 p (4,8%) muerte súbita a los cuatro meses del seguimiento. Resultados a más largo plazo serán presentados próximamente.

Conclusiones: El tratamiento de la reestenosis intrastent mediante stent recubierto de drogas, está asociado a una alta tasa de éxito inicial, siendo esperanzadores los resultados a medio plazo, aunque es necesario un mayor seguimiento. Son necesarios estudios randomizados para demostrar su verdadera eficacia, y esclarecer su papel en el tratamiento de la reestenosis intrastent.

20.- Estudio prospectivo comparativo entre la vía radial y femoral en el infarto agudo de miocardio.

M. Fernández Quero, IS Díaz, F. Florian, S. Gómez, E. Arana, S. Ballesteros, JA P. F-Cortacero, JA. Fournier Andray

Sección de Hemodinámica. Servicio de Cardiología. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción y objetivo: El tratamiento del infarto agudo de miocardio (IAM) mediante intervencionismo coronario percutáneo con stent por vía arterial femoral (VAF) determina un excelente resultado clínico inmediato y un buen pronóstico. El objetivo de este estudio es comparar la seguridad y eficacia de la vía arterial radial (VAR) en relación con (VAF).

Métodos: Entre Mayo de 2001 y Enero de 2004 se incluyeron 213 pacientes (p) consecutivos con IAM < 12 horas tratados con implante percutáneo de stent. Se abordaron por VAR 136 p y por VAF 77 p. Se comparó entre ambos grupos el éxito del procedimiento, el tiempo de escopia, frecuencia de eventos cardíacos adversos mayores (ECAM) y el desarrollo de complicaciones locales.

Resultados: En ambos grupos (VAR vs.VAF), las características del procedimiento, la duración del tiempo de escopia, la frecuencia de éxito inmediato y de ECAM fue similar. En ningún caso se produjeron complicaciones locales por VAR.

	Grupo VAR	Grupo VAF	p
Tiempo escopia (min)(mediana)	18	15	0,185
ACTP multivaso (%)	34,6	29,9	0,484
Fracción de Eyección (%) (DS)	52 ± 11	50 ± 13	0,312
Éxito inmediato (%)	95,6	94,8	0,519
ECAM (%)	4,61	10	0,1
Complicaciones locales (p)	0	8	0,0001

Conclusiones: En el tratamiento percutáneo de pacientes con IAM, el abordaje por VAR tiene un resultado igual que el realizado por VAF, con una incidencia de complicaciones locales significativamente menor.

22.- Resultados inmediatos y a largo plazo del intervencionismo percutáneo en jóvenes.

M. Chaparro, A. Recio, J. M. Cubero, F. J. Sánchez, C. Carrascosa, D. Naranjo, J. M. Calderón, F. Marcos, J. Cubero

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Introducción: Pocos datos existen sobre la evolución de los pacientes jóvenes que se someten a intervencionismo percutáneo coronario.

Metodología: De 1998 al 2002 se trataron 71 pacientes (p) jóvenes, menores de 45 años: 87,4% hombres; edad media 40'3 ± 4'2 años; 12,7% diabéticos, 25,4% con historia familiar, 39,4% hipercolesterolémicos, 32,4% hipertensos, 91,5% fumadores, síndrome metabólico: 7%, 22,5% infarto de miocardio (IM) previo. La indicación clínica fue: angina inestable (AI): 56,3%; angina estable 2,8%; isquemia silente 1,4%; IAM no Q 8,5%; IAM Q 31%. La enfermedad de múltiples vasos se presentó en el 38%. Los vasos tratados fueron: Tronco coronario: 1,4%, descendente anterior: 64,8%, coronaria derecha: 45,1%, circunfleja: 29,6%. La fracción de eyección media era del 52 ± 12%. Se usó Abciximab en el 45,1%.

Resultados: El éxito del procedimiento fue del 95,8% y los eventos hospitalarios fueron: muerte 1,4% (durante el procedimiento) e IM 2,8%. Revascularización completa en el 80,4%. El seguimiento a largo plazo fue de 28'9 ± 12 meses, 54p (76,1%) estaban libres de eventos clínicos mayores (IM, revascularización, muerte): 16 pacientes tuvieron un curso desfavorable: 9 (12,9%) IM, 14 (20%) necesitaron nueva angioplastia, 15,7% por reestenosis, 4,3% por progresión de la enfermedad, 1 (1,4%) p falleció en el seguimiento. Fueron predictores de eventos (p < 0,05) en el análisis univariado: la longitud del stent, diámetro del vaso, y la fracción de eyección, siendo predictor independiente la longitud del vaso (p = 0,02 OR: 1,22; 95%IC 1,02-1,47).

Conclusiones: 1) El intervencionismo percutáneo en jóvenes, es una técnica segura y eficaz, que presenta una alta tasa de éxito inicial, asociada a una baja mortalidad a largo plazo. 2) Siendo predictor independiente de eventos la longitud del stent.

23.- Angioplastia coronaria en el anciano. Experiencia en un centro sin cirugía coronaria "in situ".

JF. Díaz, M. Villa, JM Sobrino, M Hidalgo, M. Castillo, A. Tobaruela, M. Herrera, A. Sánchez

Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

Aunque los ancianos aquejados de enfermedad coronaria constituyen una población de alto riesgo, los recientes avances en angioplastia coronaria (ACTP) podrían mejorar las expectativas en este grupo de pacientes (p). Presentamos nuestros resultados en una serie consecutiva de 92 p \geq 75 años sometidos a ACTP en un centro sin cirugía cardíaca in situ.

Entre Abril de 2000 y Diciembre de 2003, hemos realizado 1206 ACTP de las cuales 92 (7,6%) han sido practicadas en p con 75 o más años (78 \pm 2,8, 75-86 años), 66% hombres y 34% mujeres. La presentación clínica como síndrome coronario agudo sin elevación de ST (SCASEST) fue la más frecuente (68%), seguida de la angina estable invalidante (26%) y del infarto con elevación de ST (6%).

Comorbilidades y/o antecedentes cardiovasculares:

Diabetes	38%	Enfermedad vascular periférica	12%
HTA	75%	IAM previo	26%
Tabaquismo	21%	Cirugía previa	2%
Hipercolesterolemia	41%	ACTP previa	11%
Insuficiencia renal	9%	FEVI<45% o insuficiencia cardíaca	26%

La mayor parte sufría enfermedad multivasa (55%), aunque la mayoría de ACTP fueron monovasa (73%), con un 56% de revascularizaciones completas. Se implantaron stents en el 92% de los p. En 54 casos (59%) se usó cierre vascular y en 19 p (21%), anti IIb/IIIa. Se obtuvo éxito angiográfico en el 95% de los casos. Sólo se registró una complicación mayor (1 IAM no Q). Ningún p fue remitido a cirugía cardíaca. Hubo 4 casos de complicación vascular mayor (1 cirugía vascular). La estancia media postcateterismo fue de 3.26 \pm 3.27 días. La ACTP constituye hoy día una buena opción de tratamiento en p ancianos. La baja morbi-mortalidad intrahospitalaria sumada al alto porcentaje de éxito angiográfico aconsejan no restringir esta opción de tratamiento en este grupo de p.

25.- Eficacia y seguridad del intervencionismo coronario en pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación de ST en un centro sin cirugía cardíaca.

A. Ramírez, R. Cardenal, M. Guzmán, C. Pagola, A. Fajardo, C. Lozano, E. Vázquez, J. Muñoz, B. Jiménez, J. B. Armenteros, A. Tarabini

Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén.

Antecedentes: Los procedimientos de intervencionismo coronario (ICP) en pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación de ST (SCANEST) se consideran con alto riesgo de eventos cardíacos adversos a medio y largo plazo. Esto podría limitar la realización de ICP en laboratorios de cateterismo ubicados en hospitales sin cirugía cardíaca local. Sin embargo, la aparición de nuevos stents, uso de inhibidores GP IIb/IIIa ha incrementado la seguridad de los procedimientos intervencionistas.

Métodos: Con el objetivo de analizar los resultados inmediatos y a largo plazo de pacientes con SCANEST sometidos a ICP en un laboratorio de cateterismo sin cirugía cardíaca local, estudiamos un grupo de 415 pacientes sometidos a ICP en nuestro hospital (155 con SCANEST -grupo A, 260 con angina estable -grupo B). Analizamos los resultados clínicos a corto y medio plazo en nuestro laboratorio de cateterismo ubicado en un centro sin cirugía cardíaca.

Resultados: El uso de inhibidores GP IIb/IIIa fue mayor en el grupo A que en el grupo B (35 vs 12 %; p<0.001). Los resultados fueron similares en ambos grupos (muerte: 0.6% vs 0.4%; infarto agudo de miocardio 2.5% vs 1.6%, necesidad de reintervención urgente: 1.9% vs 1.3%; ns). Ningún caso precisó cirugía cardíaca urgente. Durante el seguimiento a largo plazo (13 \pm 16 meses) no hubo diferencias en cuanto a la incidencia de muerte (2% vs 2%), IAM (3% vs 4%), relCP (8,5% vs 10,2%) o cirugía de revascularización coronario (2% vs 2%). Las curvas de supervivencia actuarial libres de eventos fueron similares en ambos grupos.

Conclusión: En la era del stent coronario y de los inhibidores GP IIb/IIIa los resultados a corto y largo plazo después de ICP son similares en los pacientes con SCANEST frente a aquellos con angina estable. La estrategia invasiva precoz en pacientes con SCANEST es eficaz y segura en laboratorios de cateterismo sin cirugía cardíaca local.

24.- Influencia del uso de nuevos stent liberadores de fármacos en el daño miocárdico poststent.

A. Ramírez, C. Pagola, R. Cardenal, M. Guzmán, J. Muñoz, A. Fajardo, E. Vázquez, C. Lozano

Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén

Introducción: El ascenso de marcadores de daño miocárdico tras procedimientos de ICP se asocia a peores resultados a corto y largo plazo. Variables relacionadas con las características de la lesión y la técnica de implantación de stent pueden influir en el ascenso de estos marcadores. Pretendemos analizar si el uso de stents con recubrimiento de rapamicina se asocia con la aparición de daño miocárdico tras el procedimiento.

Métodos: Se estudiaron 65 pacientes consecutivos sometidos a implantación electiva de stent recubierto con rapamicina desde julio del 2002 a diciembre del 2003 (Grupo I) en comparación con 256 pacientes sometidos a implantación de stent convencional en este mismo periodo de tiempo (Grupo II).

Resultados: Ambos grupos presentaron similar proporción de pacientes hipertensos (38% en grupo I vs 43% en grupo II; ns), diabéticos (28% vs 23%, ns) antecedentes de IAM (36% vs 32%, ns). En el grupo I existió una mayor proporción de pacientes con antecedentes de revascularización previa (14% vs 6%, p<0.05). Ambos grupos fueron similares en cuanto a presentación clínica. No existieron diferencias en cuanto al número de vasos tratados (1.2 \pm 0.4 vs 1.4 \pm 0.5; ns) y FEVI (0.48 \pm 0.11 vs 0.53 \pm 0.13; ns). En el grupo I la longitud de la lesión fue superior (18.9 \pm 2.5mm vs 13.8 \pm 1.6mm; p<0.001). El 25% de los pacientes del grupo I y el 28% de los pacientes del grupo II recibieron tratamiento erectivo con anti IIb/IIIa. En los pacientes del grupo I la longitud stentada por paciente fue superior al grupo II (42 \pm 28mm vs 26 \pm 17 mm; p<0.05). El pico de troponina I tras el procedimiento fue similar en ambos grupos (0.24 \pm 0.22 ng/ml vs 0.28 \pm 0.27; ns), así como la tasa de IAM no Q tras el procedimiento (3.1% vs 1%, ns).

Conclusión: El uso de stent liberador de rapamicina no parece aumentar el daño miocárdico tras el procedimiento, a pesar de que se trataron lesiones más complejas y de que se asocia a una mayor longitud arterial stentada por paciente.

26.- Angioplastia coronaria del octogenario. ¿Recurso terapéutico o riesgo inaceptable?.

JF. Díaz, M. Villa, JM. Sobrino, C. Camacho, A. Tristáncho, A. Tobaruela, M. Herrera, A. Sánchez

Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

La edad muy avanzada ha sido considerada tradicionalmente una limitación para angioplastia coronaria (ACTP). Recientemente han sido publicadas series de pacientes (p) mayores de 75 años (a) sometidos a ACTP con aceptables resultados. Hemos querido comprobar si existen diferencias en la evolución intrahospitalaria de los p ancianos (\geq 75 años) sometidos a ACTP en nuestro medio según pertenezcan a dos grupos de edad diferentes: 75-79 a (grupo A) o \geq 80 a (grupo B).

De 1206 ACTP realizadas en nuestro centro hasta diciembre-03, 92 (7,6%) corresponden a p \geq 75 a (66 p en el grupo A y 26 p en el B).

	Grupo A	Grupo B
Sexo	45/21	17/9
Diabetes	39%	34%
HTA	71%	84%
Hiperlipemia	45%	30%
FEVI<45%	19%	23%
IAM previo	34%	22%
Enf. vascular	10%	15%
Insuf. renal	6%	15%

La presentación clínica más habitual en ambos grupos fue la angina inestable/IAM no Q (A 65% vs B 76%). Sólo 5 p fueron sometidos a ACTP por IAM, todos del grupo A. No hubo diferencias entre ambos grupos en la presencia de enfermedad multivasa (A 50% vs B 61%), ACTP de más de una lesión (A 24% vs B 34%), en conseguir revascularización completa (A 57% vs B 53%), uso de cierre vascular (A 65% vs B 44%, p=0.06), uso de anti IIb/IIIa (A 22% vs B 15%) o uso de stent (A 92% vs B 92%). Se consiguió el éxito angiográfico en el 95% de los p del grupo A y el 92% del B. No se registró mortalidad ni derivación a cirugía, con sólo 1 IAM no Q (grupo A). Hubo 4 complicaciones vasculares, 3 en el A (4%) y 1 en el B (3%, pNS). La estancia media postcateterismo fue similar (3,36 días vs 3 días).

La evolución intrahospitalaria de los p octogenarios sometidos a ACTP es buena y no difiere de la de los ancianos de menor edad, por lo que no debería restringirse esta técnica basándose únicamente en la edad.

27.- Angioplastia coronaria asistida mediante balón de corte.

M. Villa, JF. Díaz, C. Camacho, JM. Sobrino, A. Tristanchó, A. Torabuella, M. Herrera, A. Sánchez

Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

.....

El balón de corte (BC) es un dispositivo reincorporado recientemente a la angioplastia coronaria (ACTP) que combina un mecanismo de expansión y de incisión de la placa. Su uso podría aportar ventajas sobre la dilatación con balón convencional en determinadas situaciones clínicas. Presentamos nuestra experiencia con BC en una serie consecutiva de pacientes (p) en los que hemos utilizado esta opción terapéutica.

Entre Junio de 2003 y Enero de 2004 35 p y 38 lesiones (30 hombres y 5 mujeres, 66 ± 10 , 44-81 años) han sido sometidos a ACTP asistida con BC (relación balón arteria: 0.94:1). El 45% de los p sufría un síndrome coronario agudo (SCA) y un 55% angina estable. Las lesiones abordadas fueron reestenosis intrastent en un 34% de los casos (c) y lesiones de novo en un 66%. Los vasos dilatados fueron: descendente anterior (20c-53%), coronaria derecha (15c-39%), circunfleja (1c-3%) y tronco común izquierdo (2c-5%). En 24c (63%) la lesión estaba calcificada, en 12c (32%) la localización era ostial en 5c (13%) bifurcado. Se encontró enfermedad multivaso en el 74% de los pacientes, y en el 42% de los procedimientos se llevó a cabo una ACTP multivaso, siendo multilesión el 55% del total. El procedimiento se completó con stent coronario en el 82% de las lesiones, con una tasa angiográfica de éxito del 95%.

En 11 casos (29%) no se consiguió la navegación inicial del BC; en 8 se solucionó con dilatación con balón convencional y sólo en 3 casos (8% del total de la serie) no fue finalmente posible la dilatación con BC. Como única incidencia intraprocedimiento, se produjo una disección coronaria compleja que se solventó con implante de stent. En un 26% de los casos se precisó postdilatación final con balón no compliant a 18-20 atm.

No se registraron complicaciones mayores intrahospitalarias, y en el seguimiento clínico al mes sólo un paciente presentó recidiva clínica de angina (1/35, 3%). Se trataba de una reestenosis precoz que se redilató con balón convencional.

Esta serie aporta más datos sobre la seguridad y eficacia del uso del BC en pacientes con enfermedad coronaria compleja en nuestro medio.



**XXXIX CONGRESO DE LA SOCIEDAD
ANDALUZA DE CARDIOLOGIA**
Huelva, del 6 al 8 de Mayo de 2004

COMUNICACIONES ORALES-IV
Cirugía, Arritmias
.....

8 de mayo a las 16,30 h.

Comunicaciones nº 28 a 36

28.- ¿Es necesaria siempre la cirugía en la endocarditis infecciosa sobre cable de marcapasos?.

M. Ruiz, M. Anguita, J.C. Castillo, F. Torres*, S. Ojeda, M. Delgado, E. Romo, D. Mesa, M. Franco, F. Vallés

Servicios de Cardiología. Hospital Reina Sofía. Córdoba

*Hospital Costa del Sol. Marbella

Introducción: La actitud tradicionalmente indicada ante la endocarditis sobre cable de marcapasos (EIMP) es la cirugía con la explantación del sistema infectado, aunque esta indicación se basa en recomendaciones de expertos. El objetivo de este trabajo es revisar nuestra experiencia en esta patología.

Pacientes y métodos: Desde 1987 hasta 2003 se han incluido prospectivamente todos los casos de endocarditis infecciosa diagnosticados en pacientes mayores de 14 años (criterios de Von Reyn y Durack) en dos hospitales, uno terciario y otro comarcal, excluyendo a los pacientes drogadictos. Se han analizado las características clínicas, el tratamiento y pronóstico de los pacientes con EIMP.

Resultados: De un total de 252 casos, 10 presentaron EIMP. La edad media fue de 62±12 años (rango 45-84 años), con un 82% de varones. Sólo en un caso la enfermedad se produjo en el post-implante inmediato. La puerta de entrada fue digestiva en 1 caso, vías periféricas en 2, el procedimiento del implante en 1 y no identificada en 7 casos. Los microorganismos encontrados fueron estafilococo áureus en 4 casos, estafilococo epidermidis en 5, enterococo en 1 y no identificado en 1. Se observaron vegetaciones con ecocardiograma en el 82% de los casos, con un tamaño medio de 14±7 mm. Las complicaciones fueron: sepsis persistente en 6 casos, insuficiencia renal aguda en 2, embolismos sépticos en 1 e insuficiencia cardíaca derecha en 1. Se realizó cirugía durante el ingreso en 8 casos, en 5 por persistencia de la sepsis, en 1 por glomerulonefritis aguda y en dos por tratarse de EIMP. Se realizó sólo tratamiento médico en 3 pacientes, en 2 por avanzada edad y en uno por presentar cáncer de colon. Fallecieron 3 pacientes durante el ingreso (27%, sin diferencias significativas con el resto de la serie, 18%, p=0.43): 2 tras la cirugía (uno por arritmias ventriculares refractarias y otro por sepsis persistente) y otra paciente por sepsis e insuficiencia renal severa, en la que se había decidido tratamiento médico por edad avanzada y mal estado general. Tras un seguimiento de 15±15 meses, no se han producido muertes ni cirugías tardías.

Conclusión: Algunos pacientes con EIMP presentan buena evolución sin necesidad de cirugía, lo que sugiere que el tratamiento quirúrgico no es imprescindible de entrada en esta situación, sino que su indicación podría ser similar al resto de endocarditis infecciosas.

30.- Abordaje de la fibrilación auricular de debut en el área de urgencias y seguimiento a medio plazo.

J. Ruiz de Castroviejo, J. R. Siles, E. Sánchez, L. Trapiello, N. Herrera

Unidad de Cardiología del Hospital Infanta Margarita

Introducción: La fibrilación auricular es la arritmia más frecuente en la práctica clínica diaria, siendo motivo frecuente de consulta en los Servicios de urgencias.

Objetivos y pacientes: Conocer el manejo y posibles diferencias de abordaje de los pacientes con fibrilación auricular de debut (FAD), dependiendo del perfil del paciente y de los servicios médicos implicados en su manejo, con un seguimiento clínico a medio plazo en las consultas externas de Cardiología. Se realizó un estudio de 80 pacientes en el año 2003, en los que el diagnóstico principal fue FAD.

Resultados: La edad media ha sido de 64±10 años. Las condiciones clínicas más prevalentes fueron HTA (65%), IC (incluida la derecha), y broncopatía crónica con un 40%, cardiopatía isquémica crónica en el 34% y otras causas menos frecuentes (10%) como ausencia de cardiopatía estructural, valvulopatías, hipertirodismo, síndrome febril, ingesta de alcohol y otros tóxicos. El intento de revertir a ritmo sinusal se llevó cabo en el 70%. La cardioversión eléctrica en 9 pacientes con compromiso hemodinámico fue efectiva en todos. La amiodarona ha sido el fármaco más utilizado, sin embargo la participación de Cardiología, conlleva una mayor utilización de cronotropos negativos (betabloqueantes y diltiazem) y fármacos del grupo IC, con mayor el porcentaje de cardioversiones exitosas, aunque no significativa al igual que la persistencia del ritmo sinusal a los 6 meses (tabla).

	Urgencias (n=55)	Cardiología (n= 25)	P
Uso Amiodarona	45(81%)	10(40%)	<0.001
Restauración R.Sinusal	38(69%)	20(80%)	0.45
Edad	69	51	<0.001
Patología concomitante	43(78%)	11(44%)	<0.01
Persistencia RS (6 meses)	33(60%)	16(64%)	0.67

Conclusiones: En el 75% de los pacientes con FAD, se consigue restaurar el ritmo sinusal, siendo la comorbilidad por patologías asociadas condicionante para una mayor estancia hospitalaria. Globalmente en dos terceras partes de los enfermos que componen la serie se mantiene el ritmo sinusal a los seis meses.

29.- Efectividad y seguridad de un protocolo prospectivo de anticoagulación en los pacientes ≥75 años con fibrilación auricular crónica no valvular.

E. Romo Peñas, M. Ruiz Ortiz, D. Mesa Rubio, M. Franco Zapata, M. Anguita Sánchez, A. López Granados, J.M^a Arizón del Prado, F. Vallés Belsué

Servicio de Cardiología. Hospital Reina Sofía. Córdoba

Introducción: Los ensayos clínicos han demostrado que la anticoagulación oral (ACO) disminuye las complicaciones tromboembólicas en la fibrilación auricular no valvular (FANV). Pueden existir dudas de que estos resultados sean extrapolables a los pacientes ≥75 años de la práctica clínica diaria. Nuestro trabajo pretende valorar si un protocolo prospectivo de ACO en la FANV, basado en las Guías de Práctica Clínica de la Sociedad Española de Cardiología (GPC-SEC) es eficaz y seguro en estos pacientes.

Pacientes y métodos: Desde el 1/2/2000 hasta el 1/2/2002 se han incluido en el protocolo todos los pacientes ≥75 años con FANV crónica revisados en dos consultas de cardiología y se han seguido prospectivamente, analizando los eventos mayores (muerte, ictus, accidente isquémico transitorio, embolia periférica o hemorragia severa) por grupo de tratamiento.

Resultados: En ese período de tiempo, se incluyeron un total de 281 pacientes en el protocolo. De ellos, fueron anticoagulados 165 pacientes (83% de los que no tenían contraindicación a ACO, 58% del total). La edad media de los pacientes anticoagulados (PAC) fue menor que la de los no anticoagulados (PNAC) (79±3 versus 81±4 años, p<0.001). Los PAC presentaron una mayor frecuencia de hipertensión (76% versus 63%, p=0.015), diabetes (30% versus 14%, p=0.001), embolismo previo (19% versus 7%, p=0.005), cardiopatía isquémica (14% versus 3%, p=0.001), un mayor número absoluto de factores de riesgo cardioembólicos (2.8±1.1 versus 2.2±0.9, p<0.001) y una menor frecuencia de FANV aislada (17% versus 33%, p=0.002). Los PNAC fueron antiagregados en el 93% de los casos (el 95% con aspirina). Tras un seguimiento de 19±14 meses (94.7% de pacientes seguidos) y a pesar de un peor perfil de riesgo cardioembólico, la tasa de eventos embólicos (1.3% versus 14.9%, p<0.001) y la mortalidad (5.7% versus 14%, p=0.02) fueron menores en los PAC que en el resto, sin que hubiera diferencias significativas en la tasa de hemorragias severas (4.4% versus 1.9%, p=0.26).

Conclusión: El tratamiento con ACO en la FANV de acuerdo con las GPC-SEC es seguro y eficaz en pacientes ≥75 años de la práctica clínica diaria.

31.- Análisis de la respuesta al test de tabla basculante en los pacientes con síncope e hipertensión arterial.

G. Barón, J. I. Valle, A. Campos, S. Gómez, A. Cayuela, A. Pedrote, J. Burgos, A. Martínez y F. Errázquin

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: Muchos de los pacientes con síncope padecen además Hipertensión Arterial (HTA) sin embargo su respuesta al test de tabla basculante (TTB) no ha sido estudiada. Con idea de conocerla hemos analizado de forma prospectiva las diferencias existentes en relación a la HTA en todos los pacientes sometidos a TTB para estudio de síncope.

Materiales: Se incluye prospectivamente a los 166 pacientes con síncope (84 mujeres, 50,6%) estudiados con TTB en nuestro Servicio desde Enero de 2003. Ciento diecinueve pacientes no eran hipertensos (Grupo A), mientras que 47 sí lo eran (Grupo B). Hemos utilizado siempre el protocolo Italiano para el TTB. Las variables no normales se expresan como mediana (rango intercuartil) y se compararon con test χ^2 y test de Mann-Whitney. Se consideró significativa p<0,05 y usamos V11.5 SPSS.

Resultados: Comparado con el grupo A, en el grupo B los pacientes eran mayores (p=0,0001), había más varones (p=0,01), el perfil vasovagal era más bajo (p<0,005), tenían menos tiempo de evolución de los síncope (p=0,047) y mayor porcentaje de Diabetes Mellitus (p=0,05). El TTB fue positivo en 84 pacientes (70,6%) del grupo A y 28 (59,6%) del grupo B; p=0,17(NS). La positividad al TTB ocurrió durante la fase basal en 13 (10,9%) y 5 (10,6%) pacientes, y durante la fase de NTG en 71 (59,6%) y 23 (48,9%) pacientes del Grupo A y B respectivamente, sin que haya diferencias entre ambos grupos {p=0,48(NS)}. Cuando analizamos el minuto de aparición del síncope en cada fase, no hemos encontrado diferencias entre ambos grupos en la fase basal (15 (7, 21) vs 9 (6, 17, 5); p =0,44(NS) ni tampoco en la fase de NTG (3 (3, 5) vs 3 (3, 5); p=0,9(NS). Al analizar el tipo de respuesta positiva se observa que la predominante en ambos grupos ha sido el tipo III (40,5% vs 39,3%) seguida del tipo I (29,8% vs 28,6%) y por último el tipo II (25,4% vs 17,8 %) ($\chi^2=0,5$; p =0,7).

Conclusión: En nuestra experiencia, los pacientes con síncope que sufren hipertensión arterial son diferentes a los que no la sufren, sin embargo la respuesta de ambos al TTB es idéntica, lo que valida su utilización en esta población.

32.- Comparación de la defibrilación eléctrica monofásica y bifásica para cardioversión transtorácica de pacientes con fibrilación auricular.

R. Cardenal, A. Ramírez, C. Lozano, E. Vázquez, C. Pagola, M. Guzmán, J. Muñoz, A. Fajardo

Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén.

Objetivos: Comparar la eficacia de cardioversión en pacientes con fibrilación auricular persistente mediante utilización de dos sistemas de defibrilación: onda de corriente monofásica frente a bifásica rectilínea con uso de energías elevadas iniciales y colocando las palas en posición convencional.

Métodos: Se trata de un estudio retrospectivo de 45 pacientes consecutivos tratados mediante cardioversión eléctrica en nuestro centro desde junio del 2002 a enero del 2004. Los 29 primeros recibieron descarga monofásica y los 16 siguientes fueron cardiovertidos mediante defibrilador bifásico.

Resultados: El 17,2% de los 29 pacientes tratados con un choque monofásico de 200 J revirtieron a ritmo sinusal, comparados con el 63,3% de los 16 pacientes tratados con un choque bifásico inicial de 150 J ($p < 0.001$). Después de un segundo choque (300 J monofásico y 200 J bifásico) el 34% del grupo monofásico frente al 82% en el grupo bifásico revirtieron a ritmo sinusal ($p > 0.001$). Tras completar el protocolo con un tercer choque (360 J monofásico y 250 J bifásico) la eficacia global fue similar en ambos grupos (86,2% en monofásico y 91% en bifásico; ns). La energía media acumulada usada para conseguir la cardioversión exitosa fue de 715 J en el grupo monofásico y de 277 J para el grupo tratado con descarga bifásica. ($p < 0.001$).

Conclusión: La utilización de un protocolo de cardioversión externa monofásica con una secuencia de 200-300-360 J presentó una eficacia similar que mediante el uso de un protocolo con descarga bifásica rectilínea con secuencia de 150-200-250 J. Esta eficacia similar se consigue a pesar de utilizar un menor nivel de energía liberada en el grupo tratado con choque de onda bifásica.

34.- Nuevos tratamientos de inducción en el trasplante cardíaco.

A. Campos, E. Lage, R. Hinojosa, M. Fernández, A. Aguilera, S. Cabezón, A. Cayuela, E. Quintana, A. Ordóñez, A. Martínez

Unidad de Trasplante Cardíaco. Cardiología.
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Objetivo: Comparar la efectividad de la terapia de inducción con Daclizumab (zenapax) frente a la clásica con OKT3 como prevención del rechazo agudo repetitivo.

Material y Métodos: Del total de 124 pacientes trasplantados cardíacos en nuestra Unidad desde 1997, hemos analizado de manera retrospectiva a 30 pacientes consecutivos que recibieron OKT3 (5mg/día iv del día 0 al 6) y a los 22 pacientes que recibieron daclizumab (1 mg/kg iv en cinco dosis separadas entre sí 2 semanas) como tratamiento de inducción, más ciclosporina o tacrólimus, micofenolato y esteroides. El seguimiento medio fue de 23,21±18 meses.

Resultados: No existían diferencias significativas entre los grupos en cuanto a variables demográficas, tipo de cardiopatía o presencia de factores de riesgo cardiovascular. La incidencia de rechazo agudo $\geq 3A$ confirmado con biopsia fue del 45,5% en el grupo de daclizumab frente al 73,3 % del de OKT3 ($p < 0,05$). Aparecieron efectos secundarios significativos en el 15,0% del grupo de daclizumab y en 20,7 % del de OKT3 ($p=ns$). En el seguimiento fue necesario modificar la terapia inmunosupresora por nefrotoxicidad o rechazo en el 51,7 % del grupo de OKT3 y en el 10% de daclizumab ($p < 0,05$). La mortalidad fue similar en ambos grupos.

Conclusiones: Estos datos sugieren que daclizumab, con similar tolerabilidad, se asocia a menor número de rechazos $\geq 3A$ confirmados mediante biopsia y a menor necesidad de modificación del tratamiento inmunosupresor en el seguimiento a medio plazo.

33.- Eficacia de la amiodarona para el control de las descargas frecuentes en pacientes con DAI.

A. Campos, A. Pedrote, F. Florián, E. Arana, L. García Riesco, D. Gascón, J.M^a Fernández, G. Barón, A. Cayuela, F. Errázquin

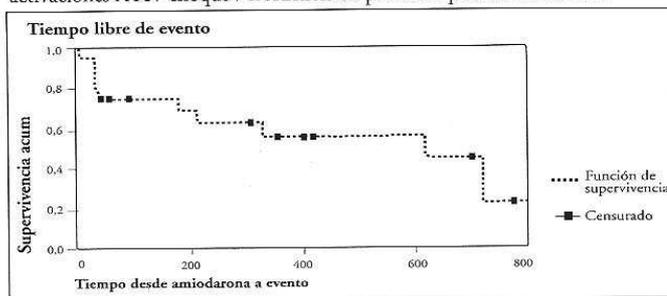
Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción y objetivos: La terapia administrada por el desfibrilador puede ser emocionalmente traumática para el paciente, especialmente si se produce de forma reiterada. La amiodarona en casos seleccionados podría disminuir el número de terapias apropiadas y espaciar el intervalo entre las mismas.

Material y Métodos: De un total de 192 DAI implantados en nuestra Unidad, 20 pacientes (75% varones, edad media 63,3±18,5 años) recibieron amiodarona por terapias apropiadas frecuentes. El 55% tenía cardiopatía isquémica y la fracción de eyección estaba severamente deprimida en el 50% de los casos. Recibían tratamiento betabloqueante el 60% de los pacientes. La amiodarona se administró a dosis de carga (600 mg/día durante 2 semanas) continuando a dosis de mantenimiento (200 mg/día) de manera indefinida.

Resultados: En un seguimiento medio de 37,4±22,4 meses, el 50% de los pacientes no tuvieron activación del DAI tras la amiodarona. El tiempo hasta la primera descarga se prolongó de 115,5±111,1 días a 259,7±225 días ($p=0,1$). El número total de activaciones del dispositivo por arritmias ventriculares se redujo de 13,5±11,2 a 8,1±8 (p ns). No hubo que retirar la amiodarona por efectos indeseables. La supervivencia fue del 90%.

Conclusión: La amiodarona es un fármaco eficaz y seguro para el control de las activaciones ATP/ choque / frecuentes en pacientes portadores de DAI.



35.- Tumores cardíacos primarios: Nuestra experiencia en el manejo diagnóstico y terapéutico en los últimos 30 años.

A. González, A. Hernández, A. Adsuar, J.G. Pareja, J.M. Borrego, E. Gutiérrez, E. Lage, A. Ordóñez

Hospital Virgen del Rocío

Los tumores cardíacos son poco frecuentes. Existe una gran variabilidad de diagnóstico histológico, presentación clínica, tratamiento y pronóstico fundamentalmente en relación a la edad de presentación.

El **objetivo** de este estudio es evaluar en nuestra serie de tumores cardíacos primarios, incidencia, histología, localización, tratamiento y evolución en relación a la edad de presentación.

Metodología: Se ha realizado un estudio clínico retrospectivo de 55 pacientes con tumor cardíaco primario en nuestro Servicio en los últimos 30 años recogiendo variables clínicas, quirúrgicas y de resultados.

Resultados: Los pacientes fueron divididos en 3 grupos de edad: menores de 15 años, de 15 a 45 años y mayores de 45 años. La incidencia de tumores cardíacos primarios derivada a Cirugía Cardiovascular en nuestra población de referencia oscila entre 1 y 3 casos/año. En los menores de 15 años se registraron 17 casos encontrándose un 76,6% por debajo del año y medio de vida. Entre 15-45 años recogimos 13 casos con una edad media de 35,9±7,8 años y en mayores de 45 años estudiamos 23 casos con edad media 60,7±8,8. El diagnóstico predominante en los menores de 15 años fue el rhabdomioma con un 17,6% seguido de hemangioma y teratoma con un 11,8% respectivamente (83% de tumores benignos). Entre 15 y 45 años predominó el mixoma con un 30,8% seguido de los tumores mesoteliales (23,1%) (75% de tumores benignos) y en los mayores de 45 años el mixoma fue con diferencia el más frecuente (76%) seguido de tumores mesoteliales (88% de tumores benignos).

En relación a la localización, los mixomas se encontraron en aurícula izquierda fundamentalmente (75%) seguido de aurícula derecha (16,6%) y los tumores mesoteliales se localizaron en pericardio en un 78%. En el resto de las histologías predominó la localización ventricular. Los síntomas predominantes en los neonatos y lactantes fue la cianosis mientras que en adultos fue disnea y dolor torácico encontrándose como dato radiológico en todas las edades la cardiomegalia. Los tumores más embolígenos fueron los mixomas (20,8%) y fibroelastomas.

De los tumores resecados con CEC el tiempo medio de anoxia fue 39,2±18 minutos y el de CEC 67,6±24 minutos.

Con un seguimiento medio de 16 meses no se encontró ninguna recidiva en los resecados y dos casos metastatizaron (tumor mesotelial y teratoma). En los mixomas la supervivencia fue de 95,24% sin casos de recidivas.

36.- Predictores de mortalidad en cirugía cardiovascular.

JR. López Aguilar, AM. Ferrere Araujo, P. Camacho Laraña, R. Hinojosa Pérez, A. Herruzo Avilés, C. Gómez Navarro, A. Guisado Rasco, G. Retegui García

Servicio de Cardiología. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

Objetivos: Analizar la correlación entre mortalidad global observada en pacientes sometidos a Cirugía Cardiovascular (CCV) con la mortalidad esperada según el análisis de diversos predictores de mortalidad prequirúrgica.

Material y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de pacientes sometidos a CCV e ingresados en el postoperatorio en la UCI en el período Dic2002-Dic2003. Analizamos la mortalidad global observada y comparamos los resultados con la mortalidad esperada según escalas predictoras de mortalidad prequirúrgica: Parsonet y Euroscore. Se establecen tres grupos: 1: pacientes fallecidos tras cirugía de revascularización, 2: fallecidos tras cirugía valvular; 3: fallecidos tras otros tipos de CCV.

Resultados: Evaluamos un total de 286 pacientes con una mortalidad global observada del 8.7%. **Grupo 1:** mortalidad del 6.6% entre pacientes sometidos a cirugía de revascularización. El 14.9% presentaban bajo riesgo según escala de Euroscore frente al 87.5% en escala de Parsonet:

	Sensibilidad	Especificidad	Comentarios
Parsonet	14,1%	100%	Alta tasa de falsos negativos
Euroscore	71,4%	48,3%	Alta tasa de falsos positivos

Grupo 2: mortalidad del 9.4% en pacientes sometidos a cirugía valvular. El 18.7% presentaba bajo riesgo según Euroscore frente al 43.7% del Parsonet:

	Sensibilidad	Especificidad	Comentarios
Parsonet	56,2%	70%	Alta tasa de falsos negativos
Euroscore	81,2%	31,2%	Alta tasa de falsos positivos

Grupo 3: no valorable por escaso volumen muestras.

Conclusiones: Ninguna de las dos escalas son fiables por si solas como predictor de mortalidad prequirúrgica, siendo el análisis simultánea de ambas (Euroscore con mayor Sensibilidad y Parsonet con mayor Especificidad) la que da una mayor aproximación con la mortalidad global observada en nuestro Hospital.



**XXXIX CONGRESO DE LA SOCIEDAD
ANDALUZA DE CARDIOLOGIA**
Huelva, del 6 al 8 de Mayo de 2004

COMUNICACIONES ORALES
Dr. PEDROTE

8 de mayo a las 12,00 h.

Comunicaciones nº 37 a 46

37.- Tratamiento percutáneo de la enfermedad de tronco común izquierdo en un centro sin cirugía cardíaca "in situ".

M. Villa, JF Díaz, JM Sobrino, C. Camacho, M. Márquez, A. Tobaruela, M. Herrera, A. Sánchez

Hospital Juan Ramón Jiménez

Recientemente se han publicado resultados esperanzadores de la revascularización percutánea con stents coronarios en pacientes (p) con enfermedad de tronco común izquierdo (TCI), principalmente en centros de referencia con gran volumen de intervencionismo y cirugía coronaria (CABG) en la propia institución. Presentamos nuestra experiencia clínica en pacientes no seleccionados, en el mundo real de la cardiología intervencionista, en un centro sin CABG in situ.

Entre Abril-00 y Enero-04 se han realizado en nuestro centro 1.248 ACTP: 22 (1,8%) lo fueron del TCI: en estos 22 p (17 hombres y 5 mujeres, media 71 años, 44-83), las indicaciones fueron las siguientes: angina estable (1 p, 4%), síndrome coronario agudo (14 p, 64%), infarto agudo de miocardio (IAM) (5 p, 23%), y ACTP de TCI como resolución de una disección retrógrada y atrógena (2 p, 9%). 3 de los p con un IAM estaban en situación de shock cardiogénico. Todas fueron ACTP de tronco no protegido. 4 de los p tenían una ACTP previa sobre otras lesiones. La mayoría de las ACTP se realizaron sobre la bifurcación (12, 55%), en 3 p la estenosis se focalizaba en el segmento medio (14%) y en 7 (31%) la afectación era ostial.

La fracción de eyección media era de un $55 \pm 10\%$. Se realizó intervencionismo en otros segmentos coronarios en 10 casos (45%), y se implantaron stents recubiertos en el tronco en 6. 7 p eran malos candidatos para CABG; de los que tenían opciones quirúrgicas (13p, 59%) 5 tenían una situación clínica que limitaba la misma, 4 eran > 80 años, 1 p tenía una comorbilidad excesiva y en 3 p se decidió la ACTP frente a la CABG.

El éxito angiográfico inicial se consiguió en todos los p; sólo hubo una muerte intrahospitalaria, (no cardíaca). No hubo infartos ni nuevas revascularizaciones percutáneas. En el seguimiento a un año se han registrado 4 muertes (18% - 2 por causa no cardíaca), sin otros eventos mayores.

La ACTP de TCI no protegido en el mundo real en un centro sin cirugía es una técnica segura con un índice aceptable de eventos en nuestra serie.

39.- Preservación endotelial en el trasplante cardíaco. Estudio comparativo de las soluciones de preservación.

A. Adsuar, A. Hernández, A. González, JM. Borrego, E. Gutiérrez, JG. Pareja, E. Lage, A. Ordóñez

Hospital Virgen del Rocío

Actualmente el trasplante cardíaco ofrece unos excelentes resultados a corto y largo plazo. Sin embargo dos de los principales problemas aun sin resolver son el fallo precoz del injerto y la vasculopatía crónica del injerto. La preservación de la función endotelial coronaria durante el trasplante puede ser uno de los factores implicados en el desarrollo de estas complicaciones, por lo que es importante que las soluciones de preservación miocárdicas utilizadas sean eficaces también en la protección endotelial. El objetivo de este estudio experimental es comparar la preservación endotelial tras largos periodos de isquemia con el uso de dos tipos de soluciones de preservación.

Metodología: Se han utilizado 12 cerdos Large White en los que se realizó cardiectomía y se preservó el corazón durante 15 horas. Los animales fueron divididos en dos grupos: grupo de preservación del corazón con Celsior y grupo con solución convencional. Se diseccionó la arteria descendente anterior y se estudio la función endotelial y muscular en cámara de órganos mediante precontracción de los anillos vasculares y dilatación con adenosina y nitroprusiato.

Resultados: La preservación del músculo vascular fue similar en ambos grupos (precontracción: G Celsior $18,4 \pm 5,7g$ vs G control $14,4 \pm 8,1g$; $p=NS$). Sin embargo el porcentaje de vasodilatación endotelio-dependiente en el grupo con Celsior fue significativamente mayor que en el grupo control (G Celsior $21,9 \pm 13,7\%$ vs $9,7 \pm 6,9\%$; $p < 0,05$) aunque la vasodilatación independiente del endotelio fue similar.

Conclusión: La solución de preservación Celsior consigue una preservación similar del músculo vascular a las soluciones convencionales. Sin embargo la preservación de la función endotelial en tiempos largos de isquemia fue significativamente mejor en el grupo de Celsior. Futuros estudios clínicos podrían aclarar si esta ventaja se traduce en una reducción de las complicaciones postrasplante.

38.- Ecocardiografía de esfuerzo: ¿Puede aportar algo realmente útil?

F. Cabrera, R. López-Salguero, I. Rodríguez-Bailón, JJ. Gómez-Doblas, J. Peña, A. Domínguez, A. Pérez-Cabeza, L. Morcillo, E. de Teresa

Hospital Clínico Universitario "Virgen de la Victoria". Málaga

La creciente demanda de exploraciones invasivas tipo coronariografía, requiere la optimización de los métodos utilizados para establecer su indicación, a fin de mejorar su rentabilidad diagnóstica.

En este sentido, con el objeto de valorar la utilidad del ecocardiograma de esfuerzo (ECO-E) en nuestro medio, complementamos la ergometría convencional (ERG) con ecocardiograma basal y en post-esfuerzo inmediato.

Se realizó de forma simultánea la ERG con ECO-E en 155 pacientes (p) sin enfermedad coronaria previa conocida y con probabilidad intermedia de padecerla. El resultado del ECO-E fue valorado por un Cardiólogo diferente del que realizó la ERG, y sus conclusiones no fueron tomadas en cuenta en la indicación de coronariografía. Analizamos los resultados angiográficos y su correlación con variables clínicas, electrocardiográficas y del ECO-E.

De los 155 p, 23 (14,8%) se hicieron la coronariografía en base a los resultados de la ERG. De éstos, 9p (39,2%) presentaron lesiones coronarias (LC) significativas y 14p (60,8%) arterias angiográficamente normales (CN). El grupo con CN presentaba menos tabaquismo ($p=0,007$) y diabetes ($p=0,042$) y mayor proporción de mujeres ($p=0,036$). No hubo diferencias en los patrones electrocardiográficos, en el porcentaje de frecuencia cardíaca máxima alcanzada, comportamiento de la TA, ni METS realizados. En cambio, los pacientes con CN tenían en el eco basal más hipertrofia ventricular izquierda (42% vs 11% ; $p=0,030$), y mayor índice de masa ventricular izquierda ($126,3 g/m^2$ vs $85,4 g/m^2$; $p=0,009$). No hubo diferencias en la fracción de eyección, ni en la ratio de E/A. Ningún paciente con CN presentó datos ecocardiográficos de isquemia en el ECO-E, frente a 8p (88%) con LC que sí los presentaron ($p < 0,0001$). Esto implica un valor predictivo positivo del 100% para el ECO-E frente al 39% para la ERG. Si la indicación de coronariografía se hubiera basado en los resultados de ECO-E, se habrían evitado 15 de las 23 realizadas (65%). En **conclusión**, la realización de ECO-E podría disminuir marcadamente el número de coronariografías con resultado normal, indicadas por ergometría convencional, especialmente en pacientes hipertensos con hipertrofia ventricular.

40.- Utilidad de la guía de presión para la valoración de lesiones de severidad angiográficamente dudosa en la angina inestable: resultados a medio plazo.

L.A. Íñigo-García, O. Sanz, F. Torres, E. González-Cocina, G. Rosas, M. Pombo, F. Ruiz-Mateas, J. Carretero, J.M. Pinilla, A. Gutiérrez, M.J. García, J. M^a Hernández*

Hospital Costa del Sol. *Hospital Clínico Universitario "Virgen de la Victoria"

Antecedentes y objetivo: La utilidad de la guía de presión (GP) para el estudio de la repercusión funcional de lesiones coronarias de severidad angiográficamente dudosa (LD) en pacientes con angina inestable (AI) no está claramente definida. Analizamos el valor pronóstico de la GP en pacientes con angina inestable.

Método: Se estudia a los pacientes con AI a los que se practicó guía de presión por presentar LD en uno o más vasos. Se definió LD como estenosis comprendida entre 50 y 70% o bien entre 40 y 50% si asentaba en el tronco común de la coronaria izquierda.

Resultados: Entre mayo de 2002 y marzo de 2003 se estudiaron 29 LD en 24 pacientes con AI mediante GP, de los que 16 pacientes presentaban enfermedad multivaso (EM). La edad de los pacientes fue $59,1$ años ($DE=10,01$). El 20,8% eran diabéticos, el 50% hipertensos, tenían antecedentes de tabaquismo el 54% y de hipercolesterolemia el 62%. El vaso estudiado fue: 16 descendente anterior, 6 coronaria derecha, 4 circunfleja, 2 tronco común y 1 arteria mamaria. La reserva fraccional de flujo (FFR) fue mayor de 0,75 en 25 de las LD. En las 4 restantes resultó menor de 0,75. Con un seguimiento medio de 6,75 meses ($DE=3,3$) encontramos que de los 8 pacientes con enfermedad monovasos presentaron resultados de FFR negativo 7 de ellos, de estos en el seguimiento hubo recurrencia clínica en 3 (42,8%). De los 16 pacientes con EM, en 3 se estudió la arteria considerada responsable, con resultado negativo en 1 paciente que presentó recurrencia en el seguimiento; mientras que en los 13 restantes pacientes se estudió otra arteria considerada no responsable, siendo el resultado de la FFR negativo en 12, de los que tan sólo 1 paciente (8,3%) presentó recurrencia.

Conclusiones: El valor pronóstico de la GP para evaluar LD que asientan en la arteria considerada responsable del evento, en la AI, es bajo; en cambio la GP presenta utilidad para evaluar LD que asientan en arterias consideradas no responsables del evento agudo, como en el caso de la EM.

41.- Cambio en la actitud terapéutica en pacientes jóvenes con ictus de origen desconocido según los hallazgos en la ecocardiografía transesofágica.

C. Rus, D. Mesa, M. Franco, J. Ariza, J. Fernández-Dueñas, F. Esteban, F. Mazuelos, M. Delgado, E. Romo, M. Ruiz, F. Vallés

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

El ictus constituye una patología con un impacto social importante debido a su morbimortalidad. En pacientes jóvenes, en un alto porcentaje de los ictus no se llega a conocer la causa (ictus criptogénico) y las posibilidades terapéuticas hasta hace poco eran escasas. Sin embargo, recientemente la ecocardiografía, sobre todo la ecocardiografía transesofágica (ETE) está cambiando la actitud en estos pacientes. El **objetivo** de este trabajo es estudiar el papel que puede jugar la ETE en cuanto a la mayor precisión diagnóstica y el cambio en la actitud clínica.

Pacientes y método: Se incluyeron 100 pacientes consecutivos de 55 años o menos ingresados en el servicio de Neurología por ictus de origen desconocido, en su mayoría (56%) accidente isquémico transitorio. La edad media fue de 45.5±9.7 años, 58 varones y 42 mujeres. La ecocardiografía transesofágica fue normal en 49 pacientes y en 51 se encontró alguna patología: foramen oval permeable (FOP) en 29 pacientes, aneurisma del septo interauricular aislado en 1 paciente, FOP asociado a aneurisma del septo interauricular en 12 pacientes, en 5 pacientes se encontró algún tipo de tumoración y en 4 pacientes se encontró aterosclerosis aórtica grado avanzado. (III ó IV). Ningún paciente tenía ecocontraste espontáneo. Por tanto, se encontró una causa para el ictus en el 51 % de los pacientes. Los hallazgos cambiaron la actitud clínica en 47 pacientes, indicando tratamiento percutáneo en 38 pacientes, tratamiento quirúrgico en 4 pacientes y anticoagulantes orales en 4 pacientes.

Conclusiones: La ETE encontró al menos una anomalía que justificara el ictus en el 51 % de los pacientes con ictus criptogénico y bajo perfil cardioembólico, que produjo un cambio en la actitud clínica y terapéutica en el 47% de los pacientes. Por lo tanto, se muestra como una técnica útil tanto para el diagnóstico como para la toma de decisiones terapéuticas.

43.- Influencia de la etiología sobre el pronóstico a largo plazo de los pacientes con insuficiencia cardíaca y miocardiopatía dilatada.

F. Esteban, M. Anguita, F. Mazuelos, S. Ojeda, M. Delgado, D. Mesa, M. Franco, M. Ruiz, E. Romo, F. Vallés

Servicio de Cardiología. Hospital Reina Sofía. Córdoba

Objetivos y Métodos: El pronóstico de la insuficiencia cardíaca (IC) secundaria a miocardiopatía dilatada (MCD) depende de muchos factores, entre ellos la etiología de la disfunción cardíaca. Con el objetivo de estudiar la influencia de la enfermedad causal sobre el pronóstico a largo plazo de estos pacientes, hemos comparado tres grupos de pacientes ingresados por IC y MCD (con fracción de eyección inferior al 45%) en nuestro centro entre 1994 y 1998 con las siguientes etiologías: a) MCD isquémica (45 casos); b) MCD idiopática (33 casos); y c) MCD hipertensiva (49 casos). El seguimiento mínimo ha sido de 5 años.

Resultados: No hubo diferencias entre los tres grupos de pacientes en relación a la edad, sexo, tiempo de seguimiento ni tratamiento farmacológico utilizado, siendo la proporción de pacientes tratados con IECAs, ARA 2, betabloqueantes, digital y espironolactona similar en los tres grupos. La fracción de eyección basal también fue similar: 27±4% en el grupo isquémico, 28±4% en el grupo de MCD idiopática y 31±5% en el grupo hipertensivo (NS). La fracción de eyección se elevó significativamente en el grupo de MCD hipertensiva a los 5 años de seguimiento (56±14%, p<0.001), mientras que no cambió en el grupo isquémico (29±4%, NS) ni en la MCD idiopática (30±5%, NS). La supervivencia a los 5 años fue del 85% en el grupo hipertensivo, frente al 65% en la MCD idiopática y al 64% en el grupo isquémico (p<0.01). La muerte súbita fue ligeramente más frecuente en la MCD hipertensiva que en los otros dos grupos. La tasa de reingresos por IC fue del 17% en el grupo hipertensivo, frente al 55% en el grupo isquémico y al 48% en la MCD idiopática.

Conclusiones: El pronóstico a largo plazo (5 años) de los pacientes con IC y MCD hipertensiva es claramente mejor que el de los pacientes con otras etiologías de MCD (isquémica, idiopática), con tasas muy bajas de mortalidad y reingresos por IC. Este buen pronóstico se asocia a una muy importante mejoría de la función sistólica ventricular izquierda en esos pacientes, lo que no ocurre en los casos de MCD isquémica o idiopática.

42.- Diferencias clínicas y electrofisiológicas entre displasia arritmogénica del ventrículo derecho y taquicardias ventriculares idiopáticas.

E. Arana, A. Pedrote, F. Florián, A. Campos, J.E. Morán, L. García Riesco, D. Gascón, F. Errazquin

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: Las arritmias ventriculares con morfología de bloqueo de rama izquierda (BRI) en pacientes sin cardiopatía estructural, suelen provenir del ventrículo derecho (VD). La diferenciación entre Displasia arritmogénica del VD (DAVD) y las taquicardias idiopáticas del tracto de salida (TVI) suele ser difícil y está basada en antecedentes familiares, técnicas de imagen y características del trazado de superficie.

Objetivo: Establecer las características clínicas y los hallazgos electrofisiológicos que puedan ser útiles para el diagnóstico diferencial de ambas entidades.

Método: Se analizaron 34 pacientes consecutivos sometidos a estudio electrofisiológico (EEF) por TV en corazón sano y morfología de BRI. Se aplicaron los criterios de la Sociedad europea de cardiología para el diagnóstico de DAVD y el diagnóstico de TVI fue por exclusión. Se analizaron las características de presentación, así como los hallazgos electrofisiológicos de ambas entidades. Se hizo seguimiento para corroborar el diagnóstico.

Resultados: Se describen en la siguiente tabla:

	DAVD	TVI	P
Pacientes: n	8	26	
Hombres: n (%)	(7) 87	(12) 46	0,004
Clínica: n (%) Palpitaciones Síncope	2 (25) 6 (75)	17 (65) 9 (34)	0,05
Inducción en EEF	7 (87)	8 (29)	0,03
>de 1 morfología de TV: n (%)	5 (63)	4 (15)	0,017
Ablación: n (%)	4 (50)	20 (79)	ns
Éxito %	50	78	ns
Seguimiento: Fármacos % Desfibrilador %	100 25	39 0	0,03

Conclusiones: La clínica y los hallazgos del estudio electrofisiológico pueden ser herramientas útiles para establecer la etiología de las taquicardias ventriculares con morfología de BRI en corazón sano.

44.- Caracterización del derrame severo en la enfermedad pericárdica primaria.

JR. Siles, M. Anguita, J. Ruiz de Castroviejo, E. Sánchez, L. Trapiello, N. Herrera y J. Suárez de Lezo

Unidad de Cardiología del Hospital Infanta Margarita. Cabra
Servicio de Cardiología del Hospital Reina Sofía. Córdoba

Introducción: La existencia de derrame pericárdico severo (DPS) en el seno de una enfermedad pericárdica primaria (pericarditis aguda o taponamiento sin una causa aparente en la primera aproximación clínica) es un hecho relativamente frecuente, confiriendo abordajes diferentes dependiendo de su presencia.

Objetivos y pacientes: Análisis prospectivo de una serie de 163 pacientes con enfermedad pericárdica primaria, dependiendo de la existencia o no de DPS, con análisis ulterior de los primeros con el fin de determinar en que subgrupos de pacientes con DPS es más probable encontrar una etiología específica.

Resultados: De los 163 enfermos 83 tenían DPS. Las principales características clínicas en los grupos con y sin DPS quedan reflejadas en la tabla. El análisis de los 33 pacientes con DPS que presentan etiología específica, pone de manifiesto que la presencia de taponamiento y la respuesta desfavorable al tratamiento inicial identifican al subgrupo en el que hallamos más etiologías específicas de la pericarditis o del taponamiento cardíaco.

	DPS (n=83)	No DPS (n=80)	p
Edad (años)	50±18	35±17	< 0.001
Sexo (varones)	54(65%)	73(91%)	< 0.001
Pericarditis Previa	5 (6%)	9 (11%)	ns
Miopericarditis	1 (1%)	36 (45%)	< 0.001
Taponamiento	48 (58%)	2 (3%)	< 0.001
Evolución desfavorable	50 (70%)	6 (8%)	< 0.001
Etiología específica	33 (40%)	7 (8%)	< 0.001

Conclusiones: La incidencia de derrame pericárdico severo es significativamente mayor en los pacientes de más edad. En los casos de miopericarditis prácticamente no encontramos DPS. Aunque la incidencia de etiologías específicas es de manera global mayor en el grupo de pacientes con DPS, si éste no se asocia a taponamiento cardíaco y responde de manera favorable al tratamiento médico esta incidencia se equipara al grupo que no presenta DPS.

45.- Reparación valvular frente al reemplazo en el tratamiento de la regurgitación mitral severa.

M. Vidal Alarcón, R. García Orta, MF. Ruiz López, *E. Moreno Escobar, JM. Oyonarte Ramírez, J. Azpitarte Almagro

Servicio de Cardiología del Hospital Virgen de las Nieves y
*Hospital Clínico San Cecilio de Granada

Introducción: La cirugía de reparación mitral (RVM) es hoy día el procedimiento de elección para muchas insuficiencias mitrales (IM). Su mayor exigencia técnica y la necesidad de una precisa selección de los casos aconsejan la realización de estudios comparativos en nuestro medio frente al reemplazo.

Objetivo: Evaluar los resultados agudos de la RVM en la insuficiencia mitral, comparados con la técnica de reemplazo durante un mismo periodo de tiempo.

Paciente y métodos: Cohorte prospectiva, no randomizada, incluyendo todos los pacientes remitidos para cirugía por IM severa (Mayo 02-Enero 04). De un total de 85p, 42 se repararon (RVM) y en 43 se realizó reemplazo (PVM).

Resultados: La edad media fue similar (58±15 RVM; 61±10 PVM), predominando el sexo masculino en el grupo de RVM (78,6% RVM; 41,9% PVM). No hubo diferencias en cuanto a comorbilidad preoperatoria, FEVI y "score" prequirúrgico, aunque el grupo PVM tenía NYHA más avanzada y más frecuentemente cirugía previa (16% vs 0%). La etiología más frecuente en RVM fue la degenerativa-mixóide (77%), seguida de la isquémica (13,6%), frente al dominio de la reumática en PVM (58%). La técnica quirúrgica más usada en RVM fue la resección cuadrangular (57%) y en el grupo PVM, la prótesis fue mecánica en 100%, con preservación de aparato subvalvular en 84,4%. Se realizó cirugía combinada en 16,3% de PVM (14% Prótesis Ao y 2,3% coronaria) y en 11,9% de RVM (7,1% coronaria y 4,8% CIA). No hubo diferencias significativas en tiempos de clampaje, sangrado ni complicaciones agudas, con tendencia no significativa a menor estancia en UVI en RVM (3,6±2,6 vs 5,02±7,1). La estancia operatoria fue significativamente superior en el grupo PVM (15,11±10 vs 10,63±8,6), con una mortalidad global (7,4% RVM vs 6,98% PVM) y aislada (5,4% RVM vs 6,98% PVM) similar en ambos grupos. No hubo diferencias en el grado de IM residual pre-alta (IM 0-1: 94,5% RVM y 96,9% PVM).

Conclusión: En pacientes con insuficiencia mitral severa adecuadamente seleccionados, la cirugía de reparación es una técnica aplicable en nuestro medio, con una tasa de morbi-mortalidad operatoria similar al reemplazo y una menor estancia operatoria.

46.- Experiencia con técnicas de cirugía conservadora de la válvula en el tratamiento de la insuficiencia aórtica secundaria a aneurismas de Aorta proximal.

G. Brunstein, P. Gallego, A. Castro, J. Barquero, O. Arají, R. Moreno, F. García, JM. Cruz, C. Infantes

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Introducción: La cirugía conservadora de la válvula aórtica es una alternativa a la intervención de Bentall en el tratamiento quirúrgico de la insuficiencia aórtica (IAo) secundaria a aneurismas de raíz aórtica (RAo) o de aorta ascendente (AA) cuando no hay lesión estructural de los velos. Evaluamos resultados clínicos y ecocardiográficos un año después de la cirugía de RAo con preservación valvular.

Métodos: Desde Octubre de 2001 se han intervenido con éxito 9 pacientes (edad media 50 ± 18, de 25 a 73 años) mediante técnicas de conservación de la válvula aórtica. La indicación fue aneurisma de AA, 3 casos; aneurisma de RAo, 6. En todos había IAo: grado 2, en 4 casos, grado 3 en 4 y 1 caso, grado 4. Comparamos la IAo residual entre los casos con IAo preoperatoria > grado 2 e IAo preoperatoria ≤ grado 2 (grupos 1 y 2). Se realizó seguimiento clínico y ecocardiográfico al año (12,5 ± 4 meses).

Resultados: Se realizaron dos tipos de cirugía: tipo 1, sustitución supracoronaria de AA, 6 casos, con remodelado de senos en 3; y tipo 2 o reimplantación de válvula nativa en una prótesis tubular, 3 casos. Requirieron procedimientos asociados 3 casos: reforzamiento del borde libre de un velo (2) y anuloplastia subcomisural (1). No hubo muertes, complicaciones embólicas, endocarditis o reintervenciones en el postoperatorio inmediato ni al año, excepto un infarto inferior perioperatorio. Todos los pacientes estaban clase funcional I de la NYHA al año de la cirugía y sólo 1 en fibrilación auricular. No había diferencia en el grado de IAo residual postoperatoria inmediata entre grupos 1 y 2 (p=0,26) ni entre las cirugías tipo 1 y 2 (p=0,6). No encontramos gradiente sistólico transvalvular al año en ningún grupo, pero sí dilatación progresiva de RAo (39±5 vs 32±5 mm) y progresión ligera de IAo residual (grado 1-2 vs. grado <1) con respecto al postoperatorio inmediato en la cirugía tipo 1.

Conclusión: Los resultados iniciales de la reconstrucción de la RAo preservando la válvula nativa en los aneurismas de Aorta proximal son óptimos. La IAo importante preoperatoria no empeora los resultados. La reimplantación parece una técnica de reparación más estable que remodelado de senos de Valsalva o la sustitución de AA.



**XXXIX CONGRESO DE LA SOCIEDAD
ANDALUZA DE CARDIOLOGIA**
Huelva, del 6 al 8 de Mayo de 2004

POSTER FORUM-I
.....

7 de mayo a las 11,00 h.

Comunicaciones nº 47 a 58

47.- Acto único en una consulta de seguimiento de pacientes portadores de marcapasos.

Análisis de resultados.

F. Ruiz Mateas, EG. Cocina, M. Pombo, F. Torres, L. Íñigo, G. Rosas, J. Carretero, O. Sanz, JM. Pinilla, J. Torres, MJ. Ortiz

Servicio de Cardiología. Hospital Costa del Sol

Objetivo: Conocer el número de pacientes con cardiopatía asociada en la consulta de seguimiento de pacientes portadores de marcapasos (CPPM) y el porcentaje de pacientes que se benefician de ser asistidos en un acto único, esto es, valoración y seguimiento de su cardiopatía y análisis del estado y programación de su marcapasos.

Material y métodos: Se analizaron 726 seguimientos realizados en la CPPM del Servicio de Cardiología (una consulta semanal) durante el año 2003 a los pacientes del área de asistencia de nuestro Hospital. Para ello se dispuso de un informe-base de datos integrado en la red informática del hospital, programa "doctor"; "informe de seguimiento de marcapasos", que captura los datos del día del implante: datos generales, tipo generador, modo de estimulación, electrodos, impedancia, umbrales, cardiopatía existente, motivo de implantación y síntomas. En la consulta de seguimiento se actualizan los datos de seguimiento de su cardiopatía. Las revisiones se programaron en base a los datos obtenidos de su marcapasos, cardiopatía estructural asociada y grado de dependencia de su marcapasos.

Resultados: Los 726 seguimientos fueron realizados en 456 pacientes lo que supone un número de revisiones anual medio de 1,59 /paciente/año. En 341 revisiones el paciente presentaba cardiopatía asociada significativa documentada (47%).

El número de seguimientos de pacientes valorados en consulta de cardiología diferentes de la CPPM fue de 18 que corresponde a un 2,5% del total de revisiones.

Conclusiones: La CPPM con acto único garantiza la atención integral del paciente portador de marcapasos, evitando la duplicidad de consultas y mejorando con ello la eficiencia.

49.- Influencia de los trastornos de conducción basales en el QRS estimulado.

E. Marante, A. Berrueto, L. Cano, R. Toro, D. Bartolomé, N. Hernández, R. Zayas, M. Sancho, C. Piñero

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

Antecedentes: La terapia de resincronización cardíaca (TRC) ha demostrado producir beneficios hemodinámicos y clínicos en pacientes con insuficiencia cardíaca y retraso de la conducción intraventricular izqda. Sin embargo, no se dispone de datos clínicos con respecto a los pacientes con asincronía en la contracción del ventrículo izdo debida a ritmo estimulado desde el apex del ventrículo dcho (VD).

Objetivo: Analizar la influencia de los trastornos de conducción basales en la anchura del QRS estimulado desde el apex del VD.

Métodos y resultados: Se estudiaron 74 pacientes consecutivos que se sometieron a estudio electrofisiológico por cualquier razón. Los pacientes se clasificaron en tres grupos con respecto a la morfología y anchura del QRS basal y con la ayuda de las señales endocárdicas: 1) QRS estrecho (n= 41), 2) Bloqueo de rama derecha (BRD) (n=21) y 3) Bloqueo de rama izquierda (BRI) (n=12). A todos ellos se les realizó estimulación desde el apex de VD a una longitud de ciclo de 600 ms. Se grabaron simultáneamente las 12 derivaciones del ECG de superficie y las señales bipolares endocárdicas del catéter diagnóstico colocado en apex de VD. La duración del QRS estimulado fue: 1) QRS estrecho (153±11 ms), 2) BRD proximal (200±15 ms) y 3) BRI (196±23 ms). La duración media del QRS estimulado en el grupo de QRS estrecho fue distinta a la de los grupos de BRD proximal y BRI, p<0.01; sin embargo, fue similar para los grupos de BRD proximal y BRI, p=NS. Resalta el hecho de que el menor aumento en la anchura del QRS estimulado, con respecto al QRS basal, se produjo en los pacientes con BRI (tabla).

Conclusión: Estos resultados sugieren que la estimulación en apex del VD

	QRS estrecho	BRD prox	BRI
Basal (ms)	97±8	151±14	169±23
QRS estim. (ms)	153±11	200±15	196±23

puede ser especialmente deletérea en pacientes con BRD proximal espontáneo. Los datos pueden tener importantes implicaciones para los pacientes con insuficiencia cardíaca que precisan estimulación.

48.- Estimulación con electrodos de fijación activa complicaciones y análisis comparativo de resultados.

F. Ruiz Mateas, EG. Cocina, G. Rosas, L. Íñigo, F. Torres, M. Pombo, J. Carretero, O. Sanz, JM. Pinilla, MJ. Ortiz, J. Torres, B. Zayas

Servicio de Cardiología. Hospital Costa del Sol

Objetivo: Analizar los lugares de implantación y conocer las complicaciones de los electrodos de fijación activa y compararlos con electrodos estándar.

Material y métodos: Se analizaron los lugares de implantación y las complicaciones de los 107 electrodos implantados en 86 pacientes (49 hombres y 30 mujeres): 79 primoimplantes (7 recambios fueron excluidos) durante el periodo Enero-Diciembre 2003 en nuestro hospital. La edad media fue de 74,1 años (44-91). El modo de estimulación fue: VVI (R): 51%; VDD: 8,1%, AAIR: 1,2%; DDDR (P): 37,2%, BIV: 1,2%. Se implantaron 57 electrodos de fijación activa, 49 en VD y 8 en AD y 50 electrodos de fijación pasiva, 30 en VD y 20 en AD.

Resultados: De los 49 implantes de fijación activa en VD, 28 se realizaron en punta de VD, 12 en Septum y 8 en tracto de salida de VD y 1 en tracto de entrada de VD. Los 8 electrodos de fijación activa de AD se implantaron 5 en Orejuela derecha (OD), 2 en cara lateral de AD y 1 en tabique interauricular. Los electrodos standar se implantaron en punta de VD (30) y OD (20).

No existieron diferencias significativas en relación al número de complicaciones totales entre los implantes realizados con fijación activa (Grupo A) y los realizados con electrodos con fijación pasiva (grupo B).

Grupos	N	A	B	P
Exitus	0	0	0	
Hematoma	1	1	0	
Perforación	1	1	0	
Infección	0	0	0	
Dislocaciones	5	1	4	
Neumotorax	0	0	0	
Otros	0	0	0	
Total	7	3	4	NS

Conclusiones: Los electrodos de fijación activa permiten la implantación en cualquier zona de la aurícula y ventrículo derecho presentando además una gran estabilidad sin incrementar el número de complicaciones totales.

50.- Efectividad y seguridad de un protocolo prospectivo de anticoagulación en los pacientes con fibrilación auricular crónica no valvular.

M. Ruiz, E. Romo, D. Mesa, M. Franco, M. Anguita, A. López, J. M^a Arizón, F. Vallés

Servicio de Cardiología. Hospital Reina Sofía. Córdoba

Introducción: Los ensayos clínicos han probado que la anticoagulación oral (ACO) disminuye la incidencia de complicaciones tromboembólicas en la fibrilación auricular no valvular (FANV). Sin embargo, pueden existir dudas de que estos resultados sean extrapolables a la práctica clínica diaria. Nuestro trabajo pretende valorar si un protocolo prospectivo de ACO en la FANV, basado en las Guías de Práctica Clínica de la Sociedad Española de Cardiología (GPC-SEC), es efectivo y seguro en este escenario.

Pacientes y métodos: Desde el 1/2/2000 hasta el 1/2/2002 se han incluido en el protocolo todos los pacientes con FANV crónica revisados en dos consultas de cardiología y se han seguido prospectivamente, analizando los eventos mayores (muerte, ictus, accidente isquémico transitorio, embolia periférica o hemorragia severa) por grupo de tratamiento.

Resultados: En ese período de tiempo, se incluyeron un total de 627 pacientes en el protocolo. De ellos, fueron anticoagulados 427 (89% de los que tenían ≥ 1 factor de riesgo cardioembólico -FRCE- y sin contraindicación a ACO, 68% del total). La edad media de los pacientes anticoagulados (PAC) fue menor a la de los no anticoagulados (PNAC) (72±7 versus 74±9 años, p<0.001). Los PAC presentaron una mayor frecuencia de hipertensión (75% versus 53%, p<0.001), diabetes (28% versus 15%, p<0.001), embolismo previo (19% versus 5%, p<0.001), cardiopatía isquémica (12% versus 4%, p<0.01), un mayor número absoluto de FRCE (2.2±1.1 versus 1.6±1.2, p<0.001) y una menor frecuencia de FANV aislada (15% versus 40%, p<0.001). Los PNAC fueron antiagregados en el 93% de los casos (el 92% con aspirina). Tras un seguimiento de 20±13 meses (94.6% de pacientes seguidos) y a pesar de un peor perfil de riesgo cardioembólico, la tasa de eventos embólicos (1.5% versus 11.4%, p<0.001) y la mortalidad (3.4% versus 9.2%, p<0.001) fueron menores en los PAC que en el resto, sin que hubiera diferencias significativas en la tasa de hemorragias severas (2.7% versus 2.2%, p=0.71).

Conclusión: El tratamiento con ACO en pacientes con FANV de acuerdo con las GPC-SEC es efectivo y seguro en la práctica clínica diaria.

51.- Positividad de la ecocardiografía de estrés farmacológico en ausencia de lesiones coronarias: nuestra experiencia.

F. Florián, F. López Pardo, E. Arana, J.E. Morán, A. Campos, A. Aguilera, M.J. Rodríguez Puras

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción y objetivos: Las alteraciones segmentarias de la contractilidad representan un signo muy específico de isquemia miocárdica en la ecocardiografía de estrés farmacológico (EF). Es conocida la existencia de falsos positivos (FP) sin isquemia verdadera en relación con: errores diagnósticos, análisis de determinados segmentos, alteraciones eléctricas y anomalías segmentarias previas sin enfermedad coronaria. Sin embargo, es poco habitual la presencia de FP con isquemia verdadera y ausencia de lesiones coronarias. Analizamos la incidencia de este subgrupo en nuestra experiencia. **Material y métodos:** Revisamos las 573 EF con dobutamina (Do) y dipiridamol realizadas desde Octubre de 1999 hasta Enero de 2004. Se excluyeron pacientes con: 1) ventanas acústicas subóptimas 2) positividad exclusivamente en el segmento basal posteroinferior 3) alteraciones eléctricas: BRIHH, síndrome WPW portadores de marcapasos 4) no realización de coronariografía o lesiones coronarias mayores del 50% en alguna arteria.

Resultados: Se detectaron dos pacientes (un varón de 39 años y una mujer de 34 años) con EF con Do claramente positiva (clínica, ECG y anomalías segmentarias de la contractilidad) y que no presentaban lesiones coronarias. No tenían cardiopatía estructural y presentaban clínica de angina. El primero de ellos presentó aquinesia posteroinferior basal y media con ascenso transitorio del ST en II, III y aVF. La segunda paciente presentó hipoquinesia difusa en el pico de estrés, tras la administración de atenolol intravenoso. Ambos respondieron satisfactoriamente al tratamiento con nitroglicereína i.v.

Conclusiones: La incidencia de isquemia verdadera en el EF sin lesiones coronarias es muy baja (un 0.35% en nuestra serie), aunque los criterios restrictivos utilizados en la selección de nuestros pacientes han podido influir en este bajo porcentaje. El mecanismo más factible es el vasoespasmo coronario. Ante estas respuestas sugestivas de vasoespasmo no deben utilizarse betabloqueantes al finalizar la prueba, pues podrían agravar el mismo. No está claro si este tipo de respuesta es diagnóstica de angina vasoespástica clínica o si se trata de una respuesta inadecuada.

53.- Vasodilatadores orales en la hipertensión pulmonar secundaria a cardiopatías.

S. Cabezón, E. Lage, R. Hinojosa, A. Campos, A. Ordóñez, S. Gómez, A. Martínez

Hospital Universitario Virgen del Rocío.

La hipertensión pulmonar (HTP) en el contexto de cardiopatías conlleva mal pronóstico con escasas opciones terapéuticas. El desarrollo de vasodilatadores pulmonares orales (VPO) ha abierto nuevas expectativas en el tratamiento de la HTP.

Método: Se presenta la experiencia con VPO tras 6 meses de seguimiento en 4 pacientes con HTP severa secundaria a cardiopatía (Ductus+Sde. de Eisenmenger, Comunicación Interventricular, Comunicación interauricular con negativa a cirugía, Miocardiopatía Dilatada).

Resultados: Los 8 pacientes, con una edad media de $31,7 \pm 16,3$ años, siendo el 50% varones, se encontraban, previamente a la introducción de VPO, en clase funcional III de la NYHA. De ellos, 3 se trataron con sildenafil (S) y 1 con bosentan (B), con dosis de 50-100 mg/día y de 125-250 mg/día, respectivamente, en función de la tolerancia y respuesta ecocardiográfica de la presión arterial pulmonar (PAP). Desde el primer mes de tratamiento, todos los pacientes experimentaron una mejoría en ≥ 1 de su clase funcional, así como en la PAP sistólica ($78,25 \pm 26,74$ mmHg basal vs $53,3 \pm 24,2$, descenso medio de $25 \pm 9,6$, mmHg ($p < 0,05$), pasando de HTP severa a moderada en 3 pacientes, manteniéndose ésta a los 6 meses. En 2 de 3 pacientes con dilatación del ventrículo derecho, éste se normalizó (diámetro telediastólico $37,5 \pm 3,5$ basal vs $25,5 \pm 0,7$ mm). La ligera tendencia al descenso de las cifras de tensión arterial no fue significativa ni sintomática. Dos pacientes presentaron rubor facial, uno en tratamiento con S y el paciente en tratamiento con B, éste último también presentó un episodio de hemoptisis autolimitada de escasa cuantía en las primeras 24 horas, así como un sangrado digestivo al mes, que se autolimitó tras la reducción de la dosis del fármaco, no habiéndose detectado elevación de las enzimas hepáticas.

Conclusiones: Los VPO son fármacos eficaces y seguros en el tratamiento de la HTP secundaria a cardiopatías en pacientes en clase funcional III NYHA.

52.- Perfil clínico y pronóstico de la hipertensión pulmonar en un hospital general.

M. Pombo, F. Torres, J. Carretero, O. Sanz, L. Íñigo, F. Ruiz-Mateas, G. Rosas, E. G. Cocina

Hospital Costa del Sol

Introducción: La Hipertensión Pulmonar se clasifica en diversos grupos clínicos, con diferentes características clínicas y pronóstico.

Objetivo: Conocer las características clínicas y supervivencia de los distintos tipos de Hipertensión Pulmonar (HP) en los pacientes de un Hospital General.

Método: El criterio de inclusión fijado fue una presión sistólica pulmonar (PSAP) "persistente" y estimada por ecocardiografía doppler ≥ 50 mm Hg. La recogida de casos se realizó del CMBD de las altas hospitalarias cuyo diagnóstico principal o secundario incluía el GRD de HP primaria o secundaria y el Eisenmenger.

Resultados: Entre Enero de 1994 y Diciembre de 2002 cumplían el criterio de inclusión 73 (35%) de los 205 pacientes evaluados. La edad media fue de 66 ± 13 años (11-87 años) en el momento del diagnóstico, 43 mujeres (59%). La PSAP media fue de 66 ± 18 mmHg. Encontramos como tipo predominante la HP venosa con 38 casos (52%), 28 de ellos correspondía a valvulopatía mitral. La HP arterial fue el 26% del global (11 casos de shunt izquierda-derecha, 4 casos de HTP primaria, 1 esclerodermia, 1 anorexia y 2 casos con hipertensión portal), 11 casos (15%) HP asociada a enfermedad respiratoria y el 7% restante correspondió a la HP por enfermedad tromboembólica pulmonar. La edad de los casos con HP arterial fue inferior (60 vs 70 años). El sexo predominante fue el femenino (2:1), salvo en los secundarios a enfermedad respiratoria con predominio de varones (1:5, $p=0,012$). La mediana global de supervivencia fue de 54 meses, sin diferencias significativas entre los diversos grupos etiológicos, aunque con una tendencia a una supervivencia menor en la HP arterial. Seguimiento medio: 37,92 meses.

Conclusiones: 1. La mitad de los casos registrados en nuestra serie corresponden a HP venosa, fundamentalmente por la valvulopatía reumática. 2. La edad de nuestros pacientes es elevada, siendo menor en los casos de HP arterial. 3. Predomina el sexo femenino en todos los casos, salvo en el cor pulmonale, donde son predominantemente varones. 4. En nuestra serie no hemos encontrado diferencias significativas en supervivencia en los distintos grupos clínicos.

54.- Características de apertura y cierre de las bioprótesis aórticas sin soporte normofuncionantes.

A. Recio, P. Gallego, A. Castro, M. Chaparro, J.M. Cruz

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Introducción: Las bioprótesis aórticas sin soporte (PSS) presentan ventajas en la hemodinámica y la durabilidad comparadas con las prótesis soportadas. La técnica de implantación puede prevenir la movilidad independiente de los senos de Valsalva, la cual incrementa la tensión mecánica en las valvas. Así, la influencia de esta técnica de implantación en los movimientos instantáneos de las cúspides valvulares durante las diversas partes del ciclo no se ha estudiado todavía.

Objetivo: Intentamos evaluar ecocardiográficamente las características de apertura y cierre de las valvas de las prótesis no soportadas, comparándolas con válvulas aórticas normales.

Métodos: Mediante examen ecocardiográfico transtorácico, mediante Modo M en paraesternal eje largo, estudiamos 18 pacientes con PSS (grupo A) y 20 controles sanos (grupo B). Tres fases de la motilidad de la válvula aórtica fueron analizadas: una abertura rápida (tiempo y velocidad), cierre sistólico lento (% del desplazamiento sistólico) y movimiento de cierre rápido (tiempo y velocidad). El tiempo de la eyección y la presencia del contacto sistólico de las valvas con la pared aórtica también fueron estudiados.

Resultados: Tabla I.

	Grupo A	Grupo B	p
TE (msg.)	315	311	NS
DS (%)	25	27	NS
VAR (cm/sg)	41	34	NS
TAR (msg.)	32	33	NS
TCR (msg)	71	69	0.05
VCR (cm/sg.)	10	15	0.01
Contacto Sistólico (n)	14	3	<0.001

Tabla I: Abertura de la válvula y características de cierre.

TE: Tiempo eyección; DS: Desplazamiento Sistólico; VAR y TAR: velocidad y tiempo apertura rápida, respectivamente. TCRyVCR: tiempo y velocidad de cierre rápido, respectivamente.

Conclusiones: El patrón de los movimientos instantáneos de las valvas de la PSS durante el ciclo cardiaco y el contacto durante la sístole de las valvas y la pared aórtica indican que la técnica de la implantación no preserva la motilidad independiente, y la función dinámica de senos de Valsalva. Aún debe ser evaluado si estas diferencias afectarán a la durabilidad a largo plazo de estas prótesis.

55.- Eficacia del uso de remifentanilo durante el postoperatorio de cirugía cardiovascular.

A.M. Ferrete Araujo, J.R. López Aguilar, P. Camacho Laraña, R. Hinojosa Pérez, A. Herruzo Avilés, C. Gómez Navarro, A. Guisado Rasco, G. Retegui García

Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. Cuidados Críticos y Urgencias

Objetivos: Analizar la efectividad, efectos hemodinámicos y necesidad de sedación adicional en pacientes sometidos a cirugía cardiovascular (CCV) en los que se administró Remifentanilo.

Material y métodos: Estudio prospectivo de 57 pacientes ingresados en U.C.I. en el periodo Dic.2002-Dic.2003, tras ser sometidos a CCV, en los que se siguió protocolo de sedoanalgesia establecido en nuestra U.C.I. Los pacientes fueron distribuidos en dos grupos: A:23 pacientes sometidos a cirugía de revascularización coronaria; B:34 pacientes sometidos a cirugía valvular. Se analizaron variables como nivel de sedación, grado de dolor, tiempo de inicio de destete, tiempo de extubación, necesidad de sedación adicional y efectos hemodinámicos adversos. Se compararon estas variables en ambos grupos. Se utilizó el estadístico t-Student.

Resultados: Pacientes sometidos a CCV (n=57). Grupo A (n=23): cirugía de revascularización, grupo B(n=34): cirugía valvular. Al comparar ambos grupos no hubo diferencias significativas entre el nivel de sedación (A: puntuación 1.8, B: puntuación 2.2 sobre una escala con un máximo de 5); grado de dolor (A: 1.2, B:1.1 sobre un máximo de 3); tiempo medio de inicio de destete (A:6.15 min, B:6.30 min.) y tiempo de extubación (A:8h,B:7.30h.). Si encontramos diferencias significativas (p<0.05) en cuanto a efectos hemodinámicos adversos y necesidad de sedación adicional en el grupo de pacientes sometidos a cirugía de revascularización coronaria.

Conclusiones: Se demuestra la eficacia del Remifentanilo para mantener un adecuado grado de sedación y analgesia así como permitir una extubación precoz. Se observa un mayor requerimiento de uso adicional de otros sedantes y efectos hemodinámicos adversos en pacientes sometidos a cirugía de revascularización coronaria respecto a los sometidos a cirugía valvular.

57.- Reconstrucción de raíz aórtica mediante homoinjerto criopreservado de cadáver en endocarditis infecciosa de origen fúngico.

J. Nevado Portero, A. Aranda, A. Aristides, JM. Cisneros, F. López, M. Ruiz, A. Ordóñez, J. Casares

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: La Endocarditis Infecciosa (EI) por *Candida spp* ha incrementado su frecuencia en las últimas décadas debido al uso de drogas por vía parenteral y a su adquisición nosocomial. Su mortalidad es alta (80%) y el tratamiento antimicótico poco eficaz, siendo una indicación mandataria de cirugía cardíaca.

Objetivo: Mostrar, a través de un caso clínico, la eficacia terapéutica del homoinjerto, en la reconstrucción de la raíz aórtica en aquellos casos de EI con destrucción importante de estructuras anatómicas.

Caso Clínico: Varón de 22 años, fumador de tabaco y consumidor habitual de cocaína inhalada, que acude por dolor torácico, disnea y fiebre elevada. En la exploración física se auscultaba un soplo diastólico en foco aórtico y la radiografía de tórax mostraba aumento de la silueta cardíaca. La ecocardiografía, derrame pericárdico severo, válvula aórtica bicúspide con grandes vegetaciones e insuficiencia valvular severa. En los hemocultivos realizados (4/4) se aisló *Candida guilliermondii*. Se inició tratamiento con caspofungina a dosis de 50 mg iv/24 h (equinocandina con actividad fungicida frente a *Canida*) y el paciente fue intervenido las 72 horas, extirpándose un absceso subvalvular y colocándose una prótesis aórtica metálica (Edwards Mira). El paciente evolucionó favorablemente, tolerando satisfactoriamente el tratamiento con caspofungina, que fue sustituido 19 días después por flucanazol oral (400 mg/24h) al comprobarse que la cepa era sensible a este imidazol. Posteriormente el paciente desarrolló un aneurisma perianular anterior aórtico (36x18 mm) con dehiscencia protésica, motivo por el que fue reintervenido, reconstruyéndose la raíz aórtica mediante homoinjerto criopreservado de cadáver. En el momento actual, transcurrido un año, el paciente se encuentra asintomático y con ecocardiografías de control normales.

Conclusión: Hasta la fecha no existe la válvula perfecta, la que no tendría el potencial tromboembólico de las válvulas mecánicas y mayor durabilidad que las válvulas biológicas, sobre todo en pacientes que no pueden anticoagularse. Los homoinjertos son los que más se aproximan a esta premisa, por tener superioridad hemodinámica, baja tasa tromboembólica y resistencia a las infecciones.

56.- Situs inversus y revascularización quirúrgica coronaria.

JM. Borrego, A. González, A. Hernández, E. Gutiérrez, A. Adsuar, E. Lage, A. Ordóñez

Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: Dextrocardia asociada a situs inversus es una rara situación. Su incidencia es de 1:10.000. Es conocido que la incidencia de enfermedad coronaria es similar a la población general, sin embargo se han descrito pocos casos en la literatura médica. Hasta el presente momento, se han descrito tan solo 12 casos de revascularización quirúrgica, solo tres casos utilizando arteria mamaria interna derecha in situ. Presentamos un paciente afecto de situs inversus totalis, revascularizado quirúrgicamente utilizando arteria mamaria derecha in situ dos injertos de safenas con sutura automática, que es el primer caso en la literatura mundial.

Descripción del caso y detalles quirúrgicos: Paciente de 70 años, con factores de riesgo coronario, en situación actual de angina inestable. El estudio coronariográfico indica estenosis severa de tres arterias coronarias. El paciente fue intervenido, utilizando circulación extracorpórea al experimentar deterioro hemodinámico. Se describe con iconografía la colocación del cirujano y detalles anatómicos. Se realizó anastomosis de la arteria mamaria derecha in situ a la arteria descendente anterior (DA), y se utilizaron dos injertos de safena con sutura proximal automática marca Symmetry® (St Jude) para las arterias coronarias primera diagonal y descendente posterior. Los flujos doppler obtenidos a la salida de bomba fueron 28 ml/min, 28ml/min y 43 ml/min respectivamente.

Discusión: A pesar de las dificultades técnicas presentadas por este tipo de anomalías congénitas, consideramos que el uso de arteria mamaria derecha in situ es el injerto de elección para la arteria DA, en comparación con el resto de injertos, por otro lado el uso de sutura automática que no precisan de la exclusión parcial de aorta facilita de forma esencial la realización de las anastomosis proximales de los injertos venosos.

58.- La rapamicina permite preservar la función renal en el trasplante cardíaco.

S. Cabezón, E. Lage, R. Hinojosa, A. Campos, A. Ordóñez, S. Gómez, A. Martínez

Hospital Universitario Virgen del Rocío

La rapamicina (R), inmunosupresor (I) no calcineurínico, ha demostrado en el trasplante renal y hepático similar eficacia a la ciclosporina (CsA) con mejor preservación de la función renal. En el cardíaco (TC) la información es limitada.

Se presenta una serie de 8 pacientes (ptes) TC con CsA-Micofenolato-Esteroides e insuficiencia renal que se convirtieron a R: reducción de CsA al 50% hasta suspender y micofenolato al 25-50% según leucocitos; niveles objetivo de R de 5-10 ng/ml, sin dosis precarga. El seguimiento medio fue de 3 ± 2,2 meses. Se midieron niveles valle del I y el control del rechazo fue clínico y ecocardiográfico.

Resultados: Todos eran varones con edad media de 61±5,2 años, y un tiempo medio transcurrido desde el TC de 74,4 ±59,65 meses. En un pte hubo que retirar la R en las primeras 24 horas por intolerancia gástrica. La CsA previa a la conversión se encontraba en rango terapéutico (dosis: 116±49,2 mg, niveles valle: 81,4±29,5 ng/ml). La creatinina descendió en todos los ptes desde el primer mes (2,4±0,5 mg/d vs. 1,76±0,2 mg/dl; descenso medio de 0,6 ± 0,25 mg/dl, p<0,05), con unos niveles de CsA de 64,2±43 ng/ml y de R de 12,8±6,3 ng/ml, para una dosis de 2,6 ± 1,1 mg de ésta. Tras el seguimiento medio las cifras de creatinina eran de 1,69±0,2 mg/dl, siendo los niveles de CsA 31± 0,2ng/ml. No se registraron infecciones oportunistas, rechazo ni alteraciones hematológicas significativas.

Conclusiones: La rapamicina es un inmunosupresor eficaz en el trasplante cardíaco permitiendo una mejoría de la función renal.



**XXXIX CONGRESO DE LA SOCIEDAD
ANDALUZA DE CARDIOLOGIA**
Huelva, del 6 al 8 de Mayo de 2004

POSTER FORUM-II
.....

7 de mayo a las 11,00 h.

Comunicaciones nº 59 a 70

59.- Conectores aórticos en cirugía coronaria. Experiencia clínica y resultados en nuestros 100 primeros pacientes.

A. Hernández, A. González, J.M. Borrego, E. Gutiérrez, J. Pareja, E. Lage, A. Adsuar, A. Ordóñez

Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

Recientemente han comenzado a implantarse las suturas automáticas para las anastomosis proximales de vena safena a la aorta mediante conectores aórticos. Sin embargo, existen algunos estudios preliminares en los que ha detectado una elevada incidencia de estenosis precoz de este tipo de sutura, por lo que actualmente es un tema sometido a estudio e investigación clínica.

El **objetivo** de este estudio clínico es evaluar los resultados en cirugía coronaria de la utilización de los conectores aórticos en los injertos proximales de la aorta.

Metodología: Se ha realizado un estudio retrospectivo de 100 pacientes consecutivos intervenidos de cirugía coronaria utilizando vena safena y conectores aórticos para las anastomosis proximales. Se han evaluado variables clínicas y de riesgo preoperatorio, operatorias y de resultados.

Resultados: Como predictores de riesgo destacaron: hipertensión (63,5%), diabetes (40,5%), dislipemia (64,9%), IAM preoperatorio (56,8%), obesidad (28,4%) y angina inestable (77%). El número de vasos enfermos por paciente fue de $2,8 \pm 0,5$ (2-5) y de puentes por paciente de $2,4 \pm 0,6$ (1-4). El número de conectores por paciente fue de $1,5 \pm 0,5$ (1-3) y en un 33,8% la vena safena se utilizó como injerto a la obtusa marginal, en un 17,6% para la obtusa marginal y coronaria derecha y en un 16,2% para obtusa marginal y primera diagonal. En el 90% de casos se utilizó además de vena safena la arteria mamaria interna como injerto a arteria descendente anterior. La tasa de IAM perioperatorio fue de 4,3% y el 100% de los enfermos estaban libres de angina al alta. El tiempo medio de extubación fue de 8,7 horas y la fibrilación auricular postoperatoria del 17,6%, con un 1,3% de accidentes cerebrovasculares postquirúrgicos. La mortalidad hospitalaria fue del 4,4% para una mortalidad esperada según escala de Parsonnet de 6,4% en la serie. Realizamos un seguimiento clínico medio de $3 \pm 2,3$ meses (1-10) encontrando un 4,4% de pacientes que precisaron coronariografía por angina y en los que se detectó estenosis de al menos uno de los conectores aórticos.

Conclusión: La utilización de conectores aórticos para las anastomosis proximales de vena safena a la aorta en cirugía coronaria es una técnica que oferta seguridad y resultados cuanto menos equiparables a la técnica convencional. El porcentaje de estenosis postoperatorias de este tipo de injerto está dentro del rango descrito en la literatura para la técnica manual convencional aunque serán necesarios estudios clínicos comparativos para confirmar estos resultados.

61.- Tratamiento percutáneo del pseudoaneurisma arterial yatrogénico: Curva de aprendizaje y resultados iniciales.

LF. Valenzuela, A. Recio, C. Carrascosa, M. Almendro, F. Sánchez, M. Chaparro, JM. Cruz

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

El pseudoaneurisma arterial (PSA) es una complicación que ocurre en el 1%-7% de los cateterismos cardíacos (CC). De curso generalmente benigno, condiciona aumento de la estancia hospitalaria, morbilidad y en ocasiones mortalidad cuando precisa cirugía.

Método: El abordaje sistemático de esta patología comenzó por la confirmación por Eco-doppler (ED) desde el Servicio de Radiología tras la sospecha clínica. El protocolo terapéutico hasta la resolución del PSA, incluyó de forma sucesiva: 1) Compresión durante un mínimo de 48 horas, 2) Compresión guiada por ED del cuello del PSA y 3) Inyección percutánea de trombina (IPT, 500-1000 UI de trombina del kit de TISSUCOL DUO® de Baxter) guiada por ED con aguja 22F de punción lumbar. La ED de control y sucesivas fue realizada por el mismo cardiólogo con el software vascular de un HP Sonos 5500. Una vez resuelto, se iniciaba la deambulación por la tarde y al día siguiente control ecográfico por el mismo cardiólogo y alta hospitalaria.

Resultados: Desde Junio de 2002-Octubre 2003 hemos detectado 8 PSA femorales como complicación de CC. En 7 casos se trataba de PSA simple con un volumen medio de 16.5 ml (11-25 ml) y 1 caso era un PSA bilobulado y complejo. Ningún caso se resolvió con compresión en 48 horas, un caso se resolvió con compresión del cuello del PSA y los 7 casos restantes con IPT. De éstos, 6 casos se resolvieron en el primer intento (media de 2 punciones/PSA) y 1 caso (resolución incompleta) requirió una 2ª inyección a las 48 horas. No se produjeron complicaciones locales ni sistémicas. Salvo en el primer caso, no se retiró la doble antiagregación o anticoagulación. No ha habido reingresos por recurrencias y el seguimiento telefónico ha confirmado la recuperación funcional constatada al alta.

Conclusión: La IPT para el tratamiento del PSA iatrogénico, es una técnica con curva de aprendizaje segura que permite la resolución de esta complicación postcateterismo de una manera efectiva y rápida.

60.- Disección aórtica yatrogénica secundaria a cateterismos: incidencia, extensión, mecanismos, tratamiento y evolución.

S. Gómez Moreno, M. Sabaté, F. Alfonso, R. Moreno, R. Hernández-Antolín, I. Vilaicosta, C. Macaya

Hosp. Universitario. Virgen del Rocío. Sevilla Hosp. Clínico Univer. San Carlos. Madrid

Introducción y objetivos: Dada la escasa información que existe acerca de la disección aórtica yatrogénica secundaria a cateterismos nos planteamos determinar la incidencia de esta complicación en nuestro centro, su extensión, identificar posibles factores predisponentes, los mecanismos implicados, el manejo y la evolución.

Material y métodos: Examinamos los datos de las coronariografías y procedimientos de intervencionismo coronario percutáneo (ICP) realizados desde el 1 de enero de 1996 al 31 de diciembre de 2003 en nuestro centro.

Resultados: La incidencia de disección aórtica yatrogénica secundaria a cateterismos es baja: 3 casos de 23.596 procedimientos diagnósticos (0,012%) y 10 casos de 9898 ICP (0,10%). Es más frecuente en varones (85%), con historia de cardiopatía isquémica (IAM previo en el 61,53%) y de coronariografía (8 pacientes). La edad media es de 61,15 años.

En todos los casos se trata de disecciones de tipo A de la clasificación de Stanford y retrógradas (R), siendo el seno de Valsalva derecho el origen en el 76,92% de los casos. Según la clasificación de Dunning había 5 pacientes con disección clase I (limitada al seno de Valsalva), 4 casos clase II (menor de 40 mm) y otros 4 clase III (mayor de 40 mm). En 8 casos (61,5%) la disección progresó también de forma anterógrada (A) hacia la arteria coronaria. Las disecciones del tipo I y II son más frecuentemente combinadas R/A (8 casos R/A frente a 1 caso R), mientras que las disecciones de tipo III (>40 mm) son con más frecuencia exclusivamente retrógradas (3 casos R frente a 1 caso A/R) ($p < 0,05$). También las disecciones más extensas (clases II y III) tenían con más frecuencia antecedente de coronariografía (7 casos) que las disecciones más localizadas (clase I) (1 caso) ($p = 0,03$).

Sólo en 3 pacientes (23,07%) se utilizaron más de 3 catéteres para el sondaje del ostium. Se emplearon catéteres Amplatz en 6 casos (46,15%). Calibre de los catéteres: 7 Friends (2 casos), 8F (2 casos), 6F (9 casos).

La actitud más frecuente es el sellado de la puerta de entrada de la disección con stents (53%), reservándose la cirugía para casos de enfermedad multivaso (4 pacientes). Mortalidad a largo plazo del 15,38%.

62.- Proteína C Reactiva: Comportamiento según indicación de coronariografía diagnóstica.

U. Carrillo, A. Cristóbal, A. Arias Recalde, A. Esteban Luque, C. Corona Barrio, F. Malpartida de Torres

Servicio de Cardiología. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga

Introducción: La PCR es un reactante inespecífico, de vida media larga, que se eleva durante una respuesta inflamatoria, y que ha sido de gran ayuda durante décadas para monitorizar muchas enfermedades. El desarrollo de las investigaciones sobre inflamación en la arteriosclerosis llevó a dar un nuevo uso a las determinaciones de PCR como predictor de eventos cardiovasculares en pacientes con coronariopatía.

Objetivo: Se pretende analizar los niveles de Proteína C Reactiva en pacientes sometidos a dicho procedimiento y la distribución de las lesiones coronarias significativas halladas en dichos estudios.

Material y métodos: Se estudiaron 40 pacientes consecutivos con indicación de coronariografía. Se obtuvieron determinaciones de Proteína C Reactiva en las 24 horas previas al cateterismo. La medición se realizó con test de alta sensibilidad de PCR. Se consideraron cuatro grupos de pacientes según la indicación de coronariografía:

- SCA con ST elevado ($n=6$ pacientes)
- SCA sin elevación de ST con cambios en ECG y/o enzimáticos ($n=18$ pacientes)
- SCA sin elevación de ST sin cambios ECG ni enzimáticos ($n=6$ pacientes)
- Test de isquemia miocárdica positivo (gammagrafía isotópica con dipiridamol o ergometría convencional) ($n=10$ pacientes).

Resultados: Los resultados fueron los siguientes:

- SCAEST: valor medio de Proteína C Reactiva (hs RCP test): 103 mg/L
- SCAEST: con cambios ECG y/o enzimáticos: valor medio de PCR (hs RCP test): 21,6 mg/L
- SCAEST sin cambios ECG y/o enzimáticos: valor medio de PCR (hs RCP test): 10,08 mg/L
- Test de Isquemia Miocárdica positivo: valor medio de PCR (hs RCP test): 8,01 mg/L

La distribución de las lesiones fue similar en los grupos estudiados en dos subconjuntos: en grupos de SCAEST y SCAEST con cambios ECG y/o enzimáticos mostraron 24% de lesiones monovasos y 76% de lesiones multivasos. En el grupo de SCAEST sin cambios ECG ni enzimáticos y TIM positivo mostró 36% de lesiones monovasos y 64% de lesiones multivasos.

Conclusiones: Los valores de Proteína C Reactiva en aquellos pacientes cuya indicación de coronariografía se basaba en la positividad de un test de isquemia miocárdica o angina sin cambios en ECG ni enzimáticos fueron negativos pese a la existencia de lesiones coronarias similares a las que presentaban los grupos de indicación por SCA, en los que los valores de PCR alcanzaron niveles positivos. Esto refleja el comportamiento de la Proteína C Reactiva como marcador de inflamación aguda en aterosclerosis coronaria.

63.- Conocimiento sobre antiagregantes plaquetarios en un servicio de urgencias hospitalaria.

A. Pedro, C. Capote, E. Márquez Romero, J. F. Martínez Rivero, C. Corona Barrios, A. Arias Recalde, I. Piñero Uribe, A. Esteban Luque, C. Urbano Carrillo, J. Mora Robles, F. Malpartida de Torres

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga

Objetivo: Evaluar el grado de conocimiento de los médicos pertenecientes a un servicio de urgencias hospitalarias, sobre el uso de los antiagregantes plaquetarios.

Diseño: La recogida de datos se llevó a cabo entre los meses de octubre de 2002 y junio de 2003, a través de una encuesta anónima, que fue realizada de manera individual, por 100 médicos que realizan guardias en el servicio de urgencias del hospital Carlos Haya de Málaga. La encuesta recoge preguntas sobre el conocimiento tanto de los mecanismos de acción, dosis, efectos secundarios, indicaciones y contraindicaciones de los antiagregantes plaquetarios, planteados como preguntas tipo test o como respuesta abierta. Los resultados se incluyeron en una base de datos y fueron analizados con el programa estadístico SPSS 11.0.

Resultados: La media de prescripción de antiagregantes en la semana anterior a la realización de la encuesta fue de 3.1 por médico. El grado de conocimientos sobre las indicaciones de estos medicamentos fue alta (alrededor de un 90%), aunque aproximadamente un 50% de los encuestados no conocen el mecanismo de acción del AAS y de la ticlopidina. Un 56.3% usan el triflusal en pacientes con alergia a la aspirina. Cerca de un 25% de los médicos no reconocen a la aspirina de recubrimiento entérico, la aspirina de liberación prolongada y el triflusal como agentes antiagregantes plaquetarios y lo mismo ocurre en un 54% con el dicitridamol y el abciximab. El 100% desconocen el control correcto después de la prescripción de ticlopidina. Cerca de un 77.8% no conocen las interacciones farmacológicas del clopidogrel y un 71.4% del abciximab. Aproximadamente un 65% no usarían el clopidogrel en casos de síndromes coronarios agudos de alto riesgo e intervención coronaria percutánea inmediata.

Conclusiones: A pesar del gran uso de este tipo de medicamentos, creemos que existe un gran desconocimiento en muchos aspectos que podrían generar muchas complicaciones en la práctica clínica diaria. Por esta razón sería conveniente la realización de cursos para la puesta al día sobre antiagregantes plaquetarios.

65.- Disección coronaria espontánea: Una rara forma de presentación de síndrome coronario agudo.

P. Domínguez, A. Tristáncho, M. Castillo, M. Márquez, J., Díaz, M. Villa, M. Herrera, A. Sánchez

Hospital Juan Ramón Jiménez

Objetivo: Descripción de un caso de disección coronaria espontánea como forma infrecuente de presentación de Síndrome Coronario Agudo (SCA).

Observación clínica: Se trata de una mujer de 38 años, fumadora, con Linfoma no Hodgkin, diagnosticado hace 18 años, que precisó quimioterapia y esplenectomía. Nos la remiten de otro Hospital por dolor de características coronarias de 7 horas de evolución, con ascenso del ST de 3 mm en V1-V4, con BRDHH y descenso de ST de 1-2mm en II, III y aVF y analítica inicial con CPK: 1031 U/L, CK-MB del 13% y TnT: 1,29 ng/ml. Ingresa en la Unidad Coronaria en shock cardiogénico, mostrando en la ecocardiografía inicial una aquinesia septo-apical y anterior con FE del 20%. Se contacta con Hemodinámica y se decide realizar una angioplastia facilitada con TNK y heparina sódica. En la coronariografía se evidenció una imagen radioluciente lineal compatible con disección espontánea de tercio proximal de ADA con flujo distal TIMI 1. Se realizó ACTP con implante de 2 stents en serie con sellado angiográfico de la disección, pero sin obtenerse una mejoría del flujo distal. Tras la intervención aparecieron múltiples fibrilaciones ventriculares que precisaron maniobras de soporte vital avanzado que no fueron eficaces, por lo que la paciente falleció.

Discusión y Conclusiones: Es una entidad poco frecuente, supone el 1 al 2,4 por mil de los casos de SCA. Suele afectar a personas jóvenes, fundamentalmente mujeres. El diagnóstico se realiza mediante coronariografía, donde se aprecia contraste en la doble luz, separadas por el colgajo intimal radiolúcido. Manteniéndose teñida de contraste la falsa luz después del lavado de la inyección.

La arteria más frecuentemente afectada es la ADA, que también lo es en las mujeres, mientras que en los hombres es la ACD. La afectación del tronco es la más infrecuente pero la de peor pronóstico, mientras que la disección de varias arterias es excepcional. Con respecto a la etiología se ha asociado a enfermedad aterosclerótica, embarazo y postparto y otras causas como el ejercicio intenso, vasculitis, uso de anticonceptivos orales, consumo de drogas (cocaína), etc.

El diagnóstico diferencial se realiza con otras patologías que causan defectos de repleción intraluminales por placas arterioscleróticas complicadas, flujo coronario enlentecido y trombos endocavitarios. El tratamiento de esta entidad no está establecido aún. La cirugía es la que presenta mayor beneficio en cuanto a supervivencia, fundamentalmente, cuando se trata de afectación, de tronco, multivaso e isquemia recurrente. La implantación de stent directo es una buena alternativa, particularmente indicado en IAM en evolución, debiendo evitarse la ACTP balón, existiendo controversia en cuanto al sellado de la disección (puerta de entrada o completa). La fibrinólisis suele empeorar la disección, aunque se han descritos casos en los que se realizó obteniendo resultados favorables. Por último el tratamiento médico conservador se reserva para casos asintomáticos, con disección no oclusiva y buen flujo distal.

Es un diagnóstico que deberíamos tener en cuenta, en pacientes con ciertas características epidemiológicas, ya descritas, pues se podrían beneficiar de nuestra actuación y recibir el tratamiento más adecuado.

64.- Tratamiento farmacológico del SCA con ST elevado: Seguridad de la terapia combinada.

P. Chinchurreta Capote, J. F. Martínez Rivero, F. Sánchez Llorente, T. García Paredes, A. Vera Almazán, A. Esteban Luque, J. Mora Robles, A. Arias Recalde, F. Malpartida de Torres

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga

Introducción: La denominada terapia combinada (TC) (fibrinolítico 1/2 dosis + abciximab + heparina) ha quedado en entredicho, como alternativa terapéutica en el SCA ST elevado, por la elevada incidencia de complicaciones hemorrágicas, a pesar de su mayor eficacia para abrir la arteria responsable y la escasa tasa de reoclusiones. Por considerar que la disminución de la dosis estándar de heparina no fraccionada (HNF) podría reducir las tasas de sangrado manteniendo su reconocida eficacia, hemos incorporado la TC, utilizando "muy baja dosis" de HNF, para el tratamiento de los pacientes con amenaza de IAM extenso como programa piloto en un centro que no dispone de Laboratorio de Hemodinámica las 24 horas.

Material y métodos: En marzo 2002, iniciamos el uso de la TC en pacientes con sospecha de IAM extenso (1. ST elevado en precordiales y descenso en territorio inferior o elevación de ST en aVR, 2. ST elevado en II, III, aVF junto a precordiales derechas positivas o elevación en V5-V6), en ausencia de contraindicaciones y con edad menor de 75 años. Se administró rt-PA (bolo de 15 mg.+perfusión de 35 mg./60min), abciximab (bolo 0,25 mg/kg + perfusión de 0,125 mcgr/kg/min) y heparina (bolo de 60 u/kg + perfusión de 4 u/kg/h hasta la realización de ACTP facilitada dentro de las primeras 24 horas).

Criterios de sangrado: Mayor: Descenso de hemoglobina >5 puntos, desarrollo de compromiso hemodinámico o necesidad de transfusión. Menor: Descenso de hemoglobina entre 3 y 5 puntos. Analizamos las tasas de complicaciones hemorrágicas en los pacientes que recibieron TC frente a los sometidos a tratamiento fibrinolítico estándar (TFE).

Resultados: Desde marzo 2002 hasta diciembre-2003 recibieron TC 36 pacientes. No hubo ningún caso de ACV hemorrágico ni sangrado mayor. Sólo un paciente presentó sangrado menor y otro paciente desarrolló plaquetopenia severa. En el mismo periodo, entre los 286 pacientes que recibieron TFE hubo 6 casos de sangrado mayor (2.1%), 1 caso de ACV hemorrágico (0.3%) y 8 casos de sangrado menor (2.8%). La mitad de estos casos de sangrado (mayor y menor) se presentaron entre los pacientes que precisaron ACTP de rescate y recibieron anti GP IIb/IIIa (42 pacientes, 14.7%).

Conclusiones: La alta tasa de complicaciones hemorrágicas observadas en los grandes ensayos puede ser debido a la alta dosis de heparina usada. Con la pauta propuesta estas complicaciones son menos frecuentes que con el TFE. La mayor parte de los sangrados se presentan en los casos que tras TFE precisan anti GP IIb/IIIa durante la realización de ACTP de rescate.

66.- Implante directo de stent comparado con implante de stent tras predilatación en el síndrome coronario agudo.

F. Florián, E. Arana, L. S. Díaz de la Llera, M. Fernández Quero, J.E. Morán, S. Ballesteros, J.A. Pérez F-Cortacero, J.A. Fournier

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: El implante directo de stents coronarios (SCD) se ha mostrado eficaz en lesiones seleccionadas disminuyendo el tiempo del procedimiento, la dosis de radiación y los costes sin que aumenten las complicaciones. La eficacia del mismo en el síndrome coronario agudo (SCA) no ha sido determinada aún.

Material y métodos: Entre Abril de 2001 y Abril de 2003 fueron sometidos a intervencionismo coronario percutáneo 155 pacientes (pts) con SCA, en 47 de los cuales se realizó SCD y en 108 implante de stent con predilatación (SP). Las características basales y los segmentos arteriales abordados en ambos grupos fueron similares. Se comparan entre ambos grupos los datos del procedimiento, el tiempo de escopia, resultados y complicaciones inmediatas y en los 60 primeros días. Asimismo, se realizó seguimiento clínico durante los 6 primeros meses en todos los pts, valorándose la supervivencia, presentación de eventos cardíacos mayores y necesidad de nueva revascularización.

Resultados: A corto plazo se muestran en la tabla anexa. En el posterior seguimiento, no hubo diferencias significativas entre ambos grupos.

	SCD (n= 47)	SP (n= 108)	p
Edad (años) / Varones (%)	55±15 / 89	58±12 / 86	
Indicación: SCAEST/IAM Q (%)	26/74	17/83	
Lesiones tipo C (%)	23	69	<0.05
Éxito del procedimiento (%)	100	98	
Tiempo escopia (minutos)	15,8±9	26,5±18	<0.05
Oclusión aguda o subaguda (%)	7	8	
Infarto agudo de miocardio (%)	6	7	
Muerte (%)	2	3	

Conclusiones: El implante directo de stent en el SCA, cuando las características de las lesiones lo permiten, tiene un éxito similar a corto y medio plazo que al predilatarse con balón, reduciendo significativamente el tiempo de fluoroscopia.

67.- Presentación clínica y evolución del Síndrome Coronario Agudo en ancianos.

N. Hernández, D. Bartolomé, R. Zayas, E. Marante, R. Toro, J.M. Lecal, R. Fernández, R. Arana, M. Sancho, C. Piñero

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

La información disponible sobre las características clínicas, manejo terapéutico y pronóstico del síndrome coronario agudo (SCA) en los ancianos es escasa, y puede estar influenciada por diferentes pautas de actuación de cada centro. Nuestro objetivo es analizar las características clínicas y evolución a largo plazo en pacientes ≥ 75 años. Para ello, hemos estudiado a 60 pacientes consecutivos con edad ≥ 75 años (media 78; rango 75-90 años) ingresados en nuestro servicio durante enero y abril del 2003, diagnosticados de SCA con y sin ascenso de ST. El seguimiento medio ha sido de 10 meses.

Cuarenta de ellos presentaron un SCA sin ascenso de ST y veinte con ascenso de ST. Cuarenta pacientes eran varones (67%); la mitad de ellos tenían antecedentes de cardiopatía isquémica; 66% eran varones, 45% diabéticos, 13% presentaban un FEVI menor de 40%. A los pacientes con SCASST, se realizaron técnicas de reperfusión a 9 pacientes (45%): la mitad con Trombolisis IV (5), la otra mitad con ACTP primaria (4). Tres pacientes fallecieron sin realizarse el cateterismo, que fue realizado a 38 pacientes (66%), de los cuales 27 y 5 pacientes fueron sometidos a revascularización percutánea y quirúrgica (45% y 8,3% del grupo total) respectivamente. Un paciente presentó un ictus y otro insuficiencia renal periprocedimiento. El 23% de los sometidos a cateterismo presentaron enfermedad de tres vasos o tronco común y el 23 % de dos vasos. La mortalidad global, intrahospitalaria fue del 6,7%. La mortalidad hospitalaria fue baja a ambos grupos de SCACST (10%) 2/20, y la mortalidad del SCASST (5%) 2/40. En el seguimiento, la mortalidad fue de 10% (6/56) y las complicaciones cardiacas aparecieron en 37,6%; la causa más frecuente fue un episodio anginoso (20%) y de necesidad de revascularización (10%). El 74% de los pacientes están en grado funcional I-II.

Concluimos que el SCASST es más frecuente que SCACST en este grupo de edad; no hemos encontrado diferencias estadísticas respecto a la presentación y evolución en los diversos grupos. La mortalidad hospitalaria y en el seguimiento es menor que la referida con anterioridad, a pesar del alto riesgo y la edad de los pacientes. Creemos que una actitud más invasiva ha permitido reducir la mortalidad con una baja tasa de complicaciones.

69.- Utilización del stent liberador de sirolimus en pacientes de alto riesgo.

A. Ramírez, R. Cardenal, M. Guzmán, C. Pagola, J. Muñoz, C. Lozano, E. Vázquez, A. Fajardo

Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén.

Antecedentes: Estudios previos han mostrado que el stent liberador de sirolimus disminuye significativamente la tasa de reestenosis en pacientes de bajo riesgo. Los resultados a corto y medio plazo del uso de este stent en pacientes de alto riesgo aún son insuficientes.

Métodos: Se analizaron 65 pacientes consecutivos tratados con stent liberador de sirolimus entre julio 2002 y julio del 2003. Se realizó el seguimiento clínico a los 6 meses en todos los pacientes.

Resultados: En este estudio se trataron 56 pacientes con 84 stents. La media de edad fue 64.3 ± 17 años, el 67% fueron varones, el 28% diabéticos. Del total de la serie el 62% presentaron angina estable, y el 38% fueron tratados por un síndrome coronario agudo. Las lesiones tratadas fueron tipo C en el 27% de los casos, tipo B2 en el 52%, tipo B1 el 16% y tipo A el 5%. En el 16% de los casos se trataron oclusiones crónicas, 12% oclusiones agudas, 8% bifurcaciones mayores, 5% lesiones ostiales, 14% reestenosis poststent. Todos los pacientes recibieron una dosis de carga de clopidogrel (300 mg), que se mantuvo (75 mg/día) durante al menos 6 meses tras el procedimiento. Hubo un caso de trombosis subaguda del stent (lesión bifurcada) que se trató percutáneamente sin otras complicaciones. Un paciente presentó un episodio de IAM en la evolución y otro fue sometido a un nuevo procedimiento revascularización percutánea. Ningún paciente presentó necesidad de cirugía de revascularización o muerte al seguimiento. La supervivencia actuarial libre de eventos a los 9 meses de seguimiento medio fue del 92%.

Conclusión: Los pacientes de alto riesgo sometidos a angioplastia coronaria mediante implantación de stent liberador de sirolimus presentan resultados favorables a corto y medio plazo.

68.- Utilidad del electrocardiograma transtelefónico en el Diagnóstico del Dolor Torácico Agudo.

J.D. Arjona Barrionuevo, R. de Haro Piedra, A. Pérez Carrasco, Pérez Glez, A. Núñez Rguez, JJ Santana Cabeza, A. Martínez Mtnetz, J. Burgos Cornejo, G. Barón Esquivias

Servicio de Cardiología Extrahospitalaria del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla y Cardiplus SL.

Introducción: En muchas ocasiones no se dispone de personal o centro especializado cercano para descartar o confirmar la etiología isquémica del dolor torácico agudo (DTA) que presentan algunos pacientes. Pretendemos demostrar la utilidad del electrocardiograma transtelefónico (ECGtt), en el diagnóstico del DTA.

Material: Se incluyen prospectivamente todos los pacientes consecutivos que durante 6 meses, consultaron, a personal facultativo por DTA y enviaron un ECGtt recogido durante el mismo. Estos se dividieron en dos grupos: **Grupo A:** pacientes con DTA y ECGtt normal. **Grupo B:** pacientes con DTA y ECGtt en el que se observa elevación o depresión del ST mayor o igual a 1 mm. El grupo A fue seguido, en dos ocasiones, en un periodo entre 48h. a 30 días. Los pacientes del grupo B, tras el diagnóstico de sospecha de síndrome coronario agudo, se remitieron a centros hospitalarios y fueron seguidos hasta el alta hospitalaria.

Resultados: Grupo A: (n = 38). Dieciocho (34,9%) fueron varones con una edad media de 51 años. Veinte (52,6%) fueron mujeres, con una edad media de 62 años. El diagnóstico más frecuente para los varones fue de dolor mecánico (83,3%), seguido de Hernia de hiato (11%) y Ansiedad (5,5%). En las mujeres, el dolor mecánico fue el 90% de los casos y la Ansiedad el 10%. Durante el seguimiento, ninguno sufrió suceso isquémico agudo ni precisó ingreso hospitalario, confirmándose la etiología no isquémica del DTA. **Grupo B:** (n = 31). Veinticinco (80%) fueron varones con una edad media de 69 años y seis eran mujeres (19%), con edad media de 74 años. Los diagnósticos de los varones al alta hospitalaria fueron: IAM inferoposterior: 12, IAM non Q: 4, IAM anterior: 3, IAM lateral: 1, IAM anteroseptal: 1, IAM inferolateral: 1. Vasoespasmos: 1, Pericarditis: 2, sin movilización enzimática: 1. Fallecido: 1. Los diagnósticos de las mujeres al alta hospitalaria fueron: IAM inferoposterior: 2, IAM posterolateral: 1, IAM posterior: 1, angina inestable 1, no isquémico: 1. Fallecida: 1. De estos 31 pacientes, se realizaron 4 fibrinolisis, 3 angioplastias rescate, 3 Stent. By-pass aortocoronario: 1.

Conclusiones: El ECGtt es una técnica útil, en ausencia de personal especializado en electrocardiografía, para el diagnóstico y tratamiento precoz del DTA.

70.- Revascularización con stent en pacientes con función sistólica ventricular izquierda deprimida..

J. Muñoz, A. Ramírez, R. Cardenal, M. Guzmán, C. Lozano, E. Vázquez, C. Pagola, A. Fajardo

Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén

Antecedentes: La angioplastia coronaria en pacientes con fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) disminuida se asocia con un incremento de la mortalidad a corto y largo plazo. En contraste con angioplastia convencional los resultados mediante implantación de stent en este subgrupo de pacientes no han sido bien definidos.

Métodos: Con el objetivo de determinar los resultados de la implantación de stent en pacientes con disfunción sistólica VI se analizaron los resultados de 45 procedimientos en pacientes con FEVI < 45% realizados desde junio del 2002 a diciembre del 2003.

Resultados: Se excluyeron la intervenciones en fase aguda de IAM; el 21% de los pacientes presentaban angina inestable, y el 28% tuvieron un IAM reciente. La FEVI media fue $40 \pm 9\%$ (rango 20-45%). Se realizó revascularización multivasa en 25% con un total de 63 lesiones tratadas. La implantación de balón de contrapulsación profiláctica fue realizada en 1 paciente. Se consiguió el éxito clínico y angiográfico en 98%. No hubo ningún caso de muerte hospitalaria, un paciente sufrió un IAM no Q y ningún caso fue derivado para cirugía urgente. Todos los pacientes completaron al menos 6 meses de seguimiento (12 ± 14 meses): 85% de los pacientes permanecen libres de eventos, 5% tuvieron un IAM, 2% murieron y el 8% precisaron nueva revascularización (6% re ICP, 2% CABG).

Conclusión: El tratamiento mediante implantación de stent en pacientes con función sistólica ventricular izquierda deprimida se asocia con excelentes resultados y menor mortalidad que la publicada en los estudios de angioplastia convencional.



**XXXIX CONGRESO DE LA SOCIEDAD
ANDALUZA DE CARDIOLOGIA**
Huelva, del 6 al 8 de Mayo de 2004

POSTER FORUM-III
.....

8 de mayo a las 11,00 h.

Comunicaciones nº 71 a 82

71.- Endocarditis infecciosa en pacientes de ≥ 70 años: Características diferenciales y pronóstico.

M. Ruiz, M. Anguita, J.C. Castillo, F. Torres*, S. Ojeda, M. Delgado, E. Romo, D. Mesa, M. Franco, F. Vallés

Servicio de Cardiología. Hospital Reina Sofía. Córdoba
*Hospital Costa del Sol. Marbella

Introducción y objetivos: La endocarditis infecciosa es cada vez más frecuente entre los pacientes de mayor edad y varios estudios han informado de un peor pronóstico en esta población. El objetivo de este estudio es conocer las características clínicas y pronósticas de la endocarditis infecciosa en pacientes de ≥ 70 años en nuestro medio.

Métodos: Desde 1987 hasta 2003 se han incluido prospectivamente todos los casos de endocarditis infecciosa diagnosticados en pacientes mayores de 14 años (criterios de Von Reyn y Durack) en dos hospitales, uno terciario y otro comarcal, excluyendo a los pacientes drogadictos. Se ha realizado un análisis comparativo de las características clínicas y del pronóstico de los pacientes de ≥ 70 años con el resto de la serie.

Resultados: De un total de 252 episodios de endocarditis infecciosa, 40 ocurrieron en pacientes de ≥ 70 años (16%). No hubo diferencias significativas entre los dos grupos de edad en cuanto al sexo, endocarditis previa, puerta de entrada, endocarditis sobre prótesis valvular, localización, tipo de germen, frecuencia y tamaño de las vegetaciones y complicaciones severas. La cardiopatía de base fue distinta en ambos grupos: 20% reumática, 0% congénita, 65% degenerativa y 15% ausente en los pacientes de mayor edad versus 38%, 15%, 18% y 29% en los más jóvenes ($p < 0.001$). La frecuencia de hemocultivos negativos fue mayor en el grupo de estudio (27% vs 11%, $p < 0.05$). Durante la fase activa, se realizó cirugía urgente en el 25%, electiva en el 15% y solo tratamiento médico en el 60% de los casos en pacientes ancianos, versus 19%, 37% y 44% respectivamente, en pacientes más jóvenes ($p < 0.05$). La mortalidad precoz fue mayor en los pacientes ancianos (35% versus 15%, $p = 0.003$). Sin embargo, superada la fase aguda, la supervivencia libre de eventos (muerte o cirugía tardía) en el seguimiento fue del 93% en ≥ 70 años versus 79% en adultos jóvenes ($p = 0.1$).

Conclusiones: En nuestra serie, la endocarditis infecciosa en pacientes ancianos ocurre más rara vez sobre un corazón sano, y con mayor frecuencia en cardiopatías degenerativas. La tasa de cirugía en fase activa es menor y la mortalidad hospitalaria mayor. Sin embargo, el pronóstico es favorable una vez superada la fase aguda.

73.- ¿Confiere la edad avanzada (≥ 65 años) un factor independiente de mal pronóstico en las endocarditis infecciosas (EI)?.

J. Nevado Portero, A. Alarcón, R. Luque, A. Manovel, M.J. Rodríguez, F. López, A. Hernández, A. Ordóñez

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: El espectro clínico de la EI ha presentado importantes variaciones en las últimas décadas, con una elevación considerable en la edad de los pacientes, y una mortalidad más alta observada en este grupo.

Objetivo: Determinar si la edad, por sí misma, es un factor de riesgo asociado a una mayor mortalidad en la EI.

Pacientes y método: En un lapso de 19 años (1984-2003), se diagnosticaron 239 EI en nuestra área hospitalaria. La media de edad fue de $50,4 \pm 17$ años (rango 11-89). De ellas, 60 casos ≥ 65 años (72 ± 5 años, 34 ♂ y 26 ♀) y 159 controles < 65 años ($43,17 \pm 14$ años, 123 ♂ y 56 ♀). La mortalidad fue del 46.7% en ancianos frente al 28.5% en no ancianos ($p = 0.001$). Analizamos distintas variables mediante estudio univariado (χ^2) y posteriormente análisis multivariado (regresión logística) en aquellas previamente significativas ($p < 0,05$) para establecer la fuerza de asociación con la mortalidad (Odds Ratio e IC 95%). Se empleó para ello el paquete estadístico SPSS versión 11.5.

Resultados: Las variables que alcanzaron significación fueron: 1) existencia de enfermedad concomitante ($p = 0,008$; OR 3,148), 2) endocarditis protésica ($p = 0,035$; OR 2,766), 3) derrame pericárdico ($p = 0,029$; OR 3,924), 4) AVC ($p = 0,002$; OR 3,877), 5) desarrollo de shock séptico ($p = 0,006$; OR 8,343), 6) desarrollo de fracaso renal ($p = 0,013$; OR 2,707), 7) *S. aureus* ($p = 0,049$; OR 2,685), 8) ecocardiografía de "mal pronóstico" ($p = 0,040$; OR 2,602), 9) retraso en la cirugía ($p = 0,000$; OR 8,9179) y finalmente 10) edad ($p = 0,005$; OR 1,038). No fueron en cambio, significativas, la clase funcional de la NYHA al ingreso ($p = 0,483$; OR 0,716) ni el desarrollo posterior de FVI ($p = 0,446$; OR 1,492). De los factores de riesgo mencionados, tan sólo la presencia de enfermedad concomitante fue más prevalente en el grupo de ancianos (51,9% vs. 23%; $p = 0,000$).

Conclusiones: La edad, aunque por sí misma es un factor de riesgo independiente en EI, presenta una fuerza de asociación muy baja con la mortalidad, por lo que deben existir otros factores que influyan de manera decisiva en el incremento de la mortalidad de EI en el grupo poblacional de ancianos.

72.- ¿Supone la corugía un factor de riesgo añadido en la Endocarditis Infecciosa (EI) del anciano?.

J. Nevado Portero, A. Alarcón, R. Luque, M. García, M.J. Rodríguez, F. López, A. Hernández, A. Ordóñez

Hosp. Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: Las indicaciones de la cirugía en EI del anciano, no difieren de las del resto de la población. En este grupo la mortalidad es superior, y entre los factores que podrían contribuir al incremento, están los relacionados con la cirugía.

Objetivo: Determinar si el uso restringido de la cirugía, y su empleo de forma urgente, que no electiva, se asocian a una mayor mortalidad en ancianos con EI.

Pacientes y métodos: En un lapso de 19 años (1984-2003), se diagnosticaron 239 EI en nuestra área hospitalaria. La media de edad fue de $50,4 \pm 17$ años (rango 11-89). De ellas, 60 casos ≥ 65 años (72 ± 5 años, 34 ♂ y 26 ♀) y 179 en controles < 65 años ($43,17 \pm 14$ años, 123 ♂ y 56 ♀). La mortalidad global en el grupo de ancianos fue significativamente mayor que en el grupo de menor edad (46,5% frente a un 28,5 %; $p = 0,001$), no siendo mayor en los pacientes no operados (34,6% vs. 32,3%; $p = NS$) pero apreciándose una clara diferencia en los pacientes sometidos a cirugía (75 % vs. 24. 1 %; $p = 0,000$). Analizamos entonces si el retraso en la indicación quirúrgica podría explicar este hecho, considerando aquel como la intervención quirúrgica (IQ) realizada estando el paciente > 24 h en fallo ventricular izquierdo (FVI) refractario o > 72 h en FVI progresivo y la no realizada a pesar su indicación clínica o ecocardiográfica. Se empleó para ello el paquete estadístico SPSS versión 11.5.

Resultado: La indicación para la realización de cirugía, basándonos sólo en datos ecocardiográficos, fue similar en ambos grupos (53,6 % ancianos vs. 48,3% jóvenes). El porcentaje de IQ global durante la hospitalización fue menor en el grupo de ancianos (26,7% vs. 46,4%; $p = 0,007$), con un mayor porcentaje de retraso en éstos (23,3 % vs. 15,6 %; $p = 0,176$). Más aún, en aquellos pacientes que se intervinieron, la realización de cirugía urgente, (FVI refractario) fue mayor en ancianos (52% vs. 35,4 %; $p = 0,121$).

Conclusiones: La EI en ancianos conlleva una mayor mortalidad, especialmente en pacientes que precisan recambio valvular. Este incremento de la mortalidad podría explicarse, entre otros factores, por un uso restringido de la cirugía cardíaca, así como de un frecuente retraso en su realización en este grupo.

74.- "Hojas de consulta" de hospitalización. Una actividad generalmente no cuantificada y habitualmente poco valorada.

A. Fajardo, E. Vázquez, JB. Armenteros, B. Jiménez, C. Lozano, A. Ramírez, M. Guzmán, R. Cardenal, J. Muñoz, A. Tarabini, C. Pagola

Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén

Introducción: Las interconsultas entre Servicios a pacientes hospitalizados ("hojas de consulta") constituyen una actividad habitual, pero no por ello habitualmente cuantificada ni suficientemente valorada, siendo algo añadido a la actividad habitual, con el inconveniente de que la demanda que generan es difícil de prever al no depender del Servicio receptor y de que los recursos que consumen, poco evaluados, son difíciles de prever.

Objetivo: Conocer cuantitativa y cualitativamente la actividad desarrollada en respuesta a las "hojas de consulta".

Método: Análisis del total de hojas de consulta del año 2003 en Cardiología, correspondientes a pacientes hospitalizados (independientes de las recibidas en área de consultas y las dirigidas directamente al gabinete de ecocardiografía para la realización directa de ecos, ergometrías ó Holter).

Resultados: Se realizaron 703 hojas de consulta procedentes de: Neurología 147 (20,9%), Neumología 100 (14,2%), UCI 99 (14,1%), MI 63 (9%), Nefrología 53 (7,5%) y Digestivo 45 (6,4%). Resto Servicios 196 (27,8%) ($< 5\%$ /Servicio). Del total, 631 (89,8%) se resolvieron en el mismo acto y sólo 71 (10,1%) precisaron seguimiento de al menos 1 día.

Generaron 276 ecos (39,2%), 18 Holter (2,6%) y 3 ergometrías (0,4%). El promedio de hojas (250 días hábiles) fue de 2,8/día. Los médicos encargados fueron los de planta (418 días/médicos/año) lo que proporciona media de 1,7 hojas/médico/día. Al añadir días de seguimiento y respuesta a exploraciones generadas, el total al año es de 2,7 hojas/médico/día.

Teniendo en cuenta que esos médicos "produjeron" 1.024 altas en el año, implica que "numéricamente" significaron una relación hoja/alta de 0,68: 1. A su vez la planta de Cardiología generó 299 hojas de consulta a otros Servicios (relación hoja recibida/hoja emitida 2,4: 1).

Conclusiones: Presentamos los datos de una actividad, habitualmente no cuantificada, que consideramos cuantiosa, con importante consumo de recursos (tiempo asistencial y exploraciones) y generalmente poco valorada.

75.- Situación actual de las enfermedades valvulares en una consulta de cardiología.

J. Muñoz, E. Vázquez, A. Ramírez, A. Fajardo, R. Cardenal, C. Lozano, A. Tarabini, M. Guzmán, B. Jiménez, J. Armenteros, C. Pagola

Complejo Hospitalario de Jaén

Introducción: Las enfermedades valvulares siguen constituyendo hoy en día un volumen importante de los pacientes que son atendidos en una consulta de cardiología. Aunque últimamente se está observando un cambio en el espectro etiológico de las valvulopatías, hasta la actualidad no existen datos de la expresión de estas modificaciones en la consulta.

Objetivo: Determinar la prevalencia y la incidencia de las diferentes formas de valvulopatía en los pacientes atendidos en nuestra consulta.

Pacientes: 676 pacientes acudieron de forma consecutiva a la consulta, detectándose cardiopatía en 401, de los cuales 84 (21%) presentaban como diagnóstico principal una valvulopatía. De los 65 cardiopatas de nuevo diagnóstico, el 25% eran valvulares. Los pacientes fueron agrupados según su etiología en reumáticos, aórtico degenerativos e insuficiencia mitral no reumática.

Resultados: La etiología reumática fue el diagnóstico más prevalente con 42 pacientes (50%) frente a la valvulopatía aórtica degenerativa con 30 (36%) y la insuficiencia mitral no reumática con 12 (14%). Los pacientes reumáticos tenían una edad media de 63±10 años, mujeres en su mayoría (81%), el 40% estaban intervenidos, el 7% habían sido sometidos a valvuloplastia mitral, el 81% presentaban antecedentes de fibrilación auricular (la mayoría permanente) y el 88% estaban anticoagulados. Los pacientes aórticos tenían una edad media de 68±9 años, el 57% eran varones y el 33% estaban operados. De los 16 pacientes valvulares nuevos, 10 (63%) fueron diagnosticados de valvulopatía aórtica degenerativa, 5 (31%) de IM no reumática y sólo hubo 1 caso reumático (6%).

Conclusiones: 1.- La valvulopatía reumática continúa siendo una enfermedad prevalente en la consulta de cardiología, representando el 50% de las enfermedades valvulares y más del 10% de la totalidad de las cardiopatías. 2.- La incidencia de nuevos diagnósticos constituye, sin embargo, un hallazgo extraordinario. 3.- Dada la elevada edad de estos pacientes y si las migraciones poblacionales no modifican la actual tendencia, dentro de unos 12-15 años la valvulopatía reumática se habrá convertido en una enfermedad excepcional.

77.- Manejo terapéutico de la fibrilación auricular en el servicio de urgencias hospitalario.

I. Cózar*, M^a E. Prieto*, R. Fernández*, B. Soriano*, F. Huertas**, G. Gómez**, E. Vázquez***

*Unidad de Medicina Familiar y Comunitaria. **Servicio de Urgencias.

***Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario de Jaén.

La fibrilación auricular (FA) es un motivo frecuente de consulta en los servicios de urgencias (SU) hospitalarios, constituyendo un cuadro clínico con diversas posibilidades terapéuticas, subsidiario de amplia variabilidad en su manejo.

Objetivo: Analizar el manejo terapéutico de la FA en el SU de nuestro centro. **Pacientes (p) y métodos:** Hemos revisado, de forma retrospectiva, el tratamiento a que fueron sometidos 51 p hospitalizados en la sala de observación del SU con diagnóstico de FA. Analizamos el uso de medidas terapéuticas encaminadas a restablecer el ritmo o controlar la frecuencia cardíaca determinando el grado de concordancia con las recomendaciones actuales de las guías de práctica clínica y documentos de consenso.

Resultados: La edad media fue de 71,3±12,9 años. El 51%(26/51) de los p presentaban el primer episodio de FA. 15 (29%) se encontraban diagnosticados de cardiopatía estructural y el 69% seguían tratamiento para la hipertensión arterial. Sólo cuatro pacientes no presentaban ningún factor de riesgo tromboembólico. 29 p fueron dados de A del SU en FA. La cardioversión eléctrica no fue utilizada. La amiodarona (A) se utilizó en 25/51 p (49%) y Flecaínida en 2; Digital en 23 y Betabloqueantes en 5. Todos los pacientes que no se encontraban con anticoagulación previa fueron tratados con heparina de bajo peso molecular. De los 25 p en los que se utilizó Amiodarona 6 presentaban un tiempo de evolución de la arritmia superior a las 48 horas y en 9 no se podía precisar el tiempo de evolución de la misma. De estos 15 p sólo 5 se encontraban previamente anticoagulados.

Conclusiones: 1) Los p con FA atendidos en las salas de observación de los servicios de urgencias está constituido por una población anciana, en su mayoría con factores de riesgo tromboembólico. 2) La mitad de los p se presenta con el primer episodio. 3) El intento de cardioversión farmacológica ha sido utilizado en la mitad de los casos, no cumpliendo 40% de ellos las recomendaciones actuales para este tipo de manejo como son un tiempo de evolución de la arritmia inferior a 48 horas o tratamiento anticoagulante previo.

76.- Estudio de prevalencia e incidencia de las enfermedades cardíacas desde una perspectiva asistencial.

J. Muñoz, E. Vázquez, A. Ramírez, A. Fajardo, R. Cardenal, C. Lozano, A. Tarabini, M. Guzmán, B. Jiménez, J. Armenteros, C. Pagola

Complejo Hospitalario de Jaén.

Introducción: La mayoría de las enfermedades cardíacas son crónicas y constituyen un contingente importante de la demanda asistencial ambulatoria. Sin embargo, existen pocos datos sobre que patologías predominan en la consulta y la incidencia de las cardiopatías en aquellos pacientes que son visitados por primera vez en una consulta de cardiología.

Objetivo: Determinar la prevalencia de las cardiopatías y la incidencia de nuevos diagnósticos en aquellos pacientes que acuden a la consulta.

Pacientes: Un total de 676 pacientes fueron atendidos de forma consecutiva en la consulta, siendo clasificados según la patología predominante: arritmia y trastornos de conducción, valvulopatía, cardiopatía isquémica, miocardiopatía dilatada, cardiopatía congénita, insuficiencia cardíaca con función conservada y otros diagnósticos. Así mismo se diferenciaron los pacientes nuevos (201, 32 %) de aquellos ya diagnosticados.

Resultados: Se detectó patología en 401 pacientes (59,3%). Las arritmias y trastornos de conducción supusieron el grupo de mayor prevalencia (39,6%), seguidas de la cardiopatía isquémica (28,6%) y las enfermedades valvulares (21%). El 10% restante se distribuyó entre el resto de las patologías. La insuficiencia cardíaca con función conservada sólo constituyó el 1,5%. La fibrilación auricular en alguna de sus formas afectaba al 44% de todos los pacientes. Sólo el 8% de los pacientes presentaba disfunción ventricular izquierda (fracción de eyección menor del 40%). Con respecto a la incidencia de nuevos diagnósticos la distribución fue de la siguiente manera: arritmias 58%, valvulopatías 25%, cardiopatía isquémica 9%, miocardiopatía dilatada 3%, IC con función conservada 1,5 % y otros diagnósticos 3%.

Conclusiones: 1.- Las arritmias y los trastornos de conducción constituyen la patología de mayor incidencia como nuevo diagnóstico en una consulta de cardiología. 2.- Aunque la cardiopatía isquémica supone casi un tercio de los cardiopatas vistos en consulta, ésta no es normalmente la puerta de entrada de los pacientes coronarios en el sistema sanitario.

78.- Impotencia por betabloqueantes en pacientes cardiopatas. Importancia del interrogatorio dirigido.

J. Ruiz de Castroviejo, J.R. Siles, E. Sánchez, L. Trapiello, N. Herrera

Unidad de Cardiología del Hospital Infanta Margarita

Introducción: La aparición de impotencia es un efecto secundario del tratamiento que aparece entre el 5 y el 10% de los pacientes tratados con betabloqueantes (bb).

Objetivos y pacientes: Conocimiento real de la impotencia en los pacientes con cardiopatía tratados con bb, así como valorar la disposición inicial del paciente a reconocer la aparición de impotencia y el resultado de facilitar con el interrogatorio su reconocimiento. Se estudian de forma prospectiva 164 pacientes varones de edades comprendidas entre 40 y 70 años, media de 62, a los que se les prescribe bisoprolol en dosis de 2,5 a 10 mgr al día para tratamiento de su hipertensión arterial, angina o infarto agudo de miocardio. Tras la prescripción, se hace hincapié en que la actividad sexual debe ser igual a la que venían teniendo, y en caso de enfermos con diagnóstico de angina o infarto agudo de miocardio, su reincorporación progresiva al mes. Al ser revisados a los tres meses en la consulta, al final de la anamnesis y antes de la exploración, se preguntó sobre la aparición de impotencia, con cuatro respuestas posibles: no haber notado cambio, ligero empeoramiento que no afecta a la actividad sexual, moderado empeoramiento que sí afecta, o efecta tal que impide dicha actividad.

Resultados: Antes de preguntar sobre los efectos secundarios, sólo 9 enfermos (6%) refirieron haber notado impotencia por el tratamiento. 65 pacientes (40 %) no notaron nada, 36 pacientes (22%) respondieron haber notado ligero deterioro, 22 (13%) deterioro y limitación importante y 19 (12 %) deterioro grave. 7 pacientes (4%) refirieron incluso haber mejorado. 15 pacientes (9 %) mostraron desinterés y contestaron con indiferencia. La aparición de impotencia no tuvo correlación con la dosis administrada de bisoprolol.

Conclusiones: Estos resultados sugieren que para detectar impotencia favorecida o como causa del tratamiento con bb y su reconocimiento por el paciente, es necesario preguntar de forma directa y dirigida, facilitando la comunicación entre médico y paciente y el reconocimiento del secundarismo. En nuestra serie, la impotencia es un efecto secundario que aparece en un porcentaje mayor al referido en la literatura.

79.- Perfil del paciente derivado desde atención primaria a la consulta de cardiología en la subbética cordobesa.

J.R. Siles, J. Ruiz de Castroviejo, V. Sánchez, L. Trapiello, N. Herrera

Unidad de Cardiología del Hospital Infanta Margarita

Introducción: En nuestra práctica la interrelación con atención primaria supone un aspecto relevante de la asistencia diaria a nuestros enfermos.

Objetivos y pacientes: Conocer, en nuestro medio, los motivos de derivación de pacientes por parte de Atención primaria a una consulta de cardiología, los principales diagnósticos emitidos, así como el posterior flujo y/o destino de dichos enfermos. Se ha realizado un análisis retrospectivo de 1000 pacientes consecutivos remitidos durante el segundo semestre del año 2003 a nuestra consulta.

Resultados: La edad media ha sido de 59±11 años con un predominio de mujeres (55%). El Servicio de Urgencias de nuestro Hospital remite un 20% del total de los pacientes. El motivo de consulta más frecuente ha sido el dolor torácico junto con disnea que, en conjunto, suponen el 60%. La insuficiencia cardíaca o sospecha de ésta, aparece en el 40%. Otras causas menos frecuentes han sido las arritmias y/o palpitaciones, síncope, alteraciones electrocardiográficas y soplo cardíaco (este último, motivo bastante frecuente en la población pediátrica). El diagnóstico más frecuente es el de HTA (60%) seguido de dolor torácico en estudio y cardiopatía isquémica en situación estable en el 25%. Aunque un 52% de los pacientes son dados de alta a Atención primaria, más de la mitad de estos últimos requieren ser remitidos de nuevo al cardiólogo siendo enfermos mayores de 70 años con cardiopatía isquémica e insuficiencia cardíaca. Existe otro grupo, menos numeroso, el de mujeres postmenopáusicas, con estudios negativos para isquemia con más de dos factores de riesgo cardiovascular, alta prevalencia de diabetes tipo II, controles metabólicos y tensionales subóptimos TAD>90 mmHg.

Conclusiones: En nuestro medio la sospecha de enfermedad coronaria sigue siendo la causa más frecuente de derivación por parte de atención primaria al cardiólogo, siendo la HTA el diagnóstico más frecuente en esta consulta. Existe un flujo bidireccional claramente definido en pacientes mayores de 70 años con cardiopatía isquémica, en los que encontramos patologías concomitantes. La primera valoración se acompaña de un seguimiento que, precisa un abordaje conjunto y una interrelación estrecha con Atención Primaria en el manejo de estos enfermos.

81.- Prevalencia, incidencia e impacto asistencial de la fibrilación auricular en la consulta de cardiología.

E. Vázquez, J. Muñoz, A. Tarabini, C. Lozano, A. Ramírez, R. Cardenal, A. Fajardo, M. Guzmán, B. Jiménez, J. B. Armenteros, C. Pagola

Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario de Jaén.

La importancia de la fibrilación auricular (FA) como problema sociosanitario de primer nivel es una situación actualmente indiscutible. La complejidad y el coste del manejo terapéutico hacen que deba conocerse con precisión la frecuencia real de la enfermedad desde una perspectiva asistencial.

Objetivo: Establecer la prevalencia, incidencia de nuevos diagnósticos y requerimientos de tratamiento antitrombótico de la FA en los pacientes (p) que acuden a consulta de cardiología.

Pacientes y métodos: Determinamos la prevalencia de FA en 618 p atendidos de forma consecutiva en consulta de cardiología. Establecemos la incidencia de nuevos diagnósticos entre los 201 (32,5%) p que consultan a cardiología por primera vez. Analizamos el perfil clínico y la terapia antitrombótica utilizada.

Resultados: 164 (26,5%) de la totalidad de los p atendidos en consulta y el 12,5% (25/201) de todos los p derivados a consulta por primera vez presentan la arritmia. Distribuidos por patrones clínicos el 58% lo constituye la forma permanente, el 14% primer episodio y el resto formas recurrentes. En 56% de los casos la arritmia es la cardiopatía única o predominante. A 123 de los 164 p (75%) se les indicó tratamiento anticoagulante. La edad de los anticoagulados vs no anticoagulados no mostró diferencias significativas (72,4 vs 69,4 años; ns). El 50% de los p≥80 años y el 36% de los ≥85 años fueron anticoagulados.

Conclusiones: 1) Uno de cada cuatro p atendidos en consulta de cardiología y uno de cada ocho derivados por primera vez presentan FA. 2) A tres de cada cuatro pacientes con FA se les ha indicado tratamiento anticoagulante. 3) La edad está dejando de constituir un factor determinante en la prescripción de la terapia. 4) Las distintas opciones actuales de control de tratamiento anticoagulante (hematología, atención primaria, punción capilar, autocontrol... así como la perspectiva de disponer a corto plazo de una alternativa, al parecer eficaz pero de elevado coste, a los dicumarínicos (formas orales de inhibidores de la trombina) hace que deba continuar considerándose la FA como una patología compleja con gran impacto social, sanitario y económico.

80.- Sensibilidad de un score clínico para la detección del origen tiroideo en la fibrilación auricular.

J. Ruiz de Castroviejo, J.R. Siles, E. Sánchez, L. Trapiello, N. Herrera

Unidad de Cardiología del Hospital Infanta Margarita

Introducción: El hipertiroidismo puede debutar clínicamente como fibrilación auricular (FA), siendo éste el motivo de consulta. Por este motivo la determinación de TSH es incluida en los protocolos de estudio de esta arritmia.

Objetivos y pacientes: Con el fin de determinar la sensibilidad del protocolo clínico utilizado en nuestro centro para despistaje de pacientes con FA de origen tiroideo, se han estudiado 156 pacientes de edades comprendidas entre 28 y 92 años (media 67); remitidos a nuestra consulta por FA de debut en los últimos 30 meses. En la historia clínica se recogieron 7 parámetros de sospecha de hipertiroidismo (adelgazamiento, diarrea, fatiga, nerviosismo, polifagia, intolerancia al calor y temblor). La presencia de al menos tres de estos datos fue considerada como positiva para sospecha clínica de hipertiroidismo.

Resultados: En todos los casos se determinó la TSH. En 12 pacientes encontramos 3 o más de los datos mencionados. Se registró inhibición de la TSH en 6 pacientes y aumento en 1. Por otro lado en 6 enfermos con sospecha clínica de hipertiroidismo, los valores de TSH fueron normales. En 5 casos, todos ellos mayores de 65 años, en los que la TSH estaba inhibida no se sospechó hipertiroidismo, ya que el único síntoma presente era la fatiga. La sensibilidad global de la determinación de la TSH ha sido del 50% y del 2% respectivamente en los grupos con y sin manifestaciones sugestivas de hiperfunción tiroidea ($p<0.001$).

Conclusiones: Estos datos, sugieren que mediante una historia clínica detallada, pueden cribarse aquellos casos en los que la FA puede tener como etiología una hiperfunción tiroidea. No obstante la sensibilidad del registro clínico, incluyendo síntomas frecuentes en el hipertiroidismo, sigue siendo baja, más aún, en el caso de los enfermos ancianos en los que la clínica es menos típica.

82.- Factores condicionantes de la demora en la asistencia en la consulta de cardiología.

E. Vázquez, J. Muñoz, D. Sánchez, A. Torres, C. Tejada, C. Parras, A. Tarabini, C. Pagola

Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Ciudad Jaén

La consulta externa de Cardiología es el punto de conexión entre la asistencia primaria (AP) y especializada constituyendo la puerta de entrada a la especialidad de la patología no urgente. La demora en la asistencia es uno de los aspectos que determinan la calidad de la asistencia y la eficacia de la propia consulta, siendo un parámetro dependiente de múltiples factores. El objetivo del estudio es establecer los factores que condicionan la demora

Pacientes y Métodos: Analizamos los pasos seguidos por 500 pacientes (p) desde la solicitud desde AP hasta su asistencia, estableciendo los tiempos generados en los distintos pasos. Valoramos la variabilidad entre 12 centros de salud y las diferencias de número de derivaciones entre 109 facultativos de AP considerando como referencia las efectuadas durante el período de estudio por un grupo seleccionado de ellos. Determinamos el uso de la libre elección de especialista (LEMEH) y su influencia en la demora.

Resultados: El tiempo medio entre la solicitud de AP y la asistencia fue de 35,8±11,1 días, correspondiendo 21,2 al tiempo comprendido entre la solicitud y su entrada en el dispositivo de cita del hospital (T1) y 14,5 al comprendido entre la entrada y la asistencia (T2). Entre doce centros de salud escrutados hubo una variabilidad de T1 entre 14,8 y 31,5 días. El número de referencia de derivaciones fue entre 4 y 5 p. El 25,6% de los 109 médicos de AP derivaron un número superior al de referencia; el 25,6 % un número similar y el 55% un número inferior. La LEMEH se utilizó por el 17,4% de los p siendo el 68,4% de ellos atendidos por el especialista solicitado. La demora adicional que supuso el uso de la LEMEH y la atención por el cardiólogo solicitado fue de 11 días.

Conclusiones: 1) Los trámites administrativos de solicitud de asistencia han constituido el principal factor determinante de la demora. 2) Un acceso directo desde AP a la agenda de citas del hospital reduciría en más de 2/3 los tiempos de espera. 3) Un número excesivo de derivaciones desde AP no se ha mostrado condicionante de la demora. 4) El uso de la LEMEH ha incrementado el tiempo de espera en un 30%.



**XXXIX CONGRESO DE LA SOCIEDAD
ANDALUZA DE CARDIOLOGIA**
Huelva, del 6 al 8 de Mayo de 2004

POSTER FORUM-IV
.....

8 de mayo a las 11,00 h.

Comunicaciones nº 83 a 94

83.- Evaluación de la calidad formal del informe de alta en el servicio de cardiología.

F.J. Molano Casimiro, F.J. Sánchez Burguillos, M. Chaparro Muñoz, A. Recio Mayoral, L. Pastor Torres, M. Tejedor

Hospital Universitario de Valme

Objetivos: Analizar la calidad del informe de alta médica de los pacientes ingresados durante un año y comparar el resultado del análisis del conjunto de servicios del hospital con el de Cardiología.

Métodos: La Comisión de Calidad Asistencial realizó un estudio retrospectivo seleccionando dos muestras, una procedente de un muestreo aleatorio sistemático del conjunto de altas emitidas durante un año por los distintos servicios del hospital, y otra muestra derivada del conjunto de altas efectuadas por el servicio de Cardiología. Se elaboró un protocolo con criterios explícitos para la evaluación de cada uno de los apartados. El único aspecto formal que se evaluó fue la constancia escrita de los siguientes apartados: 1.- Unidad asistencial, 2.- Nombre del médico, 3.- Nombre del paciente, 4.- Fecha de alta, 5.- Diagnóstico que motivó el ingreso, 6.- Régimen de vida aconsejado, 7.- Tratamiento y 8.- Seguimiento. Los informes de alta fueron clasificados según criterios de ponderación previamente acordados como: No Aceptable (NA), Aceptable (A) y Buena Calidad (BC). Cada informe fue analizado por tres observadores. Los resultados se analizaron en la Comisión de Calidad Asistencial y en la Junta Facultativa y posteriormente fueron remitidos a todos los servicios.

Resultados: Se analizaron un total de 204 informes del conjunto del hospital y 150 del servicio de Cardiología. Los resultados fueron los siguientes: Conjunto de servicios del hospital: NA:47 (23.05%), A:20 (9.8%) y BC:137 (67.15%). Servicio de Cardiología: NA:17 (11.33%), A:4 (2.66%) y BC:129 (86%) ($p=0.0002$). Hubieron también diferencias significativas en el régimen de vida ($p<0.0001$) y en el seguimiento ($p=0.0022$).

Discusión: 1.- Los informes de alta de Cardiología muestran mejores resultados que en el resto de servicios, tanto en el número de informes con calificación BC como en cada uno de los apartados evaluados. 2.- En el ítem "Consta seguimiento?" es donde peores resultados se han encontrado. Este hecho se debe a que se exige, además de referencia a la dieta, alguna recomendación sobre la actividad física o régimen de vida. 3.- La gran mayoría de informes con calificación NA son debidas a que en el informe de alta no constaba claramente el tratamiento a seguir por el paciente. 4.- La evaluación permitió una mayor calibración del protocolo empleado al incorporarle algunas mejoras.

85.- Estudio de cardiopatía estructural en 51 pacientes no hospitalizados con Lupus Eritematoso Sistémico.

C. Gómez Navarro, A. Aguilera, R.L. Aguilar, G. Retegui, A. Guisado, C. Ocaña, A. Martínez, A. Cayuela, J. Sánchez-Román

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción/Objetivos: El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una colagenosis que desarrolla en su historia natural manifestaciones cardíacas de distinta gravedad. La mayoría de los estudios ecocardiográficos describen una significativa prevalencia de alteraciones estructurales. La población de dichos estudios incluye tanto pacientes hospitalizados como ambulatorios. Realizamos un análisis descriptivo y prospectivo sobre la prevalencia de alteraciones ecocardiográficas en una población con LES en seguimiento ambulatorio.

Método: 51 pacientes afectados de LES, seguidos en consultas externas de medicina interna, se realizan estudio ecocardiográfico completo. Se estudian diversas variables clínicas (Raynaud, Síndrome antifosfolípido, Sjogren, HTA, livedo reticularis, antecedente de trombosis venosa) y analíticas.

Resultados: El 92 % de los pacientes son mujeres, con una media de edad de 36,1 años. Se observa Insuficiencia mitral en un 20%, siendo de grado moderado-severo en un 6%. Existe un patrón de disfunción diastólica en un 20% de la población. Encontramos un 4% de insuficiencia aórtica moderada-severa y únicamente un 2% de insuficiencia tricúspide importante. Hallamos engrosamiento valvular en el 12 % de pacientes (fundamentalmente en el velo anterior mitral). El fenómeno de Raynaud se asocia estrechamente con esta lesión valvular, aunque no alcanza significación estadística ($p=0,1$).

Conclusiones: Observamos una menor prevalencia de cardiopatía estructural, comparada con la descrita en diversos trabajos. Esta diferencia es atribuible a que la población de nuestro estudio incluye únicamente pacientes no hospitalizados.

84.- Influencia del Servicio de Cardiología de la codificación de los informes de altas.

F.J. Molano Casimiro, F.J. Sánchez Burguillos, J. Beltrán Rodríguez, L. Pastor Torres, M. Tejedor, A. Díaz

Hospital Universitario de Valme

Introducción: Los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GDRs) son un instrumento básico para el análisis tanto de la gestión clínica como de la económica de un Servicio. Los datos para su construcción se obtienen del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) para lo cual es imprescindible una adecuada y completa codificación de los diagnósticos, procedimientos y comorbilidades obtenidos a partir del informe de alta.

Objetivo: Valorar si la codificación conjunta por los Servicios de Cardiología y Documentación Clínica de los informes de alta hospitalarios, aporta mayor información al CMBD y modifica el peso de los GDRs.

Material y métodos: En primer lugar realizamos reuniones periódicas de los Servicios de Cardiología y Documentación para aunar criterios en la codificación de las altas. Tras un periodo de entrenamiento de tres meses, el año 2003 fue codificado por los cardiólogos responsables del ingreso y alta hospitalarios y posteriormente revisados por el Servicio de Documentación. Se compararon dos periodos, el primer semestre del 2001 (previo a la puesta en común de los criterios) y primer semestre de 2003.

Resultados: Durante los primeros semestres del 2001 y 2003 fueron dados de alta del Servicio de Cardiología 500 y 493 pacientes respectivamente. El índice de Case Mix aumentó 1.599 (2001) a 2.001 (2003); $p<0.001$. Al analizar el 80% de la actividad incluyendo los 12 primeros GDRs hay un aumento del Case Mix del 1.307(2001) a 1.612 (2001); $p<0.001$ y una diferencia en la calidad de los diagnósticos pues en el 2001 los códigos diagnósticos más frecuentes de la Clasificación Internacional de Enfermedades en su Novena Edición, Modificación Clínica (CIE9-MC) fueron el 140, 112, 139, 127 y 143 y en el 2003 el 140, 116, 143, 112 y 122 por orden decreciente de frecuencia. Asimismo en el 2001 se encontraron 16 pacientes, con el GDR 470 (no agrupable) cuyo peso es cero con la consiguiente pérdida de información, circunstancia que no ocurrió en ningún paciente tras la codificación conjunta.

Conclusión: La codificación conjunta de los informes de alta es una herramienta útil para aumentar la calidad de la gestión clínica y económica de los pacientes hospitalizados en un Servicio de Cardiología.

86.- Evaluación funcional del ventrículo derecho en hipertensión pulmonar mediante el índice TEI.

C. Gómez Navarro, R.L. Aguilar, A. Campos, A. Guisado, G. Retegui, C. Ocaña, A. Martínez, F.L. Pardo, A. Cayuela, J.S. Román

Hospital Universitario Virgen del Rocío

Introducción/Objetivos: El índice Tei se ha usado como medida de función ventricular y como predictor de eventos adversos en distintas patologías del ventrículo izquierdo. Nuestro objetivo es el estudio del Tei de cavidades derechas en pacientes con Hipertensión arterial pulmonar (HAP) y su correlación con otras pruebas no invasivas de función ventricular derecha.

Método: Analizamos de forma prospectiva 14 pacientes con Hipertensión pulmonar primaria o secundaria a enfermedades sistémicas y 16 pacientes con enfermedades sistémicas y presiones pulmonares normales. Se realizó un estudio ecocardiográfico completo y calculamos el índice Tei en cavidades izquierdas y derechas. En 8 pacientes del grupo de HAP se comparan los datos ecocardiográficos con ventriculografía isotópica derecha de primer paso.

Resultados:

	Hipertensión Pulmonar	NO Hipertensión Pulmonar	Significación estadística
PSAP (p50)	88 mmHg	22 mmHg	$p<0,01$
Tei VDcho.(p50)	0,55	0,17	$p<0,01$

Se observa una fuerte asociación estadísticamente significativa ($r=0,8$; $p<0.01$) entre los valores del Tei y los de PSAP. Los valores de Tei muestran una fuerte asociación inversa con los valores de la función sistólica del ventrículo derecho por ventriculografía ($r=0,95$; $p<0.01$).

Conclusiones: El Tei de cavidades derechas es un índice ecocardiográfico de fácil obtención, que ofrece muy buena correlación con el grado de hipertensión pulmonar y con la función ventricular derecha obtenida por ventriculografía.

87.- ¿Se asemejan los pacientes participantes en ensayos clínicos de insuficiencia cardiaca a los de la práctica diaria?

C. Sánchez González, A.J. Muñoz García, M. Jiménez Navarro, S. Espinosa Calianni, A. Pérez Cabeza, L. Morcillo Hidalgo, E. de Teresa Galván

Hospital Universitario Virgen de la Victoria

Los ensayos clínicos constituyen el paradigma del método científico. Sin embargo presentan limitaciones fundamentalmente en relación a su validez externa. Existe un gran debate sobre la aplicabilidad de los resultados de los ensayos clínicos en la práctica diaria en pacientes mayores fundamentalmente en la campo de la Insuficiencia Cardiaca (IC).

Métodos: Estudiamos todos los pacientes (p) mayores de 64 años ingresados en nuestro servicio de Cardiología durante el año 2003 con el diagnóstico de insuficiencia cardiaca (IC). Analizamos sus características basales y si cumplían criterios de inclusión de grandes ensayos clínicos publicados recientemente o criterios de exclusión (insuficiencia renal-creatinina > 2m/dl-, fracción de eyección > 40%, angina inestable/infarto en 6 meses previos, comorbilidad - enfermedad hepática, demencia y neoplasias).

Resultados: De los 279 pacientes ingresados con el diagnóstico de IC, 186 eran mayores de 64 años (66,6%). De los 186p estudiados, 102 eran mujeres (54,8%) y 84 hombres (45,2%). El 19,9 % era mayor de 80 años, el 10,2% presentaba insuficiencia renal, el 45,2 % tenían un FE > 40%. Cumplía los criterios de inclusión el 17,7 %.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes mayores de 64 años ingresados en nuestro servicio de Cardiología por insuficiencia cardiaca no cumplirían criterios de inclusión en los grandes ensayos clínicos de IC.

89.- Estudio de las variables relacionadas con la estancia media en pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca en planta de cardiología.

A. Fajardo, S. Bermudo, M. Gil, E. Vázquez, A. Ramírez, C. Lozano, M. Guzmán, R. Cardenal, A. Tarabini, J. Muñoz, B. Jiménez, JB. Armenteros, C. Pagola

Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén

Introducción: La insuficiencia cardiaca condiciona un importante número de ingresos y reingresos en Cardiología. La estancia, dada la prevalencia del síndrome, tiene relevancia en el coste y gestión de los recursos, por lo que consideramos de interés conocer las variables relacionadas con la misma.

Método: Análisis de 280 pacientes con alta por IC, manejados con criterio uniforme. Cálculo de cuartiles de estancia. Análisis uni y multivariante.

Variables: Edad, sexo, etiología, factores de riesgo, contractilidad, ritmo, perfil tiroideo y nutricional, función renal, status al alta, fármacos, catesterismo, día de ingreso y alta e isócronas de tiempo de desplazamiento de su lugar de residencia al Hospital.

Resultados: Estancia media 8,04 días. Se correlaciona con mayor estancia: Etiología isquémica vs HTA (9,2 vs 6,4; p 0,006) y arrítmica (9,2 vs 6; p 0,002) (65,7% isquémicos cuartil 3º-4º; 69,3% HTA 1º-2º; p 0,002). Exitus (13,1 vs 7,7; p<0,0001) (52% cuartil 4º). IC>1 año (10,3 vs 7,3; p<0,0001) (67% cuartil 3º-4º). Reingreso (9,7 vs 7,1; p<0,02) (60% cuartil 3º-4º). Disfunción severa vs normal ó ligera (9,7 vs 7,1 y 7,2; p<0,01). Creatinina>2 (10,6 vs 7,9; p<0,02). Nivel proteico bajo (10,7 vs 8,3; p<0,05). T3<2 (10,4 vs 6,7; p<0,0001). Fibrinógeno>4,5 (10,7 vs 7,1; p<0,05). Dopa ó dobuta (11 vs 5,9; p 0,001). Ingreso sábado-lun (9,3 vs 7,3; p<0,001). Alta lun-mar (9,1 vs 7,5; p<0,05). Pacientes con isócrona de desplazamiento al hospital >30' tienen 9,2 días (1,18 más de la media) vs 7,9 si residen en la ciudad (no alcanzando significación estadística).

En análisis multivariante alcanzan significación: Exitus (OR: 10,03 [3,6-27,8; 95%] p<0,0001) y IC>1 año (OR: 3,14 [1,31-7,53; 95%] p<0,01).

Conclusiones: 1) IC de origen isquémico, más disfunción, necesidad de inotropos, peor perfil nutricional y mayor nivel de fibrinógeno identifica más estancia. 2) Día de ingreso y alta muestra diferencia explicable por paréntesis de fin de semana. 3) Edad, sexo, ritmo, diabetes, HTA, anticoagular, betabloquear y lugar de residencia no influyen en la estancia.

88.- Diagnóstico de la hipertrofia ventricular izquierda en hipertensos estudiados en un hospital comarcal: ¿Es siempre necesario un ecocardiograma?

L. García Riesco, A. Pedrote Martínez, A. Espina Chávez, S. Palomo Gil

Unidad de Cardiología. Servicio de Medicina Interna. Hospital de Riotinto.

La hipertrofia ventricular izquierda (HVI) de pacientes con hipertensión arterial (HTA) tiene implicaciones pronósticas y terapéuticas. El ecocardiograma (EC) que es el "patrón oro" para su diagnóstico, es una indicación tipo II en las Guías de Actuación. En su defecto, es el ECG la herramienta diagnóstica de HVI.

Pretendemos conocer en una población de pacientes con HTA estudiados en un Hospital Comarcal, la prevalencia de HVI y la capacidad diagnóstica del ECG.

Material y métodos: Se estudiaron 35 pacientes consecutivos con HTA derivados a la consulta de cardiología por primera vez. Se excluyeron aquellos con síndrome de preexcitación, bloqueo de rama o mala ventana acústica. En 26 pacientes se determinó la HVI valorada por ECG según el índice de Sokolov y Cornell. La HVI en el EC se determinó calculando la masa ventricular según la fórmula de Devereux. Se consideró HVI valores por encima de 120 g/m², según los valores normales de 10 pacientes controles a quienes se realizó un EC por otros motivos.

Resultados: La edad media fue de 70±8 años, 73% mujeres. La antigüedad del diagnóstico HTA fue 5±7 años y el número de fármacos antihipertensivos usados de 2,1±0,8. La prevalencia de HVI por EC fue del 57 %, con una masa media 155±27 g/m². En 7 (23%) de los 26 pacientes con HTA el ECG diagnosticó HVI. La sensibilidad global del ECG para detectar HVI fue del 40 %, la especificidad del 91 %, valor predictivo positivo 85 % y negativo 53%.

Conclusiones: La baja potencia diagnóstica de HVI en la HTA por ECG hace necesario la práctica rutinaria de un EC para el correcto manejo de estos pacientes, debiéndose reconsiderar las indicaciones establecidas en las Guías de Prácticas de Actuación.

90.- Optimización del tratamiento farmacológico en pacientes atendidos en Unidades de Insuficiencia Cardíaca. Estudio multicéntrico andaluz.

M. Anguita, M. Jiménez-Navarro, A. Martínez, F. Torres, J.M^a Pérez, O. Baun, J. Beltrán, F. García-Arbolea, J. Alvarez, E. de Teresa

Grupo de Trabajo de Insuficiencia Cardíaca. Soc. Andaluza de Cardiología. Sevilla

Objetivos y Métodos: El pronóstico de la insuficiencia cardíaca (IC) sigue siendo muy adverso, a pesar de los avances experimentados en el tratamiento farmacológico. Entre otras causas, la infrautilización del tratamiento farmacológico óptimo puede influir en ese mal pronóstico. El objetivo de nuestro trabajo es conocer si es posible mejorar el tratamiento de los pacientes con IC mediante su control por Unidades o Consultas específicas de insuficiencia cardíaca. Presentamos los datos de un registro realizado en 9 centros andaluces con consultas de IC que incluye 532 pacientes atendidos entre 2000 y 2002.

Resultados: La edad media de los 532 pacientes fue de 64 años, siendo mayores de 70 años el 37% de los pacientes. El 72% eran varones. El 73% habían presentado al menos 1 ingreso previo por IC. La etiología de la IC fue: isquémica (45%), hipertensión arterial (21%), miocardiopatía dilatada (17%), valvulopatías (13 %) y otras (4%). El 86% se hallaban en clase funcional II o III. La fracción de eyección ventricular izquierda era inferior al 45% en el 75% de los casos. Tras la consulta en la Unidad de IC, el tratamiento recibido por los pacientes fue: diuréticos (91% de los casos), IECAs (80%), ARA 2 (27%), Digoxina (38%), Espironolactona (42%), Betabloqueantes (69%), Nitratos (34%), Antiagregantes (47%), Anticoagulantes (39%), Estatinas (31%) y Amiodarona (16%). Las dosis medianas de los fármacos más utilizados fueron: enalapril 17 mg/día, carvedilol 18 mg/día, furosemida 53 mg/día, espironolactona 31 mg/día, losartan 45 mg/día. El número mediano de fármacos por paciente fue de 5. Tras un seguimiento de 6 meses no se produjeron reajustes significativos en los fármacos motivados por efectos secundarios.

Conclusiones: Es posible conseguir un tratamiento muy adecuado, según las guías científicas sobre IC, en pacientes con esta patología mediante su control en Unidades de insuficiencia cardíaca. El % de pacientes que tomaban IECAs, betabloqueantes y espironolactona ha sido muy elevado. El carácter multicéntrico, e incluyendo un amplio número de hospitales, refuerza estas conclusiones.

91.- Correlación de los niveles de NT Pro BNP y el test de los seis minutos en pacientes con disfunción ventricular e insuficiencia cardíaca.

A. Domínguez Franco, M^a A. Fernández Moyano, M. Jiménez Navarro, E. Molero Campos, M. Pérez Caravante, J. Peña Hernández, A. Muñoz García, C. Sánchez González, R. López Salguero, E. de Teresa

Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria de Málaga

Introducción: Muchos estudios han demostrado evidencias sobre el valor pronóstico de los péptidos natriuréticos cerebrales (BNP, NT proBNP) en pacientes con insuficiencia cardíaca. El test de los 6 minutos también ha sido utilizado como marcador pronóstico al valorar la capacidad de ejercicio submáximo en esta población de enfermos. Hemos comparado los resultados de ambos test en un grupo seleccionado de pacientes estables con disfunción ventricular e insuficiencia cardíaca crónica.

Métodos: Estudiamos a 30 pacientes consecutivos de la consulta de Insuficiencia cardíaca de nuestro centro. Los pacientes debían haber permanecido estables los tres meses previos al estudio (no ingresos por descompensación ni cambios en el tratamiento médico), presentar FE < 30% y estar en grado funcional II-III de la NYHA. Excluimos a los pacientes con Insuficiencia renal (creatinina > 2), angina, broncopatía o enfermedad vascular periférica severa. El test de los 6 minutos fue realizado tras la extracción sanguínea para la detección de los niveles de NT pro BNP.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 62.6±12.2 años, la mayoría varones (86.7%) y de etiología isquémica (73.3%). El 33.3% eran diabéticos. El 66.7% estaba en clase funcional II y el 33.3% en III. La FE media fue de 24.2±6.6 %. El 83% de los pacientes estaba en tratamiento con IECAs y el 76% con beta-bloqueantes. La concentración media de NT proBNP fue de 2237,3 pg/ml y la distancia recorrida en el test de los 6 minutos fue de 348.26 metros. Observamos una correlación estadísticamente significativa entre los niveles de NT pro BNP y la distancia recorrida ($r=-0.37$, $p<0.04$).

Conclusiones: En nuestra población la concentración de NT pro BNP se correlaciona inversamente con el grado de capacidad de ejercicio en pacientes con insuficiencia cardíaca estables en grado funcional II-III.

93.- Control de calidad en la atención por procesos: insuficiencia cardíaca en atención primaria.

A. Ortiz Carrellán, G. Lliteras Fleixas, A. Codina Lanaspá, M. A. Murga Oporto, *A. Martínez Martínez

Centro de Salud "La Candelaria". *Servicio de Cardiología. Área Virgen del Rocío

Introducción y Objetivos: Evaluar el nivel de implantación y desarrollo de las directrices aconsejadas en el Plan de Calidad asistencial al paciente con insuficiencia cardíaca (IC) en atención primaria de salud (AP^a).

Metodología: Fueron seleccionados todos los pacientes mayores de 45 años con IC pertenecientes a nuestra área de salud. El estudio de la muestra se realizó a través del análisis sistemático de historias clínicas informatizadas (programa TASS). Las variables de estudio se corresponden con el grado de aplicación de los parámetros identificados como indicadores de calidad del Proceso Asistencial Integrado de la IC de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

Resultados: Se obtuvieron 202 pacientes con IC (2.3% de la población >45 años y 10% de los pacientes > 70 años), 64 varones y 138 mujeres. La edad media fue de 75±10 años. El 64% estaban en clase funcional (CF) II (NYHA) y un 20% en CF III. El 40% de los pacientes había sufrido algún ingreso previo por IC. La función ventricular se evaluó en el 67% de los casos. La prescripción de IECAs/ARA II en pacientes con disfunción ventricular (DVI) (FE<40%) alcanzó el 85%. El 31% del total de la muestra recibía tratamiento betabloqueante, aumentando al 44% en los pacientes con DVI, aunque sólo un 25% de los pacientes con DVI recibían tratamiento conjunto de IECAs y betabloqueantes. Un 36% de los pacientes presentaban fibrilación auricular, recibiendo anticoagulación oral en el 54% de los casos. El 79% era valorado de forma periódica por un cardiólogo. La media de demora para su derivación a atención especializada con carácter preferente es de 25±6 días. El 75% de los pacientes seguían controles continuados (analíticos, Rx y ECG) por su médico de AP^a realizados desde su centro de salud. En ningún caso se encontraron diferencias en cuanto al sexo.

Conclusiones: La atención a los pacientes con IC alcanza altos niveles de calidad asistencial a pesar de las limitaciones existentes en AP^a. Es necesario una mayor implicación y esfuerzo entre administración y profesionales para ofrecer una asistencia de óptima calidad a nuestros enfermos con IC.

92.- Manejo de los pacientes con insuficiencia cardíaca ingresados en un hospital de tercer nivel.

A. Ortiz Carrellán, A. Martínez Martínez, J. Burgos Cornejo

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen del Rocío

Introducción y Objetivos: Estudio del perfil clínico, factores de riesgo y desencadenantes, etiología, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, tratamiento médico, estancia media, comorbilidad y mortalidad de los pacientes con insuficiencia cardíaca (IC), dados de alta por el servicio de cardiología de un hospital terciario de Andalucía.

Metodología: Fueron incluidos todos los pacientes ingresados de forma consecutiva con IC en el servicio desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2002. La recogida de datos se realizó a través de la revisión sistemática de todos los informes de alta, correspondientes al período de estudio.

Resultados: Fueron dados de alta 260 pacientes con IC (16% del total), 177 varones y 83 mujeres. La edad media fue de 63±14 años, siendo en mujeres superior a la de los hombres (62±14 vs 67±13). Un 55% de los casos tenían IC previa, y en el 33% habían sufrido un ingreso previo por IC. Los factores de riesgo principales fueron la hipertensión arterial (HTA) (55%) y la diabetes mellitus (40%). La etiología más frecuente fue la cardiopatía isquémica (48%) la cardiopatía hipertensiva (26%) y la cardiopatía valvular (23%). Los principales factores desencadenantes fueron el angor (38%), las arritmias (30%), las infecciones respiratorias y la crisis HTA (7%). En el 52% de los casos se objetivó disfunción sistólica (FE<50%, 62% ♂ vs 30% ♀, $p<0,005$). La anemia (Hb g/dl <13 ♂; <12 ♀) estaba presente en el 20% y la insuficiencia renal (Creat >1,7 mg/dl) en el 18% de los pacientes. En el 33% de los casos se realizó cateterismo cardíaco y 5 casos fueron tributarios de trasplante cardíaco. Un 75% se trataron con diuréticos. 61% con IECAs/ARA II, 25% con digoxina y 50% con beta-bloqueantes. La estancia media fue de 12 días. Fallecieron durante el ingreso un 4% de los pacientes.

Conclusiones: La cardiopatía isquémica con fallo sistólico en los hombres y la disfunción diastólica 2^a a cardiopatía hipertensiva en mujeres, constituyen en el sustrato principal de expresión de la IC en nuestro medio. El perfil clínico diferente de los pacientes con IC que ingresan en un servicio de cardiología explicaría las variaciones con respecto a otros estudios. La elevada comorbilidad de estos pacientes obliga a una visión más integral y pluripatológica de nuestros enfermos con IC.

94.- Insuficiencia cardíaca en atención primaria.

A. Ortiz Carrellán, G. Lliteras Fleixas, M. Quintero, J. M^a Quirós, A. Codina Lanaspá, M. Murga Oporto

Centro de Salud "La Candelaria"

Introducción y objetivos: Estudio de las características clínicas y manejo de los pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) en Atención Primaria (AP^a).

Metodología: Fueron seleccionados todos los pacientes mayores de 45 años con IC pertenecientes a nuestra área de salud. La inclusión de pacientes se realizó a través de la revisión sistemática de historias clínicas informatizadas (programa TASS) y la captación activa en consulta durante 6 meses de nuevos sujetos con diagnóstico de IC.

Resultados: Se obtuvieron 202 pacientes con IC (2,3% de la población >45 años y 10% de los pacientes >70 años), 64 varones y 138 mujeres. La edad media fue de 75±10 años. El 64% estaban en clase funcional (CF) II (NYHA) y un 20% en CF III. El 40% habían tenido algún ingreso previo por IC. Los factores de riesgo principales fueron la hipertensión arterial (HTA) (85%) y la diabetes mellitus (51%). La etiología más frecuente de forma global fue la cardiopatía hipertensiva (42%). En el 30% de los casos se objetivó disfunción sistólica (FE<50%), en estos pacientes, la etiología predominante fue la cardiopatía isquémica (44%) y la miocardiopatía dilatada (24%). Un 36% presentaban fibrilación auricular, EPOC (21%), insuficiencia renal (17%) y anemia (11%). El 79% era valorado de forma periódica por un cardiólogo, se realizó estudio ecocardiográfico al 67% de los pacientes y sólo el 75% de los pacientes seguían controles continuados (analíticos, Rx y ECG) por su médico de AP^a. Un 87% se trataron con diuréticos, 76% con IECAs/ARAII, 33% con digoxina y 31% con betabloqueantes. El 53% de los pacientes eran polimedicados (>5 fármacos). Fallecieron durante el período de estudio un 4% de los pacientes.

Conclusiones: La prevalencia de la IC aumenta constantemente, con especial incidencia en nuestra población mayor, cada vez más numerosa y pluripatológica. El mejor control de los factores de riesgo cardiovasculares, especialmente de la HTA: así como una conexión rápida y fluida entre AP^a y especializada, son elementos fundamentales para detener el avance de la epidemia que supondrá la IC en los próximos años.



**XXXIX CONGRESO DE LA SOCIEDAD
ANDALUZA DE CARDIOLOGIA**
Huelva, del 6 al 8 de Mayo de 2004

POSTER FORUM-ENFERMERÍA
.....

8 de mayo a las 18,00 h.

Comunicaciones nº 95 a 104

95.- Análisis del tiempo de espera desde atención primaria hasta la asistencia en la consulta de cardiología.

A. Torres, D. Sánchez, C. Parras, C. Tejada, M^a A. Pérez, P. López, J. Muñoz, E. Vázquez, C. Pagola

Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario de Jaén

El tiempo de espera que transcurre desde la solicitud de atención primaria (AP) y la asistencia es uno de los factores más importante que condicionan la calidad de la consulta de Cardiología. Los factores que condicionan la demora en la asistencia son múltiples y diferentes según el lugar que se analice.

Objetivo: Analizar los tiempos de espera, su variabilidad en función de su procedencia y su distribución en los pasos recorridos.

Material y métodos: Analizamos los pasos seguidos por 500 pacientes (p) desde la solicitud por AP hasta su asistencia, estableciendo las diferencias entre 12 centros de salud y separando los tiempos existentes desde la solicitud y su entrada en el dispositivo de citas del hospital (T1) y el comprendido entre la entrada y la asistencia (T2).

Resultados: El tiempo medio total entre la solicitud y la asistencia fue de 35,8±11,1 días, distribuidos en: T1: 21,2 y T2: 14,5. Hubo marcadas diferencias según la procedencia en el T1 y una menor diferencia en T2 (Tabla).

Centros de salud	T1 (días)	T2 (días)
A	31,5±11,0	16,5±5,8
B	24,3±11,2	12,3±4,6
C	23,9±12,6	14,3±5,4
D	21,0±2,1	12,8±1,5
E	20,7±6,9	14,5±6,2
F	18,7±5,9	14,7±8,0
.....
K	15,0±2,9	14,4±6,4
L	14,8±3,9	14,5±7,1

Conclusiones: 1^a) Los trámites administrativos han constituido el principal factor condicionante de la demora. 2^a) Existe una importante variabilidad en el tiempo de asistencia según el lugar de procedencia. 3^a) Una cita directa desde AP sin trámites administrativos reduciría los tiempos de espera en más de 2/3.

97.- ¿Podemos disminuir los retrasos y mejorar la eficacia de trabajo en el Laboratorio de Hemodinámica?.

M^a C. Jiménez, N. Ruiz, R. Pérez de la Blanca, A. Pérez, P. Ruiz, A. Ramírez

Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén

Introducción: La eficiencia y productividad son cualidades importantes de las prestaciones sanitarias. Los índices de ocupación del Laboratorio de Hemodinámica se ven con frecuencia influenciados negativamente por agentes externos.

Métodos: El objetivo de este estudio es cuantificar los intervalos de tiempo de cada paso del procedimiento en pacientes sometidos a cateterismo cardíaco, diagnóstico o terapéutico. Prospectivamente se midieron los siguientes intervalos de tiempo. Tiempo de preparación: tiempo desde que el paciente entra en el laboratorio de hemodinámica hasta que el cardiólogo comienza la punción. Tiempo de procedimiento: tiempo desde inicio de la punción hasta finalizar angiografía y/o ICP. Tiempo de hemostasia: tras el fin del procedimiento hasta que se consigue hemostasia arterial. Tiempo de evacuación: desde estabilización inguinal hasta que el paciente es retirado del laboratorio.

Resultados: La media de tiempo entre pacientes fue de 19±14 minutos. Los datos conseguidos de 2.250 pacientes se muestran en la siguiente tabla

	Diagnóstico	Diagn.+ICP	p
T de Preparación (min)	12±7	14±9	ns
T de Procedimiento (min)	18±18	39±14	<0,05
T de Hemostasia (min)	14±16	9±14	ns
T de Evacuación (min)	18±8	16±9	ns

Conclusión: En la rutina diaria se consumen importantes periodos de tiempo entre pacientes y durante los preparativos y cuidados periprocedimiento. Con la aplicación de protocolos de trabajo se podrían optimizar los índices de ocupación del Laboratorio con objeto de aumentar nuestra eficiencia.

96.- Repercusión de la libre elección de médico especialista en una consulta de cardiología.

C. Parras, C. Tejada, D. Sánchez, A. Torres, P. López, M^a A. Pérez, J. Muñoz, E. Vázquez, C. Pagola

Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario de Jaén

La libre elección de médico especialista de hospital (LEMEH) es un derecho del usuario recientemente introducido en el sistema sanitario público de Andalucía.

Objetivo: Valorar el grado de aplicación real en la práctica diaria actual y su influencia en la demora de la asistencia.

Pacientes y métodos: Analizamos el uso de la LEMEH por 500 pacientes (p) derivados desde Atención Primaria a consulta de Cardiología. Determinamos el porcentaje de pacientes que han sido atendidos por el cardiólogo solicitado y la demora en la asistencia que ha supuesto el uso de dicha prestación.

Resultados: 87 de los 500 p (17,4%) solicitaron ser atendidos por un especialista concreto. De estos, 58 (68,6%) fueron atendidos por el especialista solicitado. El tiempo de espera de la totalidad de los pacientes fue de 35,8 días. Cuando se hizo uso de la LEMEH y no fue atendida, el tiempo de demora no varió significativamente (36,2 días); sin embargo, cuando el especialista que lo atendió fue el solicitado, el tiempo de espera fue de 46,6 días.

Conclusiones: 1^a) La libre elección de médico especialista de hospital es un derecho escasamente utilizado en la actualidad por los pacientes de las consultas de Cardiología. 2^a) Cuando se hace uso de este derecho no son atendidas, en la actualidad, un tercio de las solicitudes. 3^a) El uso de la libre elección de especialista y la atención por el especialista solicitado ha incrementado el tiempo de espera de consulta en, aproximadamente, un tercio del tiempo de demora habitual de la consulta.

98.- Efectos de la aplicación de un protocolo de enfermería informativo para el paciente sometido a intervencionismo coronario.

R. Pérez de la Blanca, N. Ruiz, M^a C. Jiménez, A. Pérez, P. Ruiz, A. Ramírez

Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén

Introducción: El paciente sometido a intervencionismo coronario percutáneo electivo presenta un elevado nivel de ansiedad. El objetivo de este estudio es evaluar los efectos de la aplicación de un protocolo de enfermería destinado a complementar las explicaciones del consentimiento informado que el paciente firma con el cardiólogo y a resolver las posibles dudas e inquietudes generadas.

Métodos: 65 pacientes sometidos a cateterismo cardíaco por cardiopatía isquémica fueron randomizados a recibir el consentimiento informado estandar (grupo I; n=31) vs el consentimiento informado complementado por las explicaciones de enfermería (grupo II; n=34). El Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI) test se realizó en todos los pacientes tras aplicar el protocolo de consentimiento correspondiente.

Resultados: A pesar de que ambos grupos se mostraron generalmente satisfechos con el tipo de información recibida, los pacientes del grupo I presentaron significativamente mayor nivel de ansiedad que el grupo II (diferencia media ajustada 1.4; 95% intervalo de confianza 0.2-4.4).

Conclusión: La aplicación de un protocolo de enfermería informativo para el paciente sometido a intervencionismo coronario se asocia a una disminución del nivel de ansiedad del paciente. Sin embargo esta diferencia es mínima y su impacto clínico queda aún por definir.

99.- Manejo del paciente con insuficiencia cardíaca en consulta de enfermería.

C. Sevillano Romero, A. M^a Sousa González, A. Ortiz, A. Martínez

C. P.E. Virgen de los Reyes. Área Virgen del Rocío

Introducción: El elevado número de enfermos con insuficiencia cardíaca (IC), que acuden a nuestras consultas, precisa de una mayor relevancia del profesional de enfermería, cuya actividad se hace necesariamente complementaria.

Material y métodos: Hemos creado un registro informatizado de todos los pacientes que acuden a consulta, elaborando un apartado específico para IC. Todas las actividades realizadas, tanto la situación clínica, exploraciones y pruebas complementarias, como toda la información aportada al enfermo, quedan codificadas en nuestra base de datos.

Resultados: Durante el año 2003 fueron vistos en consulta 1300 pacientes, con una edad media de 67±10 años y siendo el 62% mujeres. Tenían diagnóstico de IC el 8% de los casos, sin diferencias entre sexos. El factor de riesgo más frecuente en estos enfermos fue la hipertensión arterial (HTA) (70%). La etiología más frecuente de su IC de forma global, fue la miocardiopatía isquémica (45%) y la cardiopatía hipertensiva (42%). Los enfermos diagnosticados de IC eran evaluados por enfermería en sucesivas visitas, programadas, en donde se realizaba la identificación de los pacientes con baja adherencia al tratamiento y se procedía a la educación sanitaria (control del peso periódicamente, control de la diuresis e ingesta de líquidos, vigilar edemas, restricción salina, uso racional de diuréticos, ejercicio físico adecuado y continuado). En el 18% de los pacientes se detectaron fallos en el cumplimiento terapéutico, y un 60% de los mismos desconocía medidas de autocuidado, que fueron reforzadas por enfermería. Se aportó un teléfono directo para contacto inmediato con los pacientes, realizándose 370 consultas telefónicas.

Conclusiones: La implicación del profesional de enfermería en el seguimiento del paciente con IC es imprescindible para aportar una asistencia de calidad. El control del cumplimiento terapéutico y la educación sanitaria personalizada al paciente con IC, constituyen los pilares básicos de las actividades desarrolladas en la consulta de enfermería.

101.- Papel de enfermería en el protocolo de estudio de foramen oval permeable mediante ecotransesofágica.

A. Nevado Tirado. R. Madrid Fernández

Hospital Universitario Reina Sofía

El foramen oval permeable consiste en la falta de sellado de la membrana de la fosa oval y se ha asociado con infartos cerebrales en pacientes jóvenes con ictus de origen desconocido. La Ecocardiografía transesofágica (ETE) parece la técnica diagnóstica de elección. El objetivo de este estudio es describir el papel de enfermería en el protocolo de estudio del FOP mediante ETE.

Pacientes y Métodos: Entre Octubre 99 y Enero 2004 se estudiaron todos los pacientes con edad igual o menor de 55 años con sospecha clínica de ACVA sin causa aparente. El estudio cardiológico consistía en la realización de un estudio de ETT, realizado por enfermería en el que se prestaba especial atención al septo interauricular. Después se realizaba un estudio ETE cuyo protocolo consistió en: -Preparación previa (día anterior) de ayunas 12 horas y consentimiento informado firmado. -Adiestramiento y explicación de maniobra de Valsalva. -Toma de vía venosa periférica braquial (Abocath 20) con llave de 3 pasos. -Comprobación de prótesis dentales extraíbles.

Anestesia local orofaríngea con lidocaina tópica en aerosol al 10%. Sólo si intolerancia a la sonda TE se inyecta midazolam IV, que se revierte con 1 ampolla de Anexate tras finalizar el estudio. -Inyección de 5cc de Hemocé y/o suero fisiológico en jeringa de 10cc sonicado (haciendo vacío) tantas veces como lo solicite el facultativo. -Explicar al final del estudio que se debe mantener la ayuna 2 horas más. -Quitar vía periférico.

Resultados: Se realizaron un total de 104 estudios de los cuales tenían FOP el 40%, y paso de contraste en el 38%, la mayoría amplio y tanto en reposo como en Valsalva. En 4 casos se encontraron una tumoración y en 1 un trombo sobre válvula mitral. Tan sólo en 1 caso hubo que utilizar midazolam IV, siendo muy bien tolerada en todos los casos. En ningún caso hubo complicaciones ni atribuible a la medicación ni a la sonda TE.

Conclusiones: El estudio con ETE y ETT para pacientes jóvenes con ictus de etiología desconocida es una técnica cada vez más solicitada dada la rentabilidad diagnóstica. La necesidad de anestesia tópica orofaríngea, vía venosa periférica, administración de Hemocé en ciertos casos y de ecocontrastes hace imprescindible el papel de enfermería con entrenamiento adecuado en la misma.

100.- Abordaje integral del paciente con insuficiencia cardíaca. Papel de la enfermería de consultas externas en la fase educacional de estos enfermos.

E. Calmaestra, M^a Victoria Martínez, J. Luis Jobani, E. Sánchez, M. Moreno, F. Torralbo, J. R. Siles

Unidad de Cardiología del Hospital Infanta Margarita

Introducción: Uno de los aspectos más relevantes de enfermería en la asistencia a los pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) es su labor educacional, acerca de las pautas a seguir debidas a la enfermedad, implementando la información dada por el facultativo.

Objetivos y pacientes: Con el fin de determinar el grado de información que los pacientes con IC tienen de su enfermedad se ha realizado un análisis comparativo a lo largo del último trimestre del 2003 en 50 pacientes consecutivos, 25 que acudieron a la consulta externa Cardiología, antes y otros tantos después de la instauración del programa educativo-asistencial que actualmente se realiza en nuestra Unidad, contestando a una sencilla encuesta a la salida de las consultas.

Resultados: Se cuantificó el nivel de satisfacción de los pacientes en ambos grupos siendo medio-alto en todos ellos. No ha habido diferencias en relación a la edad. Los parámetros que se han valorado en ambos grupos quedan reflejados en la tabla. Las mayores diferencias se encuentran en el mayor conocimiento que los enfermos tienen acerca de los horarios de toma de medicaciones, necesidad de vacunación antigripal anual y toma periódica de tensión arterial. El conocimiento del nivel de ejercicio que pueden desarrollar los pacientes sigue siendo bajo en ambos grupos.

	Control (n=25)	Educacional (n=25)	P
Horario medicación	14	22	<0,05
Ejercicio a realizar	5	7	NS
Vacunación gripal	7	22	<0,001
Aspectos dietéticos	21	23	NS
Control periódico de TA	14	24	<0,001
Datos de alarma y peso	14	20	NS

Conclusiones: Estos resultados sugieren que el papel educacional de la enfermería de consultas complementa y mejora ostensiblemente el conocimiento que de los diferentes aspectos de la enfermedad tienen los pacientes. La necesidad de un control periódico y estricto de la TA ha sido donde hallamos las mayores diferencias respecto al grupo control. Es preciso, en nuestro caso, reforzar la información acerca del nivel de ejercicio a desarrollar por nuestros pacientes.

102.- Sistemas de cierre percutáneo postangioplastia. ¿Incrementan las complicaciones?

E. Bobo, M. Ferrer. A. Rodríguez, M. Rodríguez

Hospital Juan Ramón Jiménez. Servicio de Cardiología

Introducción: La compresión manual del punto de inserción femoral postangioplastia ha sido la norma en la mayor parte de las salas de hemodinámica. La incorporación de los nuevos dispositivos de cierre percutáneo (tapones de colágeno -angioseal®- o suturas -closer® y superstich®- ha supuesto una mejora en comodidad del enfermo y en reducción de la duración de los procedimientos. En nuestro trabajo tratamos de ver si esta mejora en comodidad está gravada con un incremento de las complicaciones agudas en la zona de acceso femoral.

Métodos: Realizamos una recogida prospectiva de todos los pacientes sometidos a angioplastia en los que se implantó un dispositivo de cierre percutáneo. Sólo fueron excluidos los que, por decisión médica, no eran subsidiarios de ello (pacientes con severa enfermedad vascular periférica). Fueron incluidos 140 pacientes, desde 01/01/02 a 01/05/03.

Resultados: Fueron implantados 101 tapones de colágeno y 39 suturas (21 superstich y 11 closer), consiguiéndose un implante exitoso en 139 (98%). De los 2 pacientes en que no se consiguió completar el implante, uno (sutura superstich) precisó cirugía vascular que se desarrolló sin complicaciones, y en el otro (tapón angioseal) se realizó compresión manual sin incidencias. No hubo hemorragias ni hematomas en la primera hora postimplante.

Conclusiones: Los dispositivos de cierre percutáneo suponen una importante mejora en comodidad tanto del enfermo como del personal de enfermería en el paciente postangioplastia y, en nuestra experiencia, no están gravados con un mayor porcentaje de complicaciones.

103.- Resultados iniciales de un protocolo de deambulación precoz en la sala hemodinámica tras punción femoral.

T. Gutiérrez, M^a J. García, E. Rodríguez, L. Domínguez, F. Torres, L. Iñigo, O. Sanz, E. G. Cocina

Hospital Costa del Sol. Unidad de Cardiología. Marbella (Málaga)

Objetivo: Conocer la seguridad de un sistema de oclusión del acceso arterial femoral percutáneo en la movilización precoz de los pacientes.

Métodos: Se han seleccionado pacientes ingresados de forma programada para la realización de cateterismo ambulatorio, descartándose inicialmente aquellos pacientes con arteriopatía periférica conocida. El dispositivo de oclusión utilizado ha sido el Angioseal® de St. Jude, del cual se tenía experiencia previa durante más de 2 años en su uso en pacientes a los que se realizaba intervencionismo coronario, pero que permanecían en reposo durante las primeras 12 horas. El paciente tras el cierre se coloca en bipedestación y pasa deambulando a su cama, tras 20 min. se le permite sentarse y tras comprobar a la hora el resultado se le permite deambular por la habitación, siendo dado de alta a las 3-6 horas del procedimiento. Se realiza contacto telefónico a las 24 horas.

Resultados: En Enero de 2004 se ha iniciado el protocolo con los siguientes resultados en los primeros 8 casos consecutivos: La edad media de dichos pacientes fue de 65±9 años (54-77). Eran varones 5/8 (62,5%) de los casos. Todos fueron cateterismos diagnósticos, salvo un caso en el que se realizó angioplastia (APTC). En los 8 casos el dispositivo fue colocado de forma satisfactoria, realizándose la bipedestación y la deambulación en el laboratorio de hemodinámica sin complicaciones. En 2 casos se observó un ligero "babeo" sin consecuencias. El resultado a la hora fue en todos los casos satisfactorio, realizándose la libre deambulación en todos los casos a la hora, salvo en el caso de la APTC que se realizó a las 4 horas. Todos los pacientes fueron dados de alta en las primeras 3-6 horas del procedimiento, salvo el paciente de la APTC y un paciente con enfermedad coronaria de 3 vasos que permaneció ingresado hasta la cirugía. La evolución ha sido favorable en todos los pacientes a las 24 horas del procedimiento.

Conclusiones: El uso de un dispositivo de cierre del acceso arterial femoral de contrastada eficacia previa (Angioseal®) puede ser una alternativa segura para la movilización y alta precoz en pacientes sometidos a estudios hemodinámicos y angiográficos, con menor tasa de complicaciones locales.

104.- Satisfacción de los usuarios con los cuidados prestados por las auxiliares de enfermería en la unidad de cuidados intensivos coronarios.

M^a C. Marín, D. Méndez, C. Camara Illescas, E. Ramiro, F. Heras, M.L. Ramírez, R. M^a Jiménez, B. Legorburu

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Objetivos: Identificar el nivel de satisfacción del usuario en relación a los cuidados prestados por las Aux. de Enfermería. Incrementar el nivel de calidad asistencial, e identificar áreas que precisen alguna mejora.

Material y método: Estudio realizado en el H.U.V Macarena, en la Unidad Coronaria, entre Julio y Noviembre del 2003. La muestra fue de 46 pacientes. Se realizó un estudio descriptivo, en el que se utilizó una técnica de muestreo por conveniencia consecutivo. Utilizando un cuestionario con unos ítems de características sociodemográficas, 20 ítems de preguntas cerradas, y 2 ítems de preguntas abiertas. Con estos ítems se recogen, las dimensiones de calidad percibida del método SERQUAL.

Resultados: El análisis de la información se codificó en la base de datos del SPSS. 10. Los participantes fueron 67% hombres de una edad media de 58'8 años, con una estancia media de 8'38 días, 47% nivel de estudios medios.

Los 20 ítems se agrupan en las dimensiones del modelo Serqual siendo valorada la Seguridad positivamente en un 91%. La *tangibilidad*, en un 59%, siendo este porcentaje inferior en la *identificación del personal*, siendo casi nunca en un 50%. La *capacidad de respuesta*, valorada positivamente con un 97'8%, la *fiabilidad*, con una calificación de la Unidad de muy buena en el 91'3 %. Y la *empatía*, valorada también positivamente, destacando: *respeto a la intimidad*, siempre 93'4%.

Conclusiones: La atención prestada por las A.Es. es altamente satisfactoria en las dimensiones que se han medido. Siendo la *identificación del personal* donde tendríamos que mejorar. Mejorar la dieta. Y creemos necesario continuar evaluando la satisfacción del usuario y aumentar el tamaño de la muestra para que los resultados sean más fiables.