



COMUNICACIONES ORALES CARDIOLOGÍA

1. REMODELADO INVERSO DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO TRAS LA OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA Y FRACCIÓN DE EYECCIÓN DEPRIMIDA: PREVALENCIA, PREDICTORES E IMPACTO PRONÓSTICO

Chavez Leal, S; Barge Caballero, E; Paniagua Martin, Mj; Marzoa Rivas, R; Blanco Canosa, P; Grille Cancela, Z; Naya Leira, C; Fariñas Garrido, P; Gonzalez Escudero, A; Garcia Lopez, F; Alvarez Alvarez, Rj; Castro Beiras, A; Crespo Leiro, M;

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

Propósito: Estimar la proporción de pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) y fracción de eyección (FEVI) deprimida que experimentan remodelado inverso del ventrículo izquierdo (RIVI) tras la optimización del tratamiento farmacológico, identificar potenciales predictores de esta condición y determinar su impacto pronóstico.

Métodos: Registro observacional de 149 pacientes con FEVI <40% seguidos en una unidad multidisciplinar desde un primer episodio de IC entre los años 2010 y 2012. Se determinaron los diámetros del VI y la FEVI mediante ecocardiografía en el momento del debut de IC y tras la optimización del tratamiento farmacológico. Se definió RIVI como la presencia de una FEVI >45% y un diámetro telediastólico del VI (DTDVI) <33 mm/m² en el ETT de control. Se investigaron predictores independientes de RIVI mediante un análisis multivariante de regresión logística. Se estimó la incidencia acumulada de eventos cardiacos adversos (muerte, trasplante, ingreso por cualquier causa, ingreso por IC) mediante el método de Kaplan-Meier, y se comparó con la de los pacientes sin RIVI mediante el test log-rank.

Resultados: Se estudiaron 33 mujeres y 116 varones con una edad media de 59.6 años. 53 presentaban IC de causa isquémica (36%). Recibieron IECA/ARA2 el 94%, betabloqueantes el 98%, antagonistas de aldosterona el 72% e ivabradina el 7%. La mediana de tiempo entre el ecocardiograma basal y el de control fue de 220 días. En este periodo, se observaron variaciones significativas de la FEVI media (basal, 27.7; control, 38.4; p<0.001) y el DTDVI medio (basal, 32.4 mm/m²; control, 30.8 mm/m² p<0.001) de la muestra estudiada. 46 pacientes (31%) experimentaron RIVI. El análisis multivariante identificó como predictores independientes de RIVI a la etiología no isquémica, la ausencia de insuficiencia mitral significativa, el consumo excesivo de alcohol, una mayor FEVI basal, y el hecho de alcanzar las dosis objetivo de betabloqueantes (p<0.05 para todos ellos). Los pacientes con RIVI presentaron una mayor supervivencia libre de trasplante y una menor incidencia acumulada de ingreso por cualquier causa e ingreso por IC (p<0.05 para los tres eventos).

Conclusión: Casi un tercio de los pacientes con debut de IC y FEVI deprimida experimentan RIVI tras la optimización del tratamiento farmacológico. Esta condición conlleva un impacto pronóstico favorable.

2. VALIDACIÓN DEL NEW YORK STATE PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION RISK SCORE PARA LA PREDICCIÓN DE LA MORTALIDAD A 30 DÍAS DE PACIENTES SOMETIDOS A INTERVENCIONISMO CORONARIO PERCUTÁNEO (ICP) EN UNA COHORTE EUROPEA

Couto Mallón, D; Rodríguez Garrido, JL; Aldama López, G; Calviño Santos, R; Gargallo Fernández, P; García Guimaraes, MM; Piñón Esteban, P; Salgado Fernández, J; Vázquez Rodríguez, JM; Vázquez González, N; Castro Beiras, A;

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

Introducción: El New York State Percutaneous Coronary Intervention Risk Score (NY-PCIRS) ha mostrado su utilidad para la predicción de la mortalidad total intrahospitalaria tras intervencionismo coronario percutáneo (ICP) en la población de los Estados Unidos de América. Objetivo: validar el NY-PCIRS para la predecir la mortalidad a 30 días en una cohorte europea contemporánea.

Métodos: Recogimos de manera prospectiva los datos de los pacientes sometidos a ICP entre enero de 2009 y diciembre de 2012. El NY-PCIRS fue calculado inmediatamente tras la coronariografía diagnóstica para cada paciente. La variable principal fue la mortalidad por cualquier causa a 30 días. La calibración y la discriminación del NY-PCIRS fueron evaluados mediante los test de Hosmer-Lemeshow y el c -estadístico respectivamente, usando la regresión logística binaria y la curvas ROC.

Resultados: Se incluyeron 5783 pacientes. Nuestra población presentaba menor número de mujeres (23% vs 29,8%) y pacientes en shock cardiogénico (0,9% vs 8,1%) que la del NY-PCIRS. El número de procedimientos urgentes (27% vs 26,33%) fue similar. El número de pacientes con diabetes mellitus (26% vs 19,1%), enfermedad arterial periférica (19% vs 6,4%) y enfermedad del tronco coronario izquierdo (5,1% vs 1,9%) fue mayor en nuestra población. La mortalidad observada fue del 2%. El test de Hosmer-Lemeshow resultó no significativo ($p=0.789$). La discriminación del score en nuestra muestra fue excelente, con valor c-estadístico de 0,88 (95% IC 0,84-0,91).

Conclusión: La mortalidad a 30 días después del ICP puede ser calculada con precisión en nuestra población mediante el New York State PCI Risk Score. Este score podría utilizarse en la toma de decisiones clínicas y para la comparación de resultados entre hospitales.

3. COMPLICACIONES VASCULARES EN PACIENTES TRATADOS CON DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA VENTRICULAR: ECMO E IMPELLA. EXPERIENCIA DE UN CENTRO

Couto Mallón, D; Solla Buceta, MA; Estévez Cid, F; Aldama López, G; Herrera Noreña, JM^a; Barge Caballero, E; Rodríguez Garrido, J; Marzoa Rivas, R; Paniagua Martín, MJ; Cuenca Castillo, JJ; Castro Beiras, A; Crespo Leiro, MG;

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

Introducción: Los dispositivos de asistencia ventricular de corta duración (ST-VADs) están siendo utilizados cada vez con mayor frecuencia en pacientes con shock cardiogénico. Las complicaciones vasculares (CCVV) son una importante limitación en su uso. Objetivo: informar de la incidencia y factores asociados a la aparición de CV de los dispositivos el ECMO veno-arterial (V-A) e Impella.

Métodos: Se registraron las CCVV sucedidas en 24 pacientes consecutivos sometidos a ST-VADs: V-A ECMO (n=14) e Impella (n=9) entre diciembre de 2009 y mayo de 2012. Sólo los sangrados mayores definidos por los criterios de sangrado mayor TIMI fueron considerados como complicación hemorrágica. Realizamos un estudio descriptivo de frecuencias e identificación de posibles predictores.

Resultados: 24 pacientes recibieron tratamiento con ST-VADs (13 ECMO V-A y 9 Impella: 4 Impella de 2.5L y 5 Impella de 5L). Las complicaciones isquémicas representaron el 50% del total de CCVV de los pacientes tratados con ECMO. La isquemia del miembro no se ha relacionado con la superficie corporal o con el tamaño de la cánula ($p= 0.07$). Tampoco se asoció a un pobre resultado clínico. Las complicaciones hemorrágicas se asociaron de una manera significativa con los accesos de tipo central ($p= 0.03$), con una mortalidad del 66.6%. El número de CCVV registrado ha sido significativamente superior en los pacientes tratados con ECMO V-A frente a los pacientes tratados con Impella ($p= 0.009$).

Conclusión: Las CCVV son frecuentes en pacientes tratados con ST-VADs (77% con el ECMO y 22% con el Impella). Las complicaciones isquémicas son las CCVV más frecuentes, pero no se han relacionado con un empeoramiento de la supervivencia. Un estudio con un número mayor de pacientes podrá ayudar a identificar cuáles son los predictores más fiables de la presencia de CCVV.

4. INTERVENCIÓN FORMATIVA SOBRE ECOCARDIOGRAFÍA DE EJERCICIO EN UN CENTRO TERCIARIO Y EFECTOS SOBRE SUS INDICACIONES

García Campos, A; De la Hera Galarza, JM; Corros Vicente, C; Martín Fernández, M; Rodríguez Suárez, ML; Díaz Peláez, E; Pun Chinchay, F; Capín Sampedro, E; Barreiro Pérez, M; Velasco Alonso, E; Pichel, I; Flórez Muñoz, JP; León Durán, D; Benito Martín, EM; Renilla González, A; Secades González, S; Lambert Rodríguez, JL;

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

Objetivo: Conocer los efectos de la formación en ecocardiografía de ejercicio dirigida a cardiólogos generales sobre las indicaciones y el perfil de pacientes remitidos para ecocardiograma de ejercicio (EE).

Métodos: En el servicio de Cardiología de un centro terciario, realizamos una intervención consistente en una sesión de formación sobre la técnica y los usos apropiados del EE de 45 minutos de duración, reforzada con el envío de un email con tablas resumen. Revisamos las solicitudes de EE recibidas durante un periodo de 20 semanas (10 semanas previas a la intervención y 10 semanas posteriores). Las indicaciones se clasificaron según las guías de la ASE 2011 en “apropiada”, “incierta”, “inapropiada” y “no clasificable”. Recogimos también el grupo de indicación o “escenario” de cada una.

Resultados: Revisamos 115 solicitudes: 54 previas (38 apropiadas (70%), 7 inciertas, 8 inapropiadas, 1 no clasificable) y 61 posteriores (54 apropiadas (89%), 1 incierta, 4 inapropiadas, 2 no clasificables). La proporción de solicitudes apropiadas resultó significativamente mayor tras la intervención: OR 3,2 (IC95% 1,2 a 8,6 p=0,029) y Diferencia de Riesgos 18% (IC95% 4% a 33%). No detectamos cambios estadísticamente significativos en la edad (61,2 vs 63,0 años), sexo (78% vs 69% varones), FEVI (60% vs 57%) o BRIHH (8% vs 8%). Los “escenarios” de indicación más frecuentes fueron los relacionados con la cardiopatía isquémica sintomática. No se objetivaron cambios en los 2 escenarios más frecuentes: “detección de enfermedad coronaria no aguda” (32% vs 30%) y “valoración post-revascularización” (17% vs 20%).

Conclusión: Una sencilla intervención formativa ha conseguido aumentar el porcentaje de indicaciones apropiadas de EE sin disminuir el número total de solicitudes. No hemos detectado cambios significativos en el perfil de características de los pacientes ni los escenarios de indicación más frecuentes.

5. RIESGO DE FIBRILACIÓN AURICULAR, ICTUS Y MUERTE TRAS ABLACIÓN DEL ISTMO CAVOTRICÚSPIDE EN PACIENTES CON FLUTTER AURICULAR TÍPICO

García Seara, J; Raposeiras Roubin, S; Gude Sampedro, F; Balboa Barreiro, V; Martínez Sande, J; Fernandez Lopez, X; Rodríguez Mañero, M; Gestal Romani, S; Pereira Lopez, E; Gonzalez Juanatey, JR;

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago

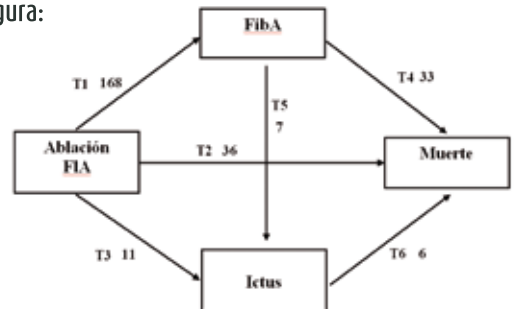
Objetivos: El propósito de nuestro estudio ha sido evaluar la incidencia y predictores de Fibrilación auricular (FibA) tras ablación del istmo cavotricúspide (ICT) en pacientes con Flutter auricular típico (FIA) y su impacto pronóstico.

Métodos: Hemos realizado un estudio observacional incluyó a 408 pacientes consecutivos sometidos a ablación del ICT desde 1998 hasta 2010. La media de seguimiento fue 5.9 ± 3.1 años. Se ha utilizado un modelo multiestado que ha analizado las diferentes transiciones desde el estado basal post ablación del ICT: Transición 1: desarrollo de FibA; Transición 2: Muerte sin desarrollo de FibA; Transición 3: Ictus sin desarrollo de FibA; Transición 4: FibA y muerte. Transición 5: FibA e ictus y Transición 6: Ictus y Muerte Ictus. Se han utilizado los modelos proporcionales de riesgo de Cox para el análisis de las hazard ratio (HR) de ocurrencia de FibA, ictus y muerte (Figura)

Resultados: La incidencia por 100 personas-año de FibA fue de 10.2 (95%IC: 8.7,11.8). El antecedente de FibA previa y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) fueron las únicas variables predictoras de ocurrencia de FibA durante el seguimiento en la población global [HR:2.55 (1.84,3.52)] y [HR:1.56 (1.08,2.27)], respectivamente. Los pacientes que hicieron una transición a FibA aumentaron su riesgo de muerte [HR:2.82 (1.88,4.70)] y de ictus [HR:2.93 (1.12,8.90)]. Edad, EPOC e insuficiencia cardíaca fueron las variables predictoras de muerte [HR:1.05 (1.00,1.08)], [HR:2.85 (1.39,5.83)] y [HR:2.72 (1.15,6.40)], respectivamente. Edad, [HR:1.07 (1.02,1.12)], tabaquismo [HR:2.55 (1.55,4.21)], EPOC [HR:7.60 (3.01,19.16)] e insuficiencia cardíaca [HR:3.07 (1.18,7.95)] fueron factores predictoros de muerte en el grupo de pacientes que desarrolló FibA.:

Conclusiones: La transición a FibA tras ablación del ICT es alta. La FibA previa y EPOC fueron los factores predictoros de FibA. Los pacientes que desarrollaron FibA presentaron un riesgo de muerte e ictus casi tres veces mayor que los que no desarrollaron FibA.

Figura:



6. RIESGO DE DESARROLLO DE FIBRILACIÓN AURICULAR O EVENTOS TROMBOEMBÓLICOS TRAS LA DETECCIÓN DE EPISODIOS AURICULARES RÁPIDOS EN PACIENTES PORTADORES DE MARCAPASOS SIN ARRITMIAS AURICULARES PREVIAS

López Pérez, M.; Ricoy Martínez, E.; Mosquera Pérez, I.; López Saínz, A.; Couto Mallón, D.; Campo Pérez, R.; Pazos López, P.; Pérez Álvarez, L.;

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

Antecedentes y objetivos: Los marcapasos más recientes poseen la capacidad de detección automática de eventos auriculares rápidos (EAR), que en muchas ocasiones se relacionan con arritmias auriculares como la fibrilación auricular (FA) o el flutter auricular. Es también conocido que estas arritmias auriculares aumentan el riesgo de eventos tromboembólicos (TE) independientemente de la duración de las mismas. Sin embargo la asociación entre los EAR y el desarrollo definitivo de FA o flutter en el seguimiento, así como el riesgo de eventos embólicos, es todavía controvertida. Así el objetivo de nuestro estudio fue evaluar el efecto de la duración de diferentes EAR en el desarrollo de FA-flutter y/o eventos TE en pacientes sin arritmias auriculares previas.

Material y métodos: Análisis de un registro prospectivo de todos los pacientes en los que se implantó un marcapasos con capacidad de detección de EAR. Se excluyeron aquellos pacientes con FA previa o con indicación de anticoagulación por otro motivo. Se analizaron los EAR con frecuencia auricular mayor de 300 lpm y se dividieron en tres grupos según su duración: aquellos que duraron entre 1 minuto y 1 hora, entre 1 hora y 12 horas y EAR de más de 12 horas de duración. Como eventos primarios se consideraron el diagnóstico de FA-flutter en electrocardiograma estándar y/o la aparición de un evento TE durante el seguimiento.

Resultados: Se incluyeron para el análisis final 382 pacientes (60.2% varones) de edad media 72.3 ± 11.6 años. Analizando los factores clásicos de riesgo embólico, el 79.6% de los casos presentaban un puntaje mayor o igual a 1 en la escala CHA_2DS_2-VASc . Tras una mediana de seguimiento de 3.4 años (1.9-5.3) el 39.8% de los pacientes presentaron al menos un EAR. En cuanto al evento primario el 3.2% sufrieron un TE y un 14.4% fueron diagnosticados de FA-flutter. Los pacientes con EAR de más de una hora, respecto a los casos sin EAR, presentaron significativamente una mayor tasa de incidencia anual de fibrilación auricular (razón de tasas 9.1, IC95% 3.3-21.2). Sin embargo sólo aquellos EAR de más de 12 horas de duración se asociaron significativamente a una mayor tasa de incidencia anual de eventos TE (razón de tasas 6.2, IC95% 1.3-28.7). Así mismo todos los eventos TE ocurrieron en pacientes con al menos un factor de riesgo embólico en la escala CHA_2DS_2-VASc .

Conclusiones: Los EAR de corta duración (menores de una hora) detectados en pacientes portadores de marcapasos y sin arritmias auriculares previas, no demostraron relación con el riesgo de desarrollo de FA-flutter o eventos TE. En cambio los EAR mayores de 12 horas se asociaron significativamente con una mayor incidencia de FA-flutter y eventos TE durante el seguimiento. La escala CHA₂DS₂-VASc demostró ser un excelente predictor de TE. Es posible que este grupo de pacientes se beneficiara del uso de tratamiento anticoagulante, aunque esta hipótesis no ha sido testada hasta el momento.

