



**COMUNICACIONES  
PÓSTER  
CARDIOLOGÍA**

## 1. IMPACTO DEL SEXO EN EL PRONÓSTICO TRAS LA ANGIOPLASTIA PRIMARIA POR VÍA FEMORAL

García Guimaraes, M; Prada Delgado, O; Estévez Loureiro, R; Rodríguez Garrido, J; Couto Mallón, D; Calviño Santos, R; Salgado Fernández, J; Piñón Esteban, P; Vazquez Gonzalez, N; Castro Beiras, A;

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

**Antecedentes y objetivos:** existe controversia sobre el papel del sexo como factor de riesgo de eventos adversos en el contexto del infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) tratado mediante angioplastia primaria (AP). El objetivo de este estudio es evaluar el impacto del sexo en el riesgo de complicaciones cardiovasculares tras la AP por vía femoral.

**Métodos:** análisis de 558 pacientes consecutivos (76,9% varones; edad media  $64,1 \pm 12,5$  años) con IAMCEST sometidos a AP por vía femoral en nuestro centro. Se determinaron la mortalidad total, la incidencia de IAM, ictus, hemorragia mayor (definida como hemorragia intracraneal o intraocular, hemorragia que precisó cirugía o intervencionismo, necesidad de transfusión o asociada a caída de hemoglobina  $\geq 3$  g/dL) y del evento combinado (muerte, IAM, ictus y hemorragia mayor) a los 6 meses.

**Resultados:** Las mujeres fueron mayores ( $69,9 \pm 11,1$  años frente a  $62,4 \pm 12,4$  años,  $p < 0,001$ ), más hipertensas (38,0% frente al 23,1%,  $p = 0,001$ ) y diabéticas (17,1% frente al 10,0%,  $p = 0,029$ ). Por contra, las mujeres fueron menos dislipémicas (16,3% frente al 24,0%,  $p = 0,046$ ) y fumadoras (4,7% frente al 17,2%,  $p < 0,001$ ). El tiempo puerta-balón fue significativamente mayor en las mujeres (126 [90,5-168] minutos frente a 111,5 [80-157,5],  $p = 0,032$ ). A los 6 meses, las mujeres presentaron mayor mortalidad (11,6% frente al 5,1%,  $p = 0,009$ ), mayor incidencia de hemorragias mayores (13,2% frente al 6,5%,  $p = 0,015$ ) y del evento combinado (24,8% frente al 13,8%,  $p = 0,002$ ). No hubo diferencias entre sexos en la incidencia de IAM (3,1% frente al 4,2%,  $p = 0,575$ ) e ictus (0,8% frente al 0,5%,  $p = 0,54$ ). En el análisis multivariable, el sexo femenino se asoció de forma independiente con una mayor mortalidad (HR 2,22, 95% CI 1,05-4,67) y con un mayor riesgo de presentar el evento combinado (HR 1,64, 95% CI 1,02-2,66) a los seis meses.

**Conclusiones:** El sexo femenino se asoció de forma independiente con una mayor mortalidad y con un mayor riesgo de complicaciones cardiovasculares (principalmente hemorrágicas) tras la AP por vía femoral. En este subgrupo de pacientes, los esfuerzos deberían centrarse en la identificación de los factores de riesgo modificables y en el uso de estrategias alternativas (en especial el acceso radial) con el fin de reducir potenciales complicaciones.

## 2. VALOR PRONÓSTICO DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL Y DE LA FUNCIÓN SISTÓLICA DEL VENTRÍCULO DERECHO ESTIMADA MEDIANTE TAPSE EN PACIENTES SOMETIDOS A TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN CARDIACA

Rodríguez Garrido, JL; Couto Mallón, D; López Pérez, M; Mosquera Pérez, I; Ricoy Martínez, E; Bouzas Mosquera, A; Pérez Álvarez, L; Castro Beiras, A;

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

**Objetivos:** La terapia de resincronización cardíaca (CRT) ha demostrado mejorar el pronóstico y la clase funcional (CF) en pacientes con disfunción ventricular izquierda. Tratamos de identificar si la disfunción del ventrículo derecho (VD) y capacidad funcional previa al implante del resincronizador predicen un peor resultado.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de 46 pacientes sometidos a CRT entre 2004-2012. Se recogieron variables demográficas, clínicas, electrocardiográficas y ecocardiográficas. Como variable principal se consideró el evento combinado de muerte, nuevo ingreso por insuficiencia cardíaca (IC) y trasplante cardíaco (TC). Se consideró como respuesta clínica la mejoría de la CF en al menos un grado de la NYHA. La respuesta ecocardiográfica se consideró como un incremento en el fracción de eyección mediante ecocardiografía convencional en al menos un 10%. La edad media de los pacientes incluidos en el estudio fue de 63,8 años. La tasa de respuesta clínica fue del 54%, mientras que el 39% respondieron también de manera ecocardiográfica.

El VO<sub>2</sub> resultó significativamente reducido en aquellos pacientes que presentaban el evento combinado (13 mL/kg/min vs 18 mL/kg/min, p=0.03), debido principalmente al empeoramiento y reingreso por IC (p= 0.007).

La disfunción del VD estimada mediante reducción del TAPSE por debajo de 15 mm, resultó más frecuente en los pacientes que presentaban el evento combinado (38% vs 8%, p=0.008). En el análisis multivariante se evidenció que la disminución del TAPSE se correlacionaba de una manera estadísticamente significativa tanto con el reingreso por IC (p=0.03), como con la necesidad de TC (p= 0.008), como con el éxitus del paciente (p=0.013).

**Conclusión:** Una depresión de la función sistólica del VD estimada mediante TAPSE y un pobre VO<sub>2</sub> previo al implante del resincronizador parecen identificar a un grupo de pacientes con peor pronóstico.

### 3. RECHAZO AGUDO DESPUÉS DEL TRASPLANTE CARDÍACO. ¿HA CAMBIADO EN LOS ÚLTIMOS AÑOS?

Couto Mallón, D; Barge Caballero, E; Paniagua Martín, MJ; Marzoa Rivas, R; Rodríguez Garrido, JL; García Guimaraes, MM; López Pérez, M; Barrio Rodríguez, A; Chávez Leal, S; Castro Beiras, A; Crespo Leiro, MG;

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

**Introducción:** el rechazo agudo (RA) es una complicación importante después del trasplante cardíaco (TC). Los avances en la inmunosupresión han modificado las características de esta complicación. Objetivo: estudiar las modificaciones del perfil epidemiológico del RA después del TC los últimos años.

**Métodos:** Realizamos un estudio retrospectivo de los pacientes sometidos a TC en nuestro centro entre enero de 1998 y diciembre de 2011. Exclusión: menores de 18 años y fallecidos en las primeras 48 horas por causas distintas al RA. RA fue definido como cualquier evento clínicamente relevante que obligó a una intensificación del tratamiento inmunosupresor con tratamiento intravenoso. Se dividió a la muestra en tres grupos temporales: 1998 -2001 (A), 2002-2006 (B) y 2007-2011(C).

**Resultados:** Fueron incluidos 343 pacientes (81% varones, edad media 53,8 +/- 11 años), seguidos durante 7,3 +/-4,1 años hasta el éxitus o el último registro médico. Todos recibieron inducción (basiliximab 59,8%, OKT3 40,2%) y corticoides. Inmunosupresión basal: combinación de MMF (84%), azatioprina (12,3%), ciclosporina (76,6%) o tacrolimus (20,2%). Se registraron un total de 445 rechazos. La supervivencia libre de rechazo el primer año fue significativamente superior en los pacientes del grupo C (60,8%) respecto al grupo A (32%) y B (43%) (p log Rank test < 0,001). Identificamos como predictores independientes de supervivencia libre de rechazo el empleo de MMF (RR 0,47, p=0,002) y tacrolimus (RR 0,38, p=0,015). La inducción con basiliximab y el re-TC se identificaron como predictores en el análisis univariado, pero no en el multivariante.

**Conclusión:** La supervivencia libre de RA en el primer año ha aumentado significativamente. Identificar las características e implicación pronóstica del RA después del primer año requiere más estudios.

#### **4. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA SOBRE MARCAPASOS. RESULTADOS DE UN ESTUDIO DURANTE UN PERIODO DE 25 AÑOS**

Pérez Pérez, AJ; Testa Fernandez, A; Franco Gutiérrez, R; Crespo Mancebo, F; Llorente Marco, C; Santás Álvarez, M; Quintela García, S; Regueiro Abel, M; Pérez Fernández, R; Rios Vázquez, R; Puebla Rojo, VM; García Pais, MJ; Bayón Lorenzo, J; Varela Otero, J; González Juanatey, C;

Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo

**Objetivos:** Analizar la incidencia, características clínicas, microbiológicas y ecocardiográficas de la endocarditis infecciosa (EI) asociada a marcapasos (EIM) en nuestro centro. Métodos: Revisión de todos los pacientes con historia de implante de marcapasos (MP) desde el año 1987 hasta el 2010, identificándose 18 casos (en 15 pacientes) que cumplieran los criterios de Duke para EI definitiva.

**Resultados:** La incidencia de EIM fue de (0.41 %) del total de 4342 MP implantados en dicho período (6.9 % del total de EI diagnosticadas). La mediana de edad fue 69 años [rango intercuartílico (RIC) 19.75]. La mediana de retraso diagnóstico fue 15 días (RIC 70.5 días). El 50 % presentaba una enfermedad sistémica previa. El modo de presentación fue agudo en 9 casos (50 %), subagudo en 6 (33 %) e indeterminado en 3 (17 %). Cinco pacientes portaban MP bicamerales. En 9 casos se identificó un posible desencadenante de la EIM. Los hemocultivos fueron positivos en 14 casos (78 %). Los microorganismos aislados fueron: *S. Viridans* (7 casos); *S. Aureus* (6); *S. Faecalis* (2); *S. Warnerii* (1), *P. Aeruginosa* (1) y *Aspergillus spp.* (1). Diez pacientes presentaron complicaciones durante la fase aguda, la más frecuente el embolismo séptico (7 casos) y dos pacientes fallecieron. Se realizó ecocardiograma transtorácico a todos y transesofágico a 13 (72 %) identificándose vegetaciones en 12 (67 %). Todos fueron tratados con antimicrobianos. La duración mediana del tratamiento fue 50 días (RIC 21). En todos se retiró el material infectado mediante: extracción percutánea (3 casos), toracotomía (9); no registrado (5). Se realizó seguimiento de todos los pacientes (mediana 63,7 meses [RIC 34,7]). Hubo 3 casos de recidiva, 2 en el mismo paciente, y 7 fallecimientos durante el seguimiento, ninguno por causas relacionadas con la EIM.

**Conclusiones:** La EIM es una enfermedad grave. La antibioterapia específica así como la extracción completa del material protésico juegan un papel clave para prevenir las recidivas.

## 5. DECARDIO. LA APP PARA EL CUIDADO CARDIOLÓGICO

Fernández Obanza Windscheid, E.; Pardo Fresno, M.; Díaz Castro, O.; Rivera Asenjo, D.;

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

**Objetivo:** Disponer una herramienta que permita agilizar la toma de decisiones tanto para el diagnóstico como para el tratamiento óptimo, en donde se concentren los cálculos, las tablas, guías... empleadas en el día a día, evitando la búsqueda distribuida de la información.

**Solución:** Desarrollo de una aplicación (DECARDIO) para dispositivos móviles que facilite el manejo óptimo del paciente cardiológico. Dispone de las siguientes secciones:

<p><b>GENERALES</b> Cálculo del riesgo cardiovascular Estimación del filtrado glomerular Cálculo del índice de masa corporal. Cálculo del índice de superficie corporal</p>	<p><b>INSUFICIENCIA CARDÍACA</b> Criterios de Framingham Clasificación funcional NYHA</p>
<p><b>CARDIOPATÍA ISQUÉMICA</b> TIMI Severidad de la angina según Canadian Cardiovascular Society TIMI Risk Score para angina inestable e IAM sin elevación del ST TIMI Risk Score para AM con elevación del ST GraceRiskScore Escala de riesgo hemorrágico en SCA Crusade Clasificación hemodinámica KILLIP en el IAMEST</p>	<p><b>ARRITMIAS</b> Indicaciones Marcapasos Indicaciones DAI Indicaciones TRC Síndrome de Brugada Cálculo intervalo QT corregido (QTc) fórmula de Bazett Síndrome del QT Corto Síndrome del QT Largo Fármacos para tratamiento de las taquicardias Fármacos para tratamiento de las bradicardias</p>
<p><b>DISLIPEMIAS</b> Cálculo del riesgo cardiovascular Clasificación del riesgo cardiovascular Tratamiento según riesgo cardiovascular y LDL Objetivos de tratamiento LDL según riesgo</p>	<p><b>FIBRILACIÓN AURICULAR</b> Tipo clínico de la FA CHA2DS2VASc Escala de sangrado HASBLED EHRA</p>

**Conclusión:** DECARDIO es una herramienta sencilla e intuitiva de gran utilidad para el profesional implicado en la atención de los pacientes cardiológicos.

## 6. PRESENTACIÓN CLÍNICA Y PRONÓSTICO DE PACIENTES CON TROMBOSIS MUY TARDÍA DE STENT CONVENCIONAL

Gómez Blázquez, IT; Fernández Barbeira, S; Sepúlveda Sepúlveda, J; De Miguel Castro, AA; Bastos Fernández, G; Ortiz Sáez, A; Jiménez Díaz, VA; Ponce Bustillo, J; Brooks, J; Baz Alonso, JA; Iñiguez Romo, A.

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

**Objetivo:** La trombosis (TS) del stent convencional (SC) que sucede más de 1 año después de su implante (trombosis muy tardía) es una complicación infrecuente y no existe evidencia sobre el perfil clínico y el pronóstico de los pacientes (p). El objetivo es determinar las características clínicas y el pronóstico de los p con TS confirmada angiográficamente y muy tardía de un SC.

**Métodos:** Estudio prospectivo. Entre 2006 y 2012 se realizaron en nuestro centro 11266 coronariografías a p con síndrome coronario agudo, y en 34 casos (0.3%) se objetivó una TS angiográfica muy tardía de SC. Se completó seguimiento de 1 año en todos los p, y de 2 años en 28 p. Se consideró evento cardíaco mayor (MACE) el compuesto por muerte cardiovascular o infarto de miocardio (IAM) no fatal.

**Resultados:** Los p con TS muy tardía de SC presentaron una edad media de  $62 \pm 14$  años, siendo 94% hombres, 55% fumadores, 26% diabéticos, 79% dislipémicos y 71% hipertensos. La forma de presentación de la TS muy tardía de SC fue IAM con elevación de ST (IAMEST) en 31 p (91%) e IAM sin elevación de ST en 3 p (9%). La localización más frecuente fue la coronaria derecha (56%). La mediana de tiempo desde el implante del SC a la TS fue 7.5 años (rango intercuartil, 3.8-9.5 años) y la mayoría de p (72%) estaban con antiagregación oral en el momento de la TS (66% sólo aspirina, 6% doble antiagregación). Todos los p fueron tratados con éxito con una nueva angioplastia, con implante de un stent intrastent en el 85% de los p. Los p con TS muy tardía de SC presentaron un deterioro significativo de la FEVI (de  $62 \pm 10\%$  a  $50 \pm 11\%$ ;  $p < 0.001$ ). La incidencia de MACE fue 14%, 26% y 43% a 30 días, 1 año y 2 años respectivamente. De los 28 p con seguimiento a 2 años, 6 p murieron y 6 p presentaron un IAMEST no fatal (recurrencia de la TS en 3 p e IAM en otro vaso en 3 p).

**Conclusiones:** La TS muy tardía de SC es un fenómeno infrecuente, se presenta generalmente como IAMEST y su tratamiento con una nueva angioplastia es factible. La incidencia de MACE en este grupo de p es alta, y están relacionados tanto con la TS previa como con la progresión de la enfermedad coronaria.

## 7. COMPARACIÓN ENTRE ACCESO RADIAL DERECHO E IZQUIERDO EN LOS PROCEDIMIENTOS CORONARIOS INVASIVOS DE PACIENTES OCTOGENARIOS

Gómez Blázquez, IT; Fernández Barbeira, S; Ortiz Sáez, A; Bastos Fernández, G; De Miguel Castro, AA; Jiménez Díaz, VA; Ponce Bustillo, J; Brooks Tamayo, J; Sepúlveda Sepúlveda, J; Baz Alonso, JA; Iñiguez Romo, A.

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

**Objetivos:** La edad avanzada es uno de los predictores de fracaso del acceso radial en los procedimientos coronarios invasivos, debido principalmente a la tortuosidad de la arteria subclavia derecha, y se desconoce si sería más ventajoso usar el acceso radial izquierdo (RI) en vez del acceso radial derecho (RD) en ancianos. Nuestro objetivo es comparar la eficacia y seguridad del acceso RD y RI en octogenarios sometidos a un procedimiento coronario invasivo.

**Métodos:** Estudio observacional prospectivo. Se incluyeron en el análisis 3153 procedimientos consecutivos realizados a octogenarios por vía radial en nuestro centro, entre 2006 y 2012.

**Resultados:** La RD fue el acceso inicial en 2975 casos y la RI en 178 casos. La edad media de los pacientes fue 83.1 años, con 53% varones y similares características clínicas basales en ambos grupos. Del total de procedimientos, 1914 (60.7%) fueron sólo coronariografías y 1239 (39.3%) angioplastias, sin diferencias entre los grupos de RD y RI ( $p=0.19$ ). Fue necesario el cambio a otro acceso (arteria femoral o radial contralateral) en 203 casos (6.8%) con RD y en 12 casos (6.7%) con RI ( $p=0.97$ ). El motivo del cambio fue tortuosidad o espasmo en la arteria radial (123, 57%), punción fallida (56, 26%) y tortuosidad en eje aorta-subclavia (36, 17%), sin diferencias entre RD y RI ( $p=0.36$ ). El tiempo de procedimiento (RD  $30\pm 22$  vs RI  $31\pm 19$  minutos;  $p=0.47$ ), el tiempo de escopia (RD  $11\pm 9$  vs RI  $12\pm 8$  minutos;  $p=0.28$ ), el producto dosis área (RD  $93\pm 91$  vs RI  $91\pm 84$  Gy.cm<sup>2</sup>;  $p=0.81$ ) y el volumen de contraste (RD  $159\pm 88$  vs RI  $159\pm 73$  ml;  $p=0.94$ ) fueron similares en ambos accesos. La incidencia de complicaciones vasculares (hematoma >5 cm o perforación de arteria) fue 2.1% y 2.2% con RD y RI, respectivamente ( $p=0.80$ ).

**Conclusiones:** En el acceso RD y RI de pacientes octogenarios, la necesidad de cambiar a otra vía y la incidencia de complicaciones vasculares fueron bajas. El acceso RI es una alternativa válida, con unos tiempos de procedimiento y de escopias similares al RD.