
COMUNICACIONES ORALES II: CARDIOLOGÍA CLÍNICA, INSUFICIENCIA CARDIACA Y VALVULOPATÍAS

C013. IMPACTO DEL SOBREPESO EN LA SUPERVIVENCIA Y FALLO PRIMARIO DEL INJERTO TRAS TRASPLANTE CARDÍACO

A. Guisado Rasco, J.M. Sobrino Márquez, J. Nevado Portero,
N. Romero Rodríguez, S. Ballesteros Prada, E. Lage Gallé
y A. Martínez Martínez

Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivo: Existen discrepancias sobre la influencia del sobrepeso en el pronóstico tras un trasplante cardíaco. El objetivo de este estudio es determinar la relación entre el sobrepeso y la supervivencia en este contexto.

Métodos: Evaluamos 271 pacientes sometidos a trasplante cardíaco en nuestro centro desde 1991 a 2009. Edad: (media; DS): 50,3; 12,1 años; índice de masa corporal (IMC): 25,7; 3,9 kg/m²; varones: 85,2%. Los pacientes fueron clasificados según su IMC en los grupos A (> 25 kg/m²) y B (< 25 kg/m²). Analizamos las diferencias en la mortalidad y los factores asociados a ella.

Resultados: 150 pacientes (55,4%) se incluyeron en el grupo A. La supervivencia media fue ligeramente menor en el grupo A (7,35 vs. 8,62 años), sin significación estadística ($p = 0,152$). Los pacientes del grupo A tenían mayor mortalidad al año de seguimiento (RR: 1,71; IC: 0,996-2,939; $p = 0,051$). El sobrepeso se asoció a una mortalidad mayor al año del trasplante tras ajustar por edad, sexo del receptor, hipertensión, diabetes mellitus, hipercolesterolemia, enfermedad coronaria como causa del trasplante y presencia de desproporción donante-receptor. La incidencia de fallo primario del injerto también fue significativamente mayor en el grupo A (RR: 2,74; IC: 1,17-6,40; $= 0,017$) tras el ajuste para las mismas variables. No hubo diferencias significativas entre los grupos en el tiempo de isquemia y el número de infecciones y rechazos agudos durante el primer año.

Conclusión: En nuestra muestra, el sobrepeso se asoció a una mayor mortalidad al año y a una tasa mayor de fallo primario del injerto.

C014. PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN DETERMINADA MEDIANTE LA ENCUESTA MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT (MNA) Y SU INFLUENCIA SOBRE LA MORTALIDAD A MEDIO PLAZO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA

J.L. Bonilla-Palomas, A.L. Gámez-López, M. Anguita-Sánchez, J.C. Castillo-Domínguez, D. García-Fuertes, M. Crespín-Crespín, A. López-Granados, M. Ruiz-Ortiz, J.M. Arizón del Prado y J. Suárez de Lezo

Hospital Reina Sofía. Córdoba.

Introducción: Aún no ha sido bien estudiada la prevalencia de desnutrición en pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) ni su influencia pronóstica. La encuesta Mini Nutritional Assessment (MNA) ha sido recientemente diseñada y validada para ofrecer una simple y rápida valoración del estado nutricional. La puntuación de la encuesta MNA distingue entre pacientes con adecuado estado nutricional, $MNA \geq 24$; desnutridos, $MNA < 17$; y en riesgo de desnutrición, MNA entre 17 y 23,5. Los objetivos de este estudio fueron evaluar la prevalencia de desnutrición y de riesgo de desnutrición determinada mediante la encuesta MNA y su posible influencia en la mortalidad a medio plazo en pacientes con IC.

Métodos: Para ello, se analizaron prospectivamente 208 pacientes dados de alta consecutivamente entre enero de 2007 y marzo de 2008 después de un ingreso por IC. Previo al alta, se realizaba una evaluación mediante la encuesta MNA (medidas antropométricas, valoración global, cuestionario dietético y valoración subjetiva). Además, se analizaron variables demográficas, clínicas, funcionales y de tratamiento.

Resultados: La edad media de la serie fue de 73 ± 10 años, el 46% fueron mujeres y la etiología más frecuente fue la isquémica (41,8%). La mediana de seguimiento fue de 25 meses (rango intercuartílico 12-35). La mortalidad global fue del 42%. El 13% de los pacientes fueron clasificados como desnutridos (grupo A) y el 59,5% como en riesgo de desnutrición (grupo B). El 27,5% restante fue clasificado por la encuesta MNA como con adecuado estado nutricional (grupo C). Los 3 grupos fueron homogéneos en cuanto a la etiología de la insuficiencia cardiaca (etiología isquémica: 40%, 39% y 45%, respectivamente, $p = 0,11$). Sin embargo, los pacientes de los grupos A y B fueron mayores que los del grupo C ($78,6 \pm 7,9$, $72,6 \pm 9,6$ y $70,8 \pm 10,9$ años, respectivamente, $p = 0,005$) y presentaron un mayor porcentaje de mujeres (80%, 47,8% y 22,6%, respectivamente, $p < 0,001$). A la mediana de seguimiento, la mortalidad del grupo A fue del 76%, la del B del 36% y la del grupo C del 19%

(Long-rank, $p < 0,001$). Tras realizar un análisis multivariante de Cox, el estado de desnutrición, determinado mediante la encuesta MNA, fue un predictor independiente de mortalidad (HR 3,8; IC 95%, 1,8-8, $p = 0,001$).

Conclusión: La prevalencia de desnutrición en los pacientes hospitalizados por insuficiencia cardiaca es elevada. Además, hemos encontrado que la puntuación MNA es un predictor independiente de mortalidad en estos pacientes.

C015. SAHS Y BRADIARRITMIAS SIGNIFICATIVAS EN PACIENTES ESTABLES CON DISFUNCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA EN SEGUIMIENTO AMBULATORIO

A.M. Campos Pareja, M. Frutos López, A. Ruiz, M. Villa, G. Barón, C. Carmona, F. Capote y Martínez A

Servicio de Cardiología. Servicio de Neumología. Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla.

La asociación entre SAHS y disfunción sinusal está establecida entre pacientes con FE conservada, donde las bradiarritmias podrían ser debidas a un aumento del tono parasimpático y no a auténticas alteraciones estructurales. Nuestro objetivo es valorar si existe asociación entre el SAHS y la aparición de pausas sinusales o bradicardia en pacientes diagnosticados de disfunción ventricular izquierda en seguimiento ambulatorio.

Material y métodos: Consecutivamente se seleccionaron de 90 pacientes ambulatorios diagnosticados de disfunción ventricular izquierda en situación estable. Se realizó en ellos ecocardiografía, estudio polisomnográfico e implante de Holter de arritmias de 24 h.

Resultados: La edad media de los pacientes era $56,2 \pm 11,2$ años. El 87,8% de los pacientes eran hombres. El 42,2% eran hipertensos. La fracción de eyección fue de $28,4 \pm 9,5\%$. El 44% estaban diagnosticados de cardiopatía isquémica. El 33,3% de los pacientes fueron diagnosticados de SAHS (grupo I). En los pacientes del grupo I existía una tendencia a mayor presencia de HTA ($p = 0,0053$). En el grupo I en el análisis bivariado la frecuencia cardiaca media y mínima medida por Holter fue menor ($p < 0,007$ y $p < 0,002$), independientemente de la edad, el diagnóstico de fibrilación auricular y la toma de betabloqueantes y digoxina. En el grupo I hubo mayor presencia de pausas electrocardiográficas mayores de 2 s ($p < 0,026$). Aunque en el análisis bivariado encontramos asociación estadística entre la presencia de pausas significativas y frecuencias cardiacas menores con el SAHS, la presencia de fibrilación auricular (FA), la edad y la NYHA, en el análisis multivariado sólo la presencia de FA en el Holter mantuvo de forma significativa su asociación con bradiarritmias significativas. En nuestro estudio, ésta se asoció ($p < 0,008$) con peor clase de la NYHA, independientemente de factores de riesgo cardiovascular, de la edad, del sexo y del tratamiento cardiológico.

Conclusión: En pacientes con disfunción ventricular, el SAHS no explica la presencia de bradicardia significativa y pausas sinusales. Estas se relacionan en nuestro estudio con la presencia de FA durante el Holter, lo cual se asocia a pacientes en peor clase funcional de la NYHA

C016. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON MIOCARDITIS AGUDA

I. Pérez, B. Muñoz, I. Sayago, M.J. Valle y L.F. Valenzuela

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

La miocarditis aguda es una enfermedad con gran variabilidad en su presentación clínica, evolución y eventos. El objeti-

vo de este estudio fue describir las características clínicas y la evolución de pacientes diagnosticados de miocarditis aguda en nuestro centro. Analizamos 91 pacientes consecutivos ingresados en los años 2002 a 2009 en nuestro hospital, con el diagnóstico clínico de miocarditis aguda para el cuál se precisó al menos de: presencia de dolor de características pleuríticas con alteraciones electrocardiográficas sugestivas difusas y elevación de Troponina T > 0,1 ng/ml o clínica de insuficiencia cardiaca subaguda con ventrículo izquierdo no dilatado y disfunción sistólica severa. Se recogieron datos demográficos, clínicos y de laboratorio y la presencia de arritmias durante el ingreso hospitalario. Se cuantificaron como eventos mayores la mortalidad intrahospitalaria, la disfunción ventricular severa al ingreso (FE < 35%) y la presencia de arritmias, definidas como arritmias supraventriculares y/o ventriculares complejas, incluyendo la presencia de taquicardia ventricular no sostenida. La mayoría de nuestros pacientes fueron varones (88%) con una edad media de 30 ± 11 años. Un 45,1% de nuestros pacientes presentó como antecedente previo un cuadro pseudogripal y un 18,7% un cuadro gastrointestinal. El síntoma inicial preponderante más frecuente fue el dolor torácico (94%), seguido de sensación disneica (5,5%). El derrame pericárdico estuvo presente en un 8,8% de nuestros pacientes. Nueve pacientes debutaron con disfunción VI severa y 2 de ellos evolucionaron de forma fulminante. Hasta un 8,8% de pacientes presentaron algún tipo de arritmias durante la monitorización, siendo ventriculares en un 4,4%. Los niveles de troponina T máxima fueron significativamente más elevados en aquellos pacientes que presentaron algún evento clínico (2,9 ± 2,2 vs. 1,18 ± 0,78 ng/ml; p = 0,02). Conclusiones Aunque la miocarditis constituye una entidad en general benigna, hasta un 10% de los pacientes pueden debutar con disfunción sistólica severa e insuficiencia cardiaca. Los niveles de troponina T identifican pacientes de alto riesgo de sufrir algún tipo de evento

C017. INFLUENCIA PRONÓSTICA DE DIFERENTES PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN EXTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA CON DISFUNCIÓN SISTÓLICA

A.L. Gámez-López, J.L. Bonilla-Palomas, M. Anguita-Sánchez, J.C. Castillo-Domínguez, D. García-Fuertes, M. Crespin-Crespin, A. López-Granados, J.M. Arizón del Prado y J. Suárez de Lezo

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

A pesar de los avances en su diagnóstico y tratamiento la insuficiencia cardiaca (IC) representa una de las principales causas de morbimortalidad. Es controvertido el papel que juegan los distintos tipos de intervención extrahospitalaria en el pronóstico del paciente con IC. El objetivo del presente trabajo fue evaluar la influencia pronóstica de tres tipos de intervención extrahospitalaria frente al seguimiento habitual tras un ingreso hospitalario en pacientes con IC y función sistólica deprimida. Métodos: Se aleatorizaron para este fin 115 pacientes dados de alta de manera consecutiva de nuestro hospital con el diagnóstico de IC con disfunción sistólica de ventrículo izquierdo (FEVI ≤ 45%). 81 fueron asignados a los grupos de intervención: visita domiciliario (28 pacientes), control telefónico (25) y unidad de insuficiencia cardiaca (28); 34 pacientes lo fueron al seguimiento habitual (grupo control). La media de seguimiento fue de 10,8 ± 3,2 meses. La media de edad de la serie fue de 72 ± 11 años, siendo 36% mujeres. La media de la FEVI fue del 33%. En cuanto a sus

características basales, clínicas, demográficas y terapéuticas, los diferentes grupos de aleatorización fueron homogéneos. A los 12 meses la mortalidad de la serie fue del 25,9%. Cuando se comparó el grupo control frente al conjunto de los grupos de intervención se obtuvo en estos últimos una reducción de la mortalidad global (36,4% vs. 20,3%, RR 0,49, p = 0,05) y de la mortalidad de origen cardiovascular (30,3% vs. 13,9%, RR 0,4, p = 0,03), pero no en los ingresos por IC (27,3% vs. 25,3%, RR 0,79, p = 0,57) ni del evento combinado de ingreso cardiovascular y/o muerte de cualquier causa (51,5% vs. 45,6%, RR 0,74, p = 0,31). En conclusión, en comparación al seguimiento habitual, la aplicación de diferentes programas de intervención extrahospitalaria supone, para el paciente con IC y disfunción sistólica, un beneficio en términos de reducción de la mortalidad global y cardiovascular, sin modificar la incidencia de reingresos hospitalarios por IC.

C018. CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE INSUFICIENCIA MITRAL SEVERA EN LOS ÚLTIMOS TREINTA AÑOS

A.M. García Bellón, B. Pérez Villardón, R. Vivancos Delgado, A.M. González González, C. Jiménez Rubio y M. de Mora Martín

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Introducción y objetivo: La insuficiencia mitral (IM) es actualmente la segunda causa más frecuente de enfermedad valvular, después de la estenosis aórtica. La reducción de la prevalencia de fiebre reumática y el aumento de la esperanza de vida en los países industrializados han cambiado progresivamente la distribución etiológica. Nuestro objetivo fue analizar los pacientes intervenidos de IM severa en nuestro hospital en los últimos 30 años; establecer características diferenciales según 2 periodos de tiempo: de 1980-1994, y de 1995-2009.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo del total de pacientes (p) diagnosticados de IM severa intervenidos quirúrgicamente entre enero de 1980 y diciembre de 2009.

Resultados: Analizamos 378 p, con una edad media de 54,49 ± 15,2 años (rango de edad de 16 a 80 años), ligero predominio de varones (54,2%). En el total de los pacientes predomina la etiología mixoide (50,6%), asociado a prolapsos en un 36,9% y a rotura de cuerdas en un 27,2%; en segundo lugar objetivamos predominio de etiología reumática (26,9%), seguido de etiología isquémica con un (10,7%), endocarditis (5,2%), miocardiopatía dilatada (2,2%), miscelánea (4,4% ;englobando rotura pura de cuerdas (sin degeneración asociada) (0,8%), miocardiopatía hipertrófica obstructiva (0,5%), lupus eritematoso sistémico (0,5%), congénita (0,3%), traumática (0,3%) y mixoma (0,3%). Si dividimos nuestro estudio en dos periodos de tiempo, el primero engloba desde 1980 hasta 1994 (ambos inclusive), y el segundo desde 1995 hasta 2009 (inclusive), obtenemos en el primer periodo una prevalencia similar de la etiología mixoide (34,7%) y reumática (31,3%), etiología isquémica (10,2%), endocarditis (3,6%), dilatada (3,8%). Sin embargo, en el segundo periodo observamos predominio de etiología mixoide (59,2%), distanciada de la etiología reumática (24,2%), isquémica (6,4%), endocarditis (4%), dilatada (1,2%), otras (5%).

Conclusiones: 1. La etiología de los pacientes intervenidos de IM en nuestro medio ha cambiado en las tres últimas décadas. 2. La IM degenerativa es la causa más frecuente de intervención en los últimos treinta años. Siendo mucho más predominante en los últimos quince años, que el resto de las etiologías.

C019. EVALUANDO EL PRONÓSTICO EN PACIENTES INGRESADOS POR ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA SINTOMÁTICA Y NO SUBSIDIARIOS DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

S. Ogalla Vera, G. Retegui, R. Pérez de la Yglesia, J. Marin, A. Revello, B. Pérez y M. Ruiz Borrell

Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos. Sevilla.

Introducción: La irrupción de las prótesis percutáneas en el tratamiento paliativo de la estenosis aórtica sintomática rechaza para intervención quirúrgica abre el debate de qué pacientes puedan ser los mejores candidatos a esta técnica. Una esperanza de vida de al menos 3-6 meses debería ser considerada. Este estudio pretende analizar las variables clínicas y analíticas que pudieran estar asociadas con el pronóstico en este tipo de pacientes.

Material y métodos: Estudio prospectivo de pacientes ingresados entre principios de 2004 y finales de 2008 en nuestro Centro por síntomas asociados a la presencia de una estenosis aórtica severa y no considerados para intervención quirúrgica. Fueron recogidos datos demográficos basales, factores de riesgo, comorbilidades, así como datos ecocardiográficos, analíticos y cálculo del euroscore logístico. El seguimiento fue realizado por el programa informático ACTICX y el análisis posterior por el paquete estadístico PASW 18 Statistics.

Resultados: Fueron recogidos 49 pacientes (73,5% mujeres), con una edad media de 82,2 años (Rango 67,4-97,0 años). No se encontraron diferencias significativas en cuanto a factores de riesgo o edad entre hombres y mujeres. El seguimiento medio fue de 3,6 años (DE 1,5) con una mortalidad del 75,5% (tiempo medio hasta el éxito 331,8 días). En el análisis univariante las variables clínicas recogidas y los datos ecográficos no mostraron ser predictores en cuanto a la esperanza de vida, mostrando tan sólo una ligera tendencia el ser la disnea el motivo de ingreso (296 vs.365 días, $p = 0,051$). En cuanto a las variables analíticas tan sólo el NT-proBNP mostró una asociación estadística débil con la esperanza de vida ($p = 0,044$, $\rho = -0,37$).

Conclusión: Las variables clínicas y los datos ecográficos, así como la aplicación del euroscore logístico, no permiten predecir la esperanza de vida, ya de por sí muy limitada, en este tipo de pacientes. Tan sólo encontramos una asociación débil, aunque significativa, entre el NT-proBNP al ingreso y el tiempo hasta el éxito.

C020. COMPLICACIONES HOSPITALARIAS Y SEGUIMIENTO A MEDIO PLAZO EN PERICARDITIS AGUDA VIRAL CON CRITERIOS DE INGRESO POR ELEVACIÓN ENZIMÁTICA O DERRAME PERICÁRDICO

J. Mora Robles, D. Gaitán Román, R. Peñafiel Burkhardt, L.D. Muñoz Jiménez, J. Cano Nieto, B. Luque Aguirre, E. Chaffanel y M. de Mora Martín

Servicio de Cardiología. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Introducción: Entre los criterios de ingreso actuales en la pericarditis aguda (PA) con sospecha de origen viral se encuentran la presencia de derrame o la elevación enzimática. Analizamos el comportamiento de ambas entidades durante su estancia y en un seguimiento a medio plazo.

Material y métodos: Se estudiaron 96 pacientes (ptes) ingresados con diagnóstico de PA viral entre 2000 y 2007. El 87,5% eran varones, con edad media de $42 \pm 16,6$ años. Estudiamos variables clínicas, el patrón de elevación de ST (localizado/difuso), patrón de elevación enzimática, así como la presencia o no de derrame y su cantidad, y de disfunción ventricular izquierda. En

el grupo con derrame clasificamos a los ptes según la cantidad de derrame en leve (< 10 mm), moderado (10-20 mm) y severo (> 20 mm). Se analizaron las complicaciones y mortalidad intrahospitalarias, y reingresos en un seguimiento a medio plazo (46 ± 2 meses).

Resultados: En el 100% existía antecedente de cuadro catarral. 63 ptes presentaban elevación enzimática. En 36 ptes se evidenció derrame pericárdico. En ningún paciente de los 9 realizados se encontraron lesiones coronarias. La función ventricular izquierda estaba conservada ($> 50\%$) en 92 pacientes (96,6%). Tras analizar el grupo de ptes sin derrame pericárdico no encontramos complicaciones intrahospitalarias ni mortalidad. En el grupo de derrame leve (11 ptes), no existieron complicaciones. En el de derrame moderado (13 ptes), 1 pte evolucionó a taponamiento cardiaco (TC), y en el de derrame severo (12 ptes), 7 cursaron como TC. Los 8 TC precisaron pericardiocentesis. No hubo fallecimientos. La tasa de reingresos es del 7%, el 93% por recurrencia del dolor, sin complicaciones hemodinámicas, y sin correlación con ninguno de los factores analizados, y en el 7% por recurrencia del derrame.

Conclusiones: La PA de origen viral, en ausencia de derrame pericárdico o con derrame leve y con función sistólica conservada, cursa de forma benigna, no encontrando en nuestra serie complicaciones hospitalarias ni mortalidad a medio plazo. En los casos con derrame moderado o severo deben considerarse una entidad de mayor gravedad. El ecocardiograma permite estratificar estos pacientes desde el ingreso.

C021. ANÁLISIS DE UNA SERIE DE CASOS DE TROMBOSIS PROTÉSICA MITRAL GRANDE NO OCLUSIVA, PRESENTACIÓN, TRATAMIENTO Y COMPLICACIONES

C. Jiménez Rubio, R. Vivancos Delgado, J. Cano Nieto, A.M. García Bellón, J.M. Sánchez Calle, M.A. Ramírez Marrero, J.L. Delgado Prieto y M. de Mora Martín

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Introducción: La trombosis mitral grande tiene una elevada morbimortalidad (hasta un 50%), su presentación más frecuente en la actualidad es como trombosis no oclusiva diagnosticada por ETE y su tratamiento de elección definido como quirúrgico a menudo es reemplazado por anticoagulación/fibrinólisis con elevado número de complicaciones.

Material y métodos: Estudio de una serie de 9 casos de trombosis protésica no obstructiva grande recogidos entre los años 1998 y 2009. Análisis de características epidemiológicas, presentación clínica, diagnóstico y tratamiento. Seguimiento pronóstico a largo plazo. Se definió trombosis protésica mitral grande por Ecocardiografía Transtorácica/Transesofágica (ETT/ETE) como trombo > 5 mm o área $> 0,8$ cm².

Resultados: Edad media $54,2 \pm 9,8$ años, 77% mujeres. Motivo de ingreso insuficiencia cardiaca, accidente cerebrovascular (ACV) y síncope. Etiología de hipocoagulación en el 89%, INR medio de $1,6 \pm 0,7$. Valvulopatía reumática 68%, prótesis metálica ATS 78% y tiempo medio hasta trombosis protésica 36 meses. En ETT/ETE inmovilidad de uno de los hemidiscos, elevados gradientes transmitrales y área mitral reducida. Disfunción ventricular 3 pacientes (p), Hipertensión pulmonar 3 p e insuficiencia mitral Grados de Seller II-III 2 p. Tamaño medio del trombo $12,6 \pm 4,3$ mm. Tratamiento inicial con anticoagulación 4 p, fibrinólisis 3 y cirugía 2. Cirugía como tratamiento definitivo en 8 de los 9 p (89%). Se realizó cirugía en 2.º tiempo por fallo de la terapia inicial en 3 p y reingreso por persistencia clínica en otros 3. Tiempo medio hasta intervención 6,7 días en el mismo ingreso y 70,2 en reingreso. Tasa de éxito total de cirugía 63% y aumento medio del Euroscore 9,05%. Complicaciones ACV isquémico 2 p

(terapia fibrinolítica) y fibrilación auricular 1. Mortalidad intrahospitalaria del 33%. Seguimiento medio a largo plazo de 75,3 meses con mortalidad del 55%.

Conclusiones: La trombosis protésica mitral grande es una grave complicación con una considerable morbimortalidad a corto y largo plazo. La cirugía inicial y precoz es un tratamiento efectivo. El tratamiento anticoagulante óptimo y fibrinolítico resulta a menudo ineficaz con importante tasa de complicaciones embólicas.

C022. PERFIL CLÍNICO, EPIDEMIOLÓGICO Y PRONÓSTICO DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

S. Gamaza Chulián¹, A. Fernández Rodríguez², E. Díaz Retamino¹, F.J. Camacho Jurado¹, V. Escolar Camas¹, A. Gutiérrez Barrios¹ y R. Vázquez García¹

¹Servicio de Cardiología. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Puerta del Mar. Cádiz.

Introducción y objetivos: La endocarditis infecciosa ha sufrido variaciones en su forma de presentación, así como el perfil de enfermos, en los últimos años. Nuestro objetivo fue analizar el perfil clínico, epidemiológico y la evolución de estos enfermos en nuestro hospital.

Métodos: Se analizaron de forma retrospectiva todos los enfermos diagnosticados en nuestro centro de endocarditis infecciosa según los criterios de Duke modificados, desde enero de 2004 a diciembre de 2009. Se registraron factores predisponentes, variables epidemiológicas, agente microbiológico y evolución clínica durante el ingreso. Se estableció como objetivo primario la muerte debido a la endocarditis infecciosa, y el end-point combinado de muerte o necesidad de cirugía cardíaca.

Resultados: Se incluyeron 64 pacientes con endocarditis infecciosa (39% mujeres), siendo pacientes con importante comorbilidad (39% diabéticos, 31% insuficiencia renal, 15% hepatopatías). Un 91% de los pacientes se presentó con fiebre, un 78% soplo cardíaco y hasta un 28% de los pacientes presentó al menos un fenómeno embólico. Un 56% de las endocarditis ocurrían sobre válvulas protésicas, un 9% sobre dispositivos intracardiacos, siendo el resto sobre válvulas nativas. Hasta en un 22% se hallaron hemocultivos negativos (el 100% estaban con antibioterapia previa). Los gérmenes más frecuentemente aislados fueron el *S. aureus* (22%), *Staphylococo coagulasa negativo* (16%), *Enterococo* (11%), *S. viridans* (9%). Un 25% de los pacientes fallecieron durante el episodio índice, y un 64% tuvieron el evento combinado. De las variables estudiadas, únicamente la diabetes mellitus y la infección por bacilos gram negativos se asociaron a mortalidad, en el análisis multivariante ($p < 0,05$).

Conclusiones: A pesar de las modificaciones en el perfil clínico, epidemiológico y microbiológico de la endocarditis infecciosa, así como de las mejoras en los procesos diagnósticos, la morbimortalidad de esta entidad continúa siendo muy elevada.

C023. REPARACIÓN VALVULAR AÓRTICA: VALORACIÓN ECOCARDIOGRÁFICA

I. Rodríguez Bailón, C. Porrás Martín, G. Sánchez Espín, E. Morillo Velarde, M. Such Martínez, J.M. Melero Tejedor, S. di Stefano, F. Carrasco Chinchilla, E. Olalla Mercadé y E. de Teresa Galván

Hospital Virgen de la Victoria de Málaga.

La reparación de válvula aórtica permite corregir la regurgitación evitando la prótesis valvular. En noviembre 2008 iniciamos un programa de valoración y reparación valvular aórtica para pacientes (P) con regurgitación aórtica.

Objetivo: Analizar nuestra experiencia preliminar.

Métodos: Se estudian pacientes con regurgitación aórtica remitidos para intervención quirúrgica (IQ) a los se les realiza valoración ecocardiográfica transtorácica (ETT) y transesofágica (ETE). En ella se analiza morfología valvular, presencia y grado de regurgitación, su mecanismo y las dimensiones de aorta. Se consideran reparables las válvulas flexibles, sin calcificación salvo la localizada en rafe de aortas bicúspides, con mecanismo regurgitante no restrictivo. Tras la reparación se realiza control intraoperatorio (IOP) con eco TEE y otro ETT previo al alta hospitalaria. Se comparan datos ecocardiográficos con hallazgos Q y se analizan resultados.

Resultados: Entre noviembre 2008 y enero 2010 se evaluaron 28 P, de los que 8 fueron descartados y 2 están pendientes de IQ. Los 18 restantes son objeto de este análisis: 15 (83%) son varones, edad 57 ± 13 años y FE $59 \pm 10\%$. Once P tenían dilatación aórtica que precisó sustitución por tubo protésico. Tras la reparación, el ETE IOP detectó regurgitación \geq moderada en 3 casos a los que se implantó una prótesis. Todos fueron dados de alta en buena situación clínica. Datos de regurgitación y concordancia eco-quirúrgica.

Conclusiones: 1 - La concordancia eco-quirúrgica en nuestra experiencia inicial es adecuada para un programa de reparación valvular aórtica. 2 -Nuestros resultados iniciales muestran tasa de éxito reparador del 74% con mortalidad nula. 3 - El perfil característico de regurgitación aórtica reparable es la secundaria a dilatación de pared aórtica o a válvula bicúspide no calcificada.

C024. PRONÓSTICO A MEDIO Y LARGO PLAZO DE LOS PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS DIAGNOSTICADOS DE ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA PREVIO A LA DISPONIBILIDAD DE PRÓTESIS PERCUTÁNEAS

M. Romero Vazquianez, F. Gómez Pulido, N. Romero Rodríguez, M. Fernández Quero, P. Cristobal Sainz, M.L. Cabeza Leján, I. Bibiloni Lage, M. Villa Gil-Ortega, A.M. Campos Pareja, G. Barón Esquivias, J.M. Borrego Domínguez y A. Martínez Martínez

Área del Corazón. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: El implante de prótesis percutáneas se ha incorporado recientemente a la práctica clínica diaria, estando indicado en aquellos pacientes diagnosticados de estenosis aórtica severa con riesgo quirúrgico elevado y esperanza de vida aceptable una vez abordada la valvulopatía. Presentamos la evolución de los pacientes diagnosticados de estenosis aórtica severa con edad superior a 75 años en un hospital de tercer nivel previo a la disponibilidad de prótesis percutáneas.

Objetivo y método: Revisamos de forma retrospectiva todos aquellos pacientes diagnosticados de estenosis aórtica severa en los que se llegó a plantear abordaje quirúrgico con valoración coronaria, que presentaron una edad superior a 75 años desde mayo del 2005 hasta febrero del 2010. Se recogieron todos los datos clínicos y ecocardiográficos y se realizó un seguimiento a largo plazo tanto si finalmente el paciente fue intervenido –con recogida de variables quirúrgicas– como si no.

Resultados: Fueron incluidos un total de 110 pacientes, siendo un 67% mujeres con una edad media global de 78,23 años (SD 2,97). El 12,7% presentaba una FE menor del 50%, un 50,9% enfermedad coronaria significativa y un 29,15% estaba en clase funcional II de la NYHA, estando el resto en clase funcional III-IV. Fueron finalmente intervenidos 88 pacientes (80%), con by pass asociado en 21 casos (25%) y una mediana de estancia hospitalaria global de 28 días (rango 8-120). Con un seguimiento medio de 2,1 años a mortalidad global de los pacientes intervenidos fue del 21% (mor-

talidad intrahospitalaria del 11%), significativamente inferior a la de los pacientes que finalmente no fueron intervenidos ($p = 0,01$).

Tabla 1

Etiología	Mecanismo	Concordancia Eco-cirugía	Regurgitación Pos-cirugía
Enf pared aórtica 8	Dilatación aórtica 7	Total 12 (67%)	Nula o trivial 10 (61%)
Congénita (bicúspide) 5	Prolapso 5	Subtotal 1 (5,6%)	Leve 4 (22%)
Traumática 1	Rafe calcific 1	Parcial 5 (28%)	Leve-moderada 1 (5,6%)
Infecciosa 1	Perforación 1	Escasa 0 (0%)	Prótesis 3 (16%)
Desconocida 3	Mixto : 4		

Conclusiones: Un porcentaje elevado de pacientes diagnosticados de estenosis aórtica severa no son finalmente intervenidos por el alto riesgo quirúrgico o por negativa del paciente, con una mortalidad en el seguimiento significativamente superior a la de los pacientes que son intervenidos. Gran parte de estos pacientes se podrían beneficiar de la extensión del abordaje percutáneo de su cardiopatía.