
COMUNICACIONES ORALES IV: CARDIOPATÍA INSQUÉMICA, PREVENTIVA Y CIRUGÍA

C047. EN BUSCA DE REDUCIR EL TIEMPO TOTAL DE ISQUEMIA, NUEVO GOLD STANDARD PARA LOS CUIDADOS EN EL IAMEST

J. Caballero Güeto, F.J. Caballero Güeto, M.A. Ulecia Martínez
y J.M. Candel Delgado

Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Objetivo: Estudiar las posibles causas que motivan que en nuestro medio, en los registros de la vida real (MASCARA, Euro Heart Survey Acute Coronary Syndrome II [EHS-ACS-II]), la terapia intervencionista en el IAM (ACTPP) no ofrezca ventajas significativas sobre la tradicional reperfusión farmacológica (TIV). Planteamos que la utilización optimizada de los fármacos de eficacia demostrada en este contexto, junto con disminución de la demora en la reperfusión, podría justificar este hecho.

Material y métodos: 6.486 pacientes con IAMEST reclutados en 85 países de Europa e incluidos hasta septiembre del 2009 en el EHS-ACS-II; presentamos los datos de tiempos de demora en la apertura de la arteria tras la oclusión obtenidos en el registro de los pacientes incluidos por nuestro hospital, el resto de España y de Europa, así como la mortalidad y FEVI al alta. Discutimos las posibles causas de esta diferencia de pronóstico observada en el seno de registros frente a ensayos clínicos.

Resultados: Granada/España/Europa Tiempo dolor-puerta (h) 3,0/2,2/3,2 Tiempo dolor-reperfusión TIV (h) 2,6/2,4/2,7 TIV extrahospitalaria(%) 22,7/10,4/15,2 Tiempo puerta-balón (h) 1,9/1,0/0,9 Tiempo dolor-reperfusión ACTPP (h) 4,9/3,2/4,1 Reperfusión TIV (%) 51/18/36 "Reperfusión ACTPP" (%) 13/75/61 (%coronario + intervencionismo) 7/65/30 FEVI > 50% (%) 65,5/52,6/38,6 Mortalidad (%) 5,9/7,9/6,9.

Conclusiones: 1. La ACTPP en la vida real implica mayor demora en el momento de la reperfusión desde la oclusión de la arteria (tiempo total dolor-reperfusión) y por lo tanto disminución en las posibilidades de salvar miocardio. 2. Una mayor implantación de sistemas de TIV extrahospitalaria disminuyen la demora en la aplicación de terapia de reperfusión farmacológica. 3. Si bien en estudios y registros el número de ACTPP hacen referencia a la "intención de tratar", la realidad es que solo el 58% de los coronariografías realizadas en el contexto de un IAMEST asocian intervencionismo, el resto solo son diagnósticas (y, por lo tanto, sin ningún beneficio pronóstico).

C048. LA HBA_{1c} AL INGRESO EN PACIENTES CORONARIOS Y SIN DIABETES CONOCIDA COMO PREDICTOR DEL RIESGO DE DESARROLLAR DIABETES TIPO 2

A.M. González, A.M. García, J.L. Delgado, J.M. Pérez, B. Luque, N. Colomo, G. Olveira, F. Soriguer y M. de Mora

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Introducción: En la actualidad los criterios de la ADA y de la Endocrine Society apuntan que una HbA_{1c} ≥ 6,5% deben ser considerada diagnóstico de diabetes.

Objetivo: Valorar el valor predictivo de la HbA_{1c} determinada al ingreso en pacientes hospitalizados por enfermedad coronaria y sin diabetes conocida, para el desarrollo de DM2.

Material y métodos: Se incluyeron 578 pacientes ingresados por síndrome coronario agudo en nuestro servicio desde mayo 2008 a septiembre de 2009, a los que se les solicitó la HbA_{1c} de forma rutinaria a su llegada. Se seleccionaron 199 pacientes (34%) con enfermedad coronaria establecida y sin DM conocida. Se recogieron datos clínicos de los pacientes, así como los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) clásicos, valores antropométricos y analíticos (glucemia y HbA_{1c}). A los 2 meses del alta hospitalaria, todos los sujetos fueron reevaluados desde el punto de vista clínico y analítico, además se les realizó una sobrecarga oral de glucosa (SOG). Los pacientes se agruparon desde el punto de vista de los hidratos de carbono (HC) en 4 categorías según los criterios de la ADA 1998: normal, glucemia basal alterada (GBA), intolerancia glucosa (IG), GBA + IG y DM. Realizamos un análisis descriptivo de los datos y determinamos el odds ratio (OR) de tener DM o algún trastorno del metabolismo HC en función de los valores de HbA_{1c} al ingreso.

Resultados: A los 2 meses del ingreso, la prevalencia de DM fue del 27,6%, de GBA 3,5%, de IG 33,7% y de GBA + IG 11,1%. El 24,1% presentaron una SOG normal. El OR de tener algún trastorno del metabolismo de los HC en función de los niveles de HbA_{1c} fue de 6,65 (IC 95%:1,25-35,2) ($p = 0,029$, después de ajustarlo por los valores de glucemia al ingreso y la edad). El punto de corte de HbA_{1c} que mejor discriminó el riesgo fue de 6,5%. El área bajo la curva ROC (HbA_{1c} vs. riesgo de DM+GBA+IG) ha sido de 0,75 ($p < 0,001$).

Conclusión: La HbA_{1c} al ingreso en pacientes coronarios es un buen predictor del riesgo de DM u otras alteraciones del metabolismo HC. Con esta pequeña actuación diagnóstica contribuiríamos de una forma relevante a la detección precoz de DM lo que hace posible el inicio de medidas de prevención dietéticas y/o farmacológicas.

C049. VALOR PRONÓSTICO DE LA HISTORIA FAMILIAR DE ENFERMEDAD CORONARIA PRECOZ EN UNA POBLACIÓN GENERAL DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CORONARIA ESTABLE: UN ESTUDIO PROSPECTIVO, MONOCÉNTRICO, DE COHORTES

M. Ruiz Ortiz, E. Romo Peñas, D. Mesa Rubio, M. Delgado Ortega, J.C. Castillo Domínguez, M. Anguita Sánchez, A. López Granados, C. Ogayar Luque, J.M. Narizón del Prado y J. Suárez de Lezo

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Finalidad: La historia familiar (HF) de enfermedad coronaria (EC) precoz es considerada como un factor de riesgo para el desarrollo de EC. Sin embargo, hay informes contradictorios sobre el impacto pronóstico de la HF en el pronóstico de los

pacientes con síndromes coronarios agudos (SCA) o después de una intervención coronaria percutánea, y prácticamente ninguna información en pacientes con EC estable. Nuestro objetivo es evaluar el valor pronóstico de la HF de EC en una población general, no seleccionada, de pacientes con EC estable.

Pacientes y métodos: Del 1 de febrero de 2000 al 31 de enero de 2004, se incluyeron prospectivamente todos los pacientes consecutivos con EC estable atendidos en dos consultas de cardiología de un hospital universitario, y se siguieron para eventos mayores (mortalidad, SCA, revascularización coronaria, ictus e ingreso por insuficiencia cardíaca), evaluando la asociación de éstos con la HF de EC.

Resultados: Se incluyeron 1204 pacientes (edad media 67 ± 11 años, 73% varones) seguidos durante 26 ± 16 meses. El seguimiento fue completo en el 99,42% de los casos. La HF de EC estuvo presente en 103 pacientes (8,6%). La probabilidad de eventos en la media de seguimiento fue de 17,98% en pacientes con HF de EC y del 17,96% en el resto de la serie ($p = 0,67$) y la mortalidad total, del 2,75% y 2,52%, respectivamente ($p = 0,99$). Los pacientes con HF de EC tenían menor edad (62 ± 11 frente a 67 ± 10 años, $p < 0,001$) y mayores tasas de revascularización previa (51% frente a 39%, $p = 0,023$), así como mayor frecuencia de ritmo sinusal (99% frente a 94%, $p = 0,032$). Tras ajustar por estos factores en un análisis multivariante, no hubo asociación significativa entre la HF y los eventos mayores (Hazard Ratio 0,96, IC 0,59-1,57, $p = 0,88$). Tampoco se encontró asociación en las mujeres, los pacientes con SCA previo o los pacientes de < 65, 65-74 y > 74 años. No se encontró asociación significativa entre la HF de EC precoz y la mortalidad total en toda la serie ni en ninguno de los subgrupos.

Conclusión: La historia familiar de enfermedad coronaria precoz no fue un factor pronóstico adverso en esta población general, no seleccionada y de bajo riesgo de pacientes con enfermedad coronaria estable.

C050. PERFIL CLÍNICO Y ANGIOGRÁFICO DE LOS PACIENTES CON FIBRILACIÓN VENTRICULAR PRIMARIA EN EL SEÑO DE UN IAM

J. Cano Nieto, C. Urbano Carrillo, J. Muñoz Bono, C. Jiménez Rubio, J.L. Delgado Prieto y M. de Mora Martín

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

La fibrilación ventricular primaria (FVP) se define como la que se produce en ausencia de insuficiencia cardíaca congestiva o shock cardiogénico. Se observa típicamente en las fases iniciales del IAM siendo la complicación más letal y está relacionado con la gravedad del mismo. Aunque se han estudiado múltiples determinantes de la misma en algunos estudios se ha establecido el papel de la isquemia como una de sus principales causas.

Material y método: Estudios prospectivo y retrospectivo de todos los pacientes ingresados por IAM en la unidad de cuidados intensivos desde enero de 2005 hasta diciembre de 2009 con un total de 1545 casos, de los cuales sólo 67 casos presentaron FVP. Se han comparado variables demográficas, clínicas, factores de riesgo cardiovascular, así como el estudio hemodinámico de el grupo de enfermos que desarrollaron FVP con un grupo control de 689 casos con IAM sin esta complicación. Los datos han sido registrados como media, mediana o porcentaje. Se ha utilizado la T de Student y la Chi cuadrado para comparar medias y conocer posibles asociaciones con otras variables, y el análisis multivariante para detectar posibles factores de riesgo.

Resultados: Entre los factores de riesgo cardiovasculares, la Diabetes Mellitus y el tabaquismo son más frecuentes en los casos de FVP ($p < 0,005$). No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la FE en ambos grupos ($47,52 \pm 14$ vs. $50,65 \pm 14$). Los valores picos séricos de CPK-mb fueron mayores en los casos de FVP que en los controles ($2.458,42 \pm 315,57$ vs. $1.398,91 \pm 64,88$, $p < 0,005$). No se ha encontrado una asociación estadísticamente significativa entre la arteria coronaria responsable del IAM y el mayor riesgo de desarrollo de FVP. El análisis multivariante identifica la edad, los valores pico séricos de CPK-mb y el KILLIP al ingreso como factores de riesgo independientes del desarrollo de arritmia. La mortalidad fue mayor en pacientes que presentaron FVP en relación con oclusión a nivel de la arteria circunfleja y con afectación múltiple del árbol coronario ($p < 0,002$).

Conclusiones: En nuestra serie, los pacientes que desarrollan una FVP en el seno de un IAM carecen de un patrón eléctrico y coronario definido claramente. El tabaquismo es predominante.

C051. MANEJO DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO Y PRONÓSTICO A CORTO PLAZO DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS POR UNA UNIDAD DE DOLOR TORÁCICO

B. Luque-Aguirre, M.A. Ramírez-Marrero, G. Ballesteros, D. Gaitán-Román, N. Fernández-Borrego, A. García-Bellón, A. González-González, B. Pérez-Villardón, C. Jiménez-Rubio, J. Mora-Robles, J.L. Delgado-Prieto, J.M. Pérez-Ruiz y M. de Mora Martín

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Introducción: El dolor torácico es un síntoma que abarca numerosas entidades clínicas, siendo la cardiopatía isquémica una de las primeras en ser excluidas dada su elevada morbi-mortalidad. El objetivo de nuestro estudio fue analizar el manejo diagnóstico y terapéutico de los pacientes derivados desde los servicios de urgencias hospitalarias por dolor torácico a la Unidad de Dolor Torácico (UDT), así como el pronóstico de los mismos a corto plazo, a fin de determinar la efectividad de estas unidades.

Métodos: Análisis prospectivo del total de pacientes derivados a la UDT de forma consecutiva, en el periodo comprendido de junio a diciembre de 2009. Se estudiaron variables clínico-epidemiológicas, pruebas complementarias efectuadas, tratamiento prescrito y evolución pronóstica, completándose un seguimiento con una mediana de 5 meses en el 95,6% de los casos.

Resultados: Se incluyeron 247 pacientes, 60,3% hombres, con edad media de $58,9 \pm 13,3$ años. Se efectuaron 126 estudios eco-angiográficos (51% de los casos), encontrándose trastornos segmentarios de la contractilidad ventricular izquierda en 9 de ellos. Se realizaron 163 ergometrías (66% de los casos), siendo positivas 27; 15 de alto riesgo (índice de Duke ≤ -11). Se indicó 41 (16,7%) estudios isotópicos, evidenciándose isquemia inducible en 11 y 3 angiOTAC de coronarias, dos de ellos patológicas. El 66% de los pacientes fue dado de alta en la primera visita con diagnóstico de dolor torácico de origen no isquémico, mientras que 23 pacientes (9,3%) fueron ingresados el mismo día de la consulta para realización de coronariografía precoz. De forma ambulatoria se indicaron otros 12 estudios angiográficos. De los 35 cateterismos cardíacos realizados, 28 (80%) mostraron enfermedad angiográfica significativa (2 lesiones de tronco coronario izquierdo, 12 en descendente anterior, 7 en circunfleja y 12 en coronaria derecha). Fueron subsidiarios de revascularización coronaria 26 (92,9%) pacientes (6 quirúrgicos y 20 percutáneos).

Tras completar el seguimiento a corto plazo, 6 pacientes (2,4%) ingresaron en el hospital por SCA; 3 de ellos eran pacientes con revascularización coronaria previa tras coronariografía solicitada desde la UDT, mientras que los otros 3 eran pacientes por los que se optó manejo conservador ante elevada comorbilidad asociada. No se encontró ningún fallecimiento ni ingreso hospitalario por otra causa cardiovascular.

Conclusiones: Las Unidades de Dolor Torácico permiten estratificar el riesgo de los pacientes que acuden a urgencias por clínica de dolor torácico, agilizando los tiempos de espera del paciente, evitándose con ello el desarrollo de eventos cardiovasculares mayores durante ese periodo. De acuerdo a los resultados de nuestra serie, estas unidades se muestran claramente eficaces.

C052. PREDICTORES BIOQUÍMICOS DE REMODELADO VENTRICULAR IZQUIERDO EN PACIENTES CON INFARTO TRATADOS CON ANGIOPLASTIA PRIMARIA

J.A. Urbano Moral, J.E. López Haldón, M. Fernández Quero, F. Mancha Molina, J.I. Valle Racero, A. Guisado Rasco, S. Ballesteros Pradas, F. López Pardo, M. Villa Gil-Ortega, M.J. Rodríguez Puras, L. Díaz de la Llera, A. Sánchez González y A. Martínez Martínez

Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: El remodelado ventricular izquierdo (RV) es un marcador de insuficiencia cardíaca y mortalidad tras infarto de miocardio con elevación del ST (IAMEST). Estudiamos el valor pronóstico para predecir RV de distintas variables bioquímicas que representan mecanismos fisiopatológicos que se activan en el IAMEST, como son el estrés hiperglucémico, la necrosis, la síntesis de colágeno, la degradación de matriz extracelular, la inflamación y el estiramiento miocárdico.

Métodos: Estudio prospectivo de 112 pacientes con IAMEST tratados con angioplastia primaria (AP). Se realizó un ecocardiograma al alta y al sexto mes, considerando RV un incremento $\geq 20\%$ del volumen telediastólico. Como variables bioquímicas se consideraron: glucemia al ingreso, troponina T máxima (TnT), propéptido amino-terminal del procolágeno tipo I al alta, metaproteasa-9 de matriz extracelular (MMP-9) al alta, proteína C reactiva ultrasensible (PCR) al alta y NT-proBNP al ingreso y al alta.

Resultados: Veintitrés pacientes (20,5%) sufrieron RV. En el análisis univariado se asociaron con RV la TnT, la MMP-9, la PCR y el NT-proBNP al alta. En un análisis de regresión logística multivariada resultaron predictores independientes de RV la TnT (OR: 1,218 [IC 95%: 1,078-1,377]), la PCR (OR: 1,017 [IC 95%: 1,002-1,031]) y la MMP-9 (OR: 1,000 [IC 95%: 1,000-1,001]). El análisis con curvas COR permitió establecer los siguientes puntos de corte para predecir RV: TnT 6,1 ng/ml (AUC: 0,80; $p < 0,001$; S: 73%; E: 78%) y PCR 18 mg/l (AUC: 0,72; $p = 0,001$; S: 65%; E: 65%). La curva COR de la MMP-9 no aportó información para la predicción de RV (AUC: 0,63; $p = 0,048$). En un algoritmo para predecir RV usando secuencialmente la TnT y la PCR con los mencionados puntos de corte, de los 112 pacientes sólo quedaron mal clasificados 2 casos que remodelaron y 11 que no remodelaron, con una sensibilidad y especificidad final del modelo del 91% y 86% respectivamente.

Conclusiones: El tamaño del infarto y la activación de la inflamación medidos mediante la TnT y la PCR respectivamente predicen el desarrollo de RV en pacientes con IAMEST tratados con AP. La incorporación de ambos marcadores bioquímicos en un algoritmo diagnóstico permite predecir RV con una elevada sensibilidad y especificidad.

C053. PREVALENCIA DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON NEFROPATÍA DIABÉTICA CANDIDATOS A TRASPLANTE RENAL

M.F. González Vargas-Machuca, F. Gómez Pulido, M.V. Junco Domínguez, J.D. Arjona Barrionuevo, J. Torres Llergo, A. Ortiz Carrellán, J.A. Urbano Moral, F. López Pardo, G. Barón Esquivias, A. Sánchez González y A. Martínez-Martínez

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos: La mortalidad por enfermedad cardiovascular es treinta veces superior en la Insuficiencia renal crónica terminal (IRCT). Los pacientes (P) con IRCT, especialmente por nefropatía diabética, tienen mayor prevalencia de cardiopatía isquémica (CI). Es necesario un diagnóstico y tratamiento precoz antes del trasplante renal (TR) para reducir la mortalidad post-trasplante. Estudiamos la prevalencia de la enfermedad cardiovascular en candidatos a trasplante renal con IRCT por nefropatía diabética.

Método: 333P con tratamiento renal sustitutivo (TRS) en hemodiálisis/diálisis peritoneal fueron estudiados en la consulta cardiorrenal pretrasplante renal desde Nov 2005 a Feb 2010. Presentaban nefropatía diabética 59p (17,8%), todos fueron sometidos a despistaje de C. isquémica, a 55P se les realizó coronariografía. Resultados: Edad: 54 ± 12 a. H: 45p (76%), M: 14 (24%). TRS: 47p (80%) en hemodiálisis, 8 en pre-diálisis y 4 en diálisis peritoneal. Tiempo medio en TRS: 5,6 m (2,5-16).

Antecedentes: DM tipo 2: 39(66%), DM tipo 1: 20(34%), HTA: 98%, Dislipemia: 37(63%), Tabaquismo: 38(64%), Arter. periférica: 26(44%), C. Isquémica: 14(23,7%) y Enfermedad vascular cerebral: 6(10%). Clínicamente el 88% estaban asintomáticos. Hallazgos Ecocardiográficos: HVI (77%), Disfunción diastólica (50%), Disfunción sistólica (6,8%). Afectación valvular: Aórtica (20%), mitral (22%) y tricúspide (12%). Calcificación valvular (42%) y Derrame pericárdico (5,2%).

Resultados angiográficos: El 63% (37P) presentó algún grado de estenosis coronaria, siendo significativa ($> 75\%$) en 27(46%): Monovaso: 10p, Dos vasos 8p, Multivaso: 7p y no significativas ($< 75\%$): 10p (54%). Calcificación coronaria: 34(58%). Diagnósticos principales: Cardiop. hipertensiva (75%), C. Isquémica (62,7%), Valvulopatías (34%), Fibrilación auricular (5,1%) y Miocardiopatía dilatada (3,4%).

Conclusiones: Los pacientes con nefropatía diabética candidatos a trasplante renal presentan una elevada prevalencia de cardiopatía estructural, especialmente de cardiopatía isquémica (62,7%) lo que explicaría la elevada mortalidad cardiovascular posttrasplante. La sintomatología no es orientativa para el despistaje, ya que 83,5% estaban asintomáticos desde el punto de vista cardiológico.

C054. REINCORPORACIÓN AL TRABAJO DE POBLACIÓN LABORAL DE MÁLAGA TRAS UN EVENTO CARDIACO, SEGÚN LA REALIZACIÓN DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA Y EL TIPO DE TRABAJO QUE DESEMPEÑAN

J.M. Robles, A. Montiel Trujillo, A. Gómez González, M.I. Alonso Calderón y F. Pérez Sánchez

Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga. Centro de Prevención de Riesgos Laborales de Málaga.

Objetivos: Las ECV provocan el 25% de AT mortales y son causa importante de incapacidad permanente (IP), en edad de 40-65 años (pleno auge profesional). Los PRC han demostrado claro

beneficio para una RL segura y temprana. Se pretende conocer prevalencia de RL de población laboral de Málaga tras evento cardiaco según la realización de un PRC. Se analizarán otras variables como tipo de trabajo que desempeñan, tiempo de incapacidad temporal (IT) y cuántos eventos cardiovasculares fueron considerados como AT.

Material y métodos: Estudio transversal; la población de estudio (Grupo A) pertenece al H. U. Virgen de la Victoria de Málaga, que tras evento cardiaco (IAM, Angina o Valvulopatía) realizaron PRC desde el año 2000. La población de referencia (Grupo B) pertenece al H. R. U. Carlos Haya, con enfermos con cardiopatía de perfil similar pero sin la posibilidad de participar en PRC. Se aplicó cuestionario validado, previo consentimiento, con 90 variables de utilidad (datos cardiopatía, antecedentes personales, laborales y socioeconómicos), mediante entrevista telefónica/personal, obteniéndose 302 casos válidos (Grupo A = 148/Grupo B = 154).

Resultados: La RL de pacientes con riesgo estimado medio-alto fue mayor en grupo A, aunque la diferencia no resultó estadísticamente significativa. Si hubo asociación entre RL y otras variables relacionadas con la ECV, factores socioeconómicos y características del trabajo. La duración media de IT fue 10,97 meses donde el 25,7% superaron los 18 meses. El 31,7% de la cardiopatía isquémica estudiada se puede considerar AT.

Conclusiones: Un PRC abarca aspectos físicos y psicológicos del paciente, por lo que puede influir positivamente en la RL y en la mejora de calidad de vida, morbilidad y supervivencia. Aunque las diferencias a favor del PRC no han resultado estadísticamente significativas, probablemente se deban al tamaño muestral y la poca readaptación del puesto de trabajo en la empresa para estos trabajadores. Son estos los motivos que inclinan al trabajador cardiópata a solicitar una IP.

C055. INFLUENCIA PRONÓSTICA DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y SU RELACIÓN CON LA COMPOSICIÓN CORPORAL EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

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.

Estudios observacionales sugieren un efecto protector de la obesidad en el paciente con insuficiencia cardiaca (IC), el cual ha sido denominado, paradoja de la obesidad. No se conoce si este aparente efecto protector de la obesidad es debido a un incremento de la masa magra o de la masa grasa corporal.

Objetivo: Analizar la influencia que sobre la mortalidad tienen el índice de masa corporal (IMC) y la composición corporal, tras un periodo de seguimiento de 1 año.

Métodos: Se incluyeron 208 pacientes dados de alta con el diagnóstico de IC. Previo al alta se midió el IMC, el grosor del pliegue tricipital (PT) y el perímetro muscular del brazo (PMB). Los pacientes fueron divididos en 4 grupos en relación a su IMC (bajo peso: $< 18,5$, normopeso $18,5 < 25$, sobrepeso: $25 < 30$, y obesidad ≥ 30), y en tres grupos atendiendo a la distribución por percentiles de su PT y PMB ($p \leq 5$, $p 5-95$, $p \geq 95$).

Resultados: La edad media fue de 73 ± 10 años. 46% fueron mujeres y la etiología más frecuente fue la cardiopatía isquémica (41,8%). La mortalidad global fue del 26% (mediana de seguimiento de 12 meses). La tasa de mortalidad a un año difirió significativamente ($p < .001$, log rank test) entre el grupo de bajo peso y el resto de grupos, sin encontrarse diferen-

cias entre ellos (80% para bajo peso, 32,6% para normopeso, 21,6% para sobrepeso, y 17,9% para obesidad). Igual ocurrió entre la mortalidad del grupo con $p \leq 5$ de PT y el resto de grupos (64,3% $p \leq 5$, 19,1% $p 5-95$ y 25,4% $p \geq 95$). Sin embargo no se observaron diferencias en los grupos de PMB (mortalidad a 1 año del 27,4% $p \leq 5$, 23,4% $p 5-95$ y 24,6% $p \geq 95$, $p = 0,95$). Tras ajustar por FEVI, sexo, score de Charlson, HTA, diabetes, albuminemia y tratamiento, el IMC permaneció como predictor independiente de mortalidad a 1 año ($HR = 0,93$ para BMI; CI 95%, 0,87-0,98, $p = 0,01$). Esta influencia pronóstica del IMC se perdió cuando el PT, pero no el PMB, fue añadido al modelo de Cox.

Conclusiones: El IMC es un factor de riesgo independiente en IC debido al grupo de pacientes con bajo peso. La pobre supervivencia de este grupo está asociada con distribución anómala de la composición corporal, caracterizada por una disminución de la masa grasa corporal.

C056. CAMBIO EN LA EDAD DE DONANTES DE TRASPLANTE CARDIACO EN LOS ÚLTIMOS AÑOS Y SU POSIBLE RELACIÓN CON LA MORTALIDAD

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

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: La necesidad de órganos sigue creciendo y no se disponen de todos lo que se necesitan, por eso los criterios para decidir si un órgano es apto o no están cambiando y cada vez hay donantes de mayor edad (donantes "marginales" o subóptimos).

Objetivo: Evaluar la edad de donantes y receptores, teniendo en cuenta el año de realización del trasplante y analizar si una hipotética mayor edad de los mismos se traduce en una mayor mortalidad al año.

Método: Analizamos retrospectivamente 316 trasplantes cardíacos realizados en nuestro centro, dividiéndolos en tres grupos en función de la fecha de realización. El primero (G1) los realizados entre 1991-1997. El segundo (G2) entre 1998-2003 y el tercero (G3) de 2004-2009. Las medias de edad se compararon mediante ANOVA, realizándose un estudio post hoc para analizar diferencias entre los diferentes grupos. Posteriormente se evaluó si la mayor edad del donante detectada se traduce en una mayor mortalidad (t student).

Resultados: No se detectaron diferencias significativas en la edad de los receptores. Edad media G1 51,8 ± 11,1 años (11-74), G2 49 ± 11,6 años (17-69) y G3 50,6 ± 11,9 años (15-69 años). Por el contrario sí se detectaron diferencias significativas en cuanto a la edad de los donantes. Edad media G1 28,31 ± 9,3 años (10-49), G2 27,72 ± 10,6 años (13-56) y G3 33,8 ± 13 años (14-63 años). Concretamente no hubo diferencias entre el G1 y el G2, pero sí entre el G3 y el G1 ($p 0,002$) y entre G2 y G3 ($p 0,000$). La mayor edad en los donantes no se tradujo globalmente (total de donantes) en una mayor tasa de mortalidad al año ($p 0,068$) ni tampoco seleccionando aquellos del G3 ($p 0,390$). Si analizamos exclusivamente los donantes con edad mayor o igual a 50 años ($n = 17$; 54,4 ± 3,8 años; rango 50-63 años) tampoco existe relación, en el análisis bivariado, con una mayor mortalidad al año ($p 0,130$).

Conclusiones: En los últimos años se confirma un aumento de la edad de los donantes de forma significativa manteniéndose constante la edad de los receptores, lo que evidencia que al no existir órganos suficientes se necesita recurrir a donantes de mayor edad, correctamente seleccionados, sin traducirse esto en un aumento de la mortalidad al año.

C057. VALOR PRONÓSTICO DE LA INSUFICIENCIA RENAL OCULTA EN LA MORBI-MORTALIDAD DE LA CIRUGÍA CARDIACA

I. Sayago, M. Valle, A. Recio, I. Pérez, B. Muñoz, R. Olivares, O. Araji, J.M. Barquero y L.F. Valenzuela

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: Valores aumentados de creatinina sérica (Crs) se consideran factor de riesgo independiente de morbimortalidad postoperatoria en cirugía cardiaca. Sin embargo, se desconoce el impacto de la insuficiencia renal oculta (IRO), filtrado glomerular (FG) < 60 ml/min/1,73 m² con niveles de Crs en rango de normalidad. Pretendemos examinar la prevalencia de IRO y su posible influencia en la morbi-mortalidad de los pacientes sometidos a cirugía cardiaca en nuestro centro.

Método: Estudio retrospectivo observacional que incluyó 101 pacientes consecutivos (edad media 65 ± 11 años; 42 mujeres; Crs 1,0 mg/dl [0,8-1,2] sometidos a cirugía cardiaca con circulación extracorpórea. Según la tasa de FG basal, estimada mediante la ecuación MDRD-4 (incluye Crs, edad, sexo y raza), los pacientes se dividieron en un grupo A ($n = 63$; FG ≥ 60) y un grupo B ($n = 38$; FG < 60). Se registraron las características clínicas, las principales complicaciones perioperatorias y mortalidad a los 30 días de la cirugía.

Resultados: La mortalidad total fue 10,9% (11 pacientes). La IRO se asoció con una tendencia a un mayor riesgo de mortalidad perioperatoria (18,4% vs. 6,3%; OR 3,3; IC 95% 0,9-12,3; $p = 0,07$) así como una mayor incidencia de complicaciones perioperatorias (65,8% vs. 36,5%; OR 3,3; IC 95% 1,4-7,8; $p = 0,005$) incluyendo fallo renal que precisó diálisis (21,1% vs. 6,3%; $p = 0,05$), anemia requiriendo transfusión (26,3 vs. 9,5%, $p = 0,04$) y reintervención quirúrgica (13,2 vs. 1,6%, $p = 0,03$). Los pacientes con IRO tuvieron una mayor estancia hospitalaria (15 [11-21] vs. 13 [11-15] días; $p = 0,02$). En el análisis multivariado ajustado por factores de riesgo preoperatorios, la IRO fue un predictor independiente de complicaciones perioperatorias (OR 2,8; IC 95% 1,1-7,2; $p = 0,03$).

Conclusiones: En pacientes subsidiarios de cirugía cardiaca, la IRO constituye un factor de riesgo de morbilidad perioperatoria que prolonga la estancia hospitalaria de forma significativa. Así mismo, encontramos una tendencia a una mayor mortalidad precoz en estos pacientes, aunque no alcanzó significación estadística. Nuestro estudio sugiere que el cálculo del FG debe ser usado en lugar de los niveles de Crs como factor pronóstico de eventos clínicos precoces

C058. ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO EN CIRUGÍA CARDIACA: COMPARACIÓN DE TRES ESCALAS DE RIESGO EN UNA MUESTRA DE PACIENTES OPERADOS

I. Sayago, M.J. Valle, A. Recio, B. Muñoz, I. Pérez, R. Olivares, O. Araji, J.M. Barquero y L.F. Valenzuela

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: Nuestro objetivo fue valorar la eficacia de tres escalas de riesgo ampliamente utilizadas en Cirugía Cardiaca para la estimación del riesgo de mortalidad y morbilidad en una muestra de pacientes operados en nuestro centro.

Método: De los pacientes sometidos a circulación extracorpórea, desde Nov/08 hasta Jun/09 excluimos aquellos en los que no se pudo estimar el riesgo de cirugía por mala calidad de la historia clínica, pérdida del seguimiento o tipo de cirugía no validada (aplicable) en la escala, quedando un grupo final de 110 pacientes isquémicos y/o valvulares con edad media 65 ± 11 años; 44 mujeres que constituye el grupo analizado. En ellos, se registró la mortalidad y las principales complicaciones peri-

peratorias (IAM, AVC, necesidad de hemodiálisis, estancia prolongada entre otros) a los 30 días de la cirugía. La calibración del modelo fue evaluada mediante el test de Hosmer-Lemeshow. La capacidad de discriminación de los modelos se cuantificó mediante el cálculo del área bajo la curva ROC (receiver operating characteristics curve). La Odds ratio fue calculada para estudiar la relevancia de los distintos factores de riesgo.

Resultados: La mortalidad global observada en el grupo de estudio fue de 11,8% (13 pacientes) frente a una mortalidad esperada de 7,5% (8 pacientes; $p = 0,36$, test Fisher) para Euroscore, 6,0% (7 pacientes; $p = 0,24$) para STS y 16,1% (18 pacientes; $p = 0,44$) para la escala Parsonnet. La calibración de las tres escalas fue adecuada. Para mortalidad, el Euroscore mostró el mejor valor predictivo (80%, [IC del 95%, 71-87%]) comparado con STS

(71% [62-80%]) y Parsonnet (72% [63-80%]). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre el área bajo la curva ROC de los distintos modelos analizados. Para la morbilidad, los valores predictivos fueron considerablemente menores para Euroscore y Parsonnet (67% y 61%, respectivamente), a diferencia de la escala STS que mostró una capacidad predictora similar (73%).

Conclusiones: En una muestra de pacientes isquémicos y/o valvulares, Euroscore mostró el mejor valor predictivo para mortalidad mientras que la escala STS fue más homogénea en la estimación tanto de la mortalidad como morbilidad. El desarrollo y aplicación de escalas específicas para morbilidad podrían mejorar la predicción de eventos así como el coste hospitalario.