

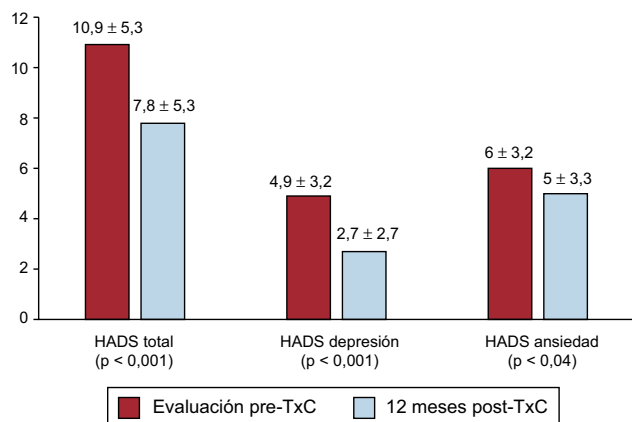


Figura. Puntuaciones de la escala HADS en el periodo previo al trasplante cardiaco y en el seguimiento a los 12 meses del trasplante. HADS: *Hospital Anxiety and Depression Scale*; TxC: trasplante cardiaco. Los valores expresan media $\pm$ desviación estándar.

cambios psicopatológicos producidos después del TxC, serían necesarios estudios con muestras más amplias.

La evaluación psiquiátrica es importante en todo el proceso de TxC, pues permite detectar precozmente y tratar a los pacientes en riesgo de sufrir alteraciones psicopatológicas. A partir de nuestros datos podemos concluir que, en general, además de la recuperación física asociada al TxC, también se produce una mejoría psicopatológica a los 12 meses de seguimiento.

Roberto Sánchez^{a,b,*}, Eva Baillès^c, Anna Bastidas^c, Félix Pérez-Villa^d, Antonio Bulbena^{a,b} y Luis Pintor^{b,c}

^aDepartamento de Psiquiatría, Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions, Parc de Salut Mar, Barcelona, España

^bDepartamento de Psiquiatría y Medicina Legal, Facultad de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona, Cerdanyola del Vallès, Barcelona, España

^cDepartamento de Psiquiatría, Institut de Neurociències, Hospital Clínic i Provincial de Barcelona, Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Universitat de Barcelona, Barcelona, España

^dUnidad de Trasplante Cardiaco, Departamento de Cardiología, Instituto Clínic del Tórax, Hospital Clínic i Provincial de Barcelona, Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Universitat de Barcelona, Barcelona, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: 39639rsg@gmail.com (R. Sánchez).

On-line el 27 de octubre de 2015

BIBLIOGRAFÍA

- Coglianesi EE, Samsi M, Liebo MJ, Heroux AL. The value of psychosocial factors in patient selection and outcomes after heart transplantation. *Curr Heart Fail Rep*. 2015;12:42-7.
- González-Vílchez F, Gómez-Bueno M, Almenar L, Crespo-Leiro MG, Arizón JM, Palomo J, et al. en representación de los Equipos Españoles de Trasplante Cardiaco. Registro Español de Trasplante Cardiaco. XXV Informe Oficial de la Sección de Insuficiencia Cardiaca y Trasplante Cardiaco de la Sociedad Española de Cardiología (1984-2013). *Rev Esp Cardiol*. 2014;67:1039-51.
- American Psychiatry Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson; 2002.
- Herrero MJ, Blanch J, Peri JM, de Pablo J, Pintor L, Bulbena A. A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. *Gen Hosp Psychiatry*. 2003;25:277-83.
- Triffaux JM, Wauthy J, Bertrand J, Limet R, Albert A, Anseau M. Psychological evolution and assessment in patients undergoing orthotopic heart transplantation. *Eur Psychiatry*. 2001;16:180-5.
- Zipfel S, Schneider A, Jünger J, Herzog W. Anxiety, depressive symptoms and heart transplantation. En: Molinari E, Compare A, Parati G, editores. *Clinical psychology and heart disease*. Milano: Springer; 2010. p. 149-63.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2015.07.029>

Control de lipoproteínas de baja densidad en población extremeña en función del sexo y del riesgo cardiovascular



Influence of Gender and Cardiovascular Risk on the Control of Low-density Lipoprotein in a Population From Extremadura

Sr. Editor:

La última guía sobre manejo de dislipemias de la Sociedad Europea de Cardiología y la Sociedad Europea de Aterosclerosis propone la creación de cuatro niveles de riesgo cardiovascular (muy alto, alto, moderado y bajo), para facilitar la toma de decisiones y la mejor estrategia terapéutica¹.

Sin embargo, diferentes estudios señalan aproximaciones diagnósticas y terapéuticas del riesgo cardiovascular (RCV) diferentes para mujeres y varones, tanto en prevención primaria como en secundaria, con tendencia al infratratamiento farmacológico de las mujeres en prevención secundaria o de alto RCV y al sobretratamiento en prevención primaria de las mujeres de bajo RCV²⁻⁴.

El objetivo de este estudio es evaluar el grado de control de la concentración de lipoproteínas y la prescripción de fármacos hipolipemiantes en las diferentes categorías de estratificación del RCV¹, estimado con la función de Framingham-REGICOR⁵ en la población extremeña de edad ≥ 35 años (1.170 mujeres y 1.042 varones) del estudio HERMEX⁶. Se recogieron antecedentes de factores de riesgo, enfermedades cardiovasculares, mediciones antropométricas, presión arterial, índice tobillo-brazo, toma de

hipolipemiantes y análisis sanguíneos. El análisis de datos se realizó con el programa SPSS 22.0 para Windows. Las diferencias de medias y medianas se calcularon mediante la prueba de la t de Student o la U de Mann-Whitney respectivamente y las diferencias entre proporciones, con la prueba de la χ^2 o el test exacto de Fisher. El análisis multivariable se realizó mediante regresión logística, con el método introducir, considerándose variable dependiente alcanzar o no las cifras objetivo de colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (cLDL) en las categorías de RCV muy alto o alto. Como variables independientes, se introdujeron todas las que mostraron asociación con $p < 0,10$ en el análisis bivariable y otras, como edad, antecedentes de tabaquismo, obesidad, diabetes mellitus, hipertensión, arteriopatía periférica o enfermedad renal crónica asociadas al consumo de hipolipemiantes en la bibliografía.

La media de edad de la población incluida era 53,3 años; el 31,2% eran fumadores y el 35,4% tenía criterios de hipercolesterolemia; el 48,5% de los considerados hipercolesterolémicos estaban en tratamiento con fármacos hipolipemiantes (el 46,9% de los varones frente al 50,0% de las mujeres; $p < 0,05$) (tabla 1).

La distribución por categorías de RCV mostró que el 27,1% de los varones pertenecían a las categorías de RCV muy alto o alto, frente al 20,8% de las mujeres ($p < 0,05$), mientras que el 75,6% de las mujeres presentaban un RCV bajo frente al 56,8% de los varones ($p < 0,001$). El 51,9% de los varones de RCV muy alto o alto tomaban fármacos hipolipemiantes, frente al 33,7% de las mujeres ($p < 0,05$), mientras que en la categoría de riesgo bajo tomaba hipolipemiantes el 8,8% de los varones, frente al 12,7% de las mujeres ($p < 0,05$). Nuestro estudio no investigó dosis ni tipo de fármaco prescrito pero, dado el

Tabla 1

Principales parámetros biológicos y prevalencia de entidades clínicas

	Total (n = 2.212)	Varones (n = 1.042)	Mujeres (n = 1.170)	p
Edad (años)	53,3 ± 18,8	53,3 ± 12,3	53,3 ± 12,3	0,993
Colesterol total (mg/dl)	211,1 ± 37,5	211,6 ± 39,4	210,6 ± 35,8	0,513
cLDL (mg/dl)	123,6 ± 31,1	126,3 ± 31,9	121,2 ± 30,5	< 0,001
cLDL 130-159 (mg/dl)	646 (29,2)	339 (32,5)	307 (26,2)	< 0,05
cLDL ≥ 160 (mg/dl)	259 (11,7)	138 (13,2)	121 (10,3)	< 0,05
cHDL (mg/dl)	56,4 ± 14,4	52,0 ± 13,4	60,4 ± 14,1	< 0,001
Triglicéridos (mg/dl)	95,0 [69,0-135,0]	106,0 [77,0-152,0]	88,0 [63,0-119,0]	< 0,001
ApoB (mg/dl)	101,6 ± 23,5	105,4 ± 23,4	98,2 ± 23,0	< 0,001
ApoB 100-119 mg/dl	709 (32,1)	363 (34,8)	346 (29,6)	< 0,01
ApoB ≥ 120 mg/dl	471 (21,3)	265 (25,4)	206 (17,6)	< 0,05
ApoA-1 (mg/dl)	158,5 ± 33,3	152,8 ± 30,8	163,7 ± 34,6	< 0,001
Glucemia (mg/dl)	99,0 [92,0-110,0]	103,0 [96,0-114,0]	96,0 [89,0-106,0]	< 0,001
Glucohemoglobina (%)	5,2 ± 0,9	5,3 ± 0,9	5,2 ± 0,9	< 0,05
PAS (mmHg)	128,3 ± 21,6	134,0 ± 19,1	123,3 ± 22,5	< 0,001
PAD (mmHg)	77,4 ± 10,9	79,7 ± 10,0	75,3 ± 11,2	< 0,001
IMC	28,8 ± 5,1	29,2 ± 4,4	28,5 ± 5,7	< 0,01
Perímetro abdominal (cm)	98,3 ± 13,0	100,6 ± 11,1	96,2 ± 14,1	< 0,001
Fumadores	690 (31,2)	397 (38,1)	293 (25,0)	< 0,001
Obesidad	806 (36,4)	394 (37,8)	412 (35,2)	0,205
Obesidad abdominal	1.252 (56,6)	437 (41,9)	815 (69,7)	< 0,001
Hipercolesterolemia	783 (35,4)	377 (36,2)	406 (34,7)	0,468
Hipercolesterolemicos en tratamiento farmacológico	380 (48,5)	177 (46,9)	203 (50,0)	< 0,05
Fármacos hipolipemiantes	380 (17,2)	177 (17,0)	203 (17,4)	0,821
Hipertensión arterial	894 (40,4)	465 (44,6)	429 (36,7)	< 0,001
Diabetes mellitus	305 (13,8)	161 (15,5)	144 (12,3)	< 0,05
Síndrome metabólico	789 (35,7)	345 (33,1)	444 (37,9)	< 0,05
ERC	100 (4,5)	33 (3,2)	67 (5,7)	< 0,01
Arteriopatía periférica	119 (5,4)	66 (6,3)	53 (4,5)	0,060
Enfermedad cerebrovascular	28 (1,3)	19 (1,8)	9 (0,8)	< 0,05
Cardiopatía isquémica	48 (2,2)	28 (2,7)	20 (1,7)	0,114
Cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular o revascularización	79 (2,9)	47 (3,8)	32 (2,2)	< 0,05

ApoA: apolipoproteína A; ApoB: apolipoproteína B; cHDL: colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad; cLDL: colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad; ERC: enfermedad renal crónica; IMC: índice de masa corporal; PAD: presión arterial diastólica; PAS: presión arterial sistólica.

Los valores expresan media ± desviación estándar, n (%) o mediana [intervalo intercuartílico].

patrón de prescripción de hipolipemiantes en el área sanitaria, la mayoría ha de corresponder a estatinas.

El grado de consecución de cifras de cLDL objetivo en las categorías de RCV se muestra en la [tabla 2](#), en la que se observa que solo el 6,5% de la población de riesgo muy alto o alto alcanzaba cifras de cLDL óptimas, en mayor proporción los varones (el 8,9% frente al 3,7%; $p < 0,01$). Sin embargo, en las categorías de RCV bajo y moderado fue mayor el porcentaje de mujeres con cifras de cLDL óptimas ([tabla 2](#)). En el análisis multivariable, solamente el sexo femenino se asoció con peor control lipídico en los grupos de riesgo

muy alto o alto (*odds ratio* [OR] = 2,25; intervalo de confianza del 95% [IC95%], 1,01-5,00; $p < 0,05$), mientras que los antecedentes de haber padecido una enfermedad cardiovascular se asociaron a mejor control (OR = 0,23; IC95%, 0,11-0,52; $p < 0,001$).

Finalmente, entre los pacientes con enfermedades que requieren objetivos de prevención secundaria, los mayores porcentajes de cLDL óptimos se alcanzaron en la enfermedad cardiovascular (cardiopatía isquémica e ictus; el 17,7% de los pacientes tenían cLDL < 70 mg/dl; el 23,4% de los varones frente al 9,4% de las mujeres; $p = 0,140$), seguidos de la arteriopatía periférica (cLDL < 70 mg/dl, 9,2%; el 15,2 frente al 1,9%; $p < 0,05$).

En resumen, nuestro estudio revela que el 48,9% de los pacientes de RCV muy alto o alto reciben prescripción de hipolipemiantes, pero las mujeres de RCV muy alto o alto la reciben menos que los varones (el 33,7 frente al 51,9%; $p < 0,05$) y entre ellas también son menos las que tienen cifras de cLDL óptimas (el 3,7 frente al 8,9%; $p < 0,05$). Por el contrario, las mujeres de RCV moderado o bajo presentan un mayor porcentaje de toma de fármacos hipolipemiantes (el 34,7 frente al 22,5%; $p < 0,05$) y también un mayor porcentaje de ellas tienen cifras de cLDL óptimas (el 79,4 frente al 54,5%; $p < 0,05$) ([tabla 2](#)).

Estos resultados están en consonancia con otros estudios que indican diferentes aproximaciones terapéuticas en el abordaje del

Tabla 2

Población con cifras óptimas de colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad en las diferentes categorías de estratificación del riesgo cardiovascular

	Total	Varones	Mujeres	p
RCV muy alto o alto	34 (6,5)	25 (8,9)	9 (3,7)	< 0,01
RCV moderado	43 (20,6)	29 (17,3)	14 (34,1)	< 0,05
RCV bajo	621 (42,0)	220 (37,2)	401 (45,3)	< 0,01

RCV: riesgo cardiovascular.

Cifras objetivo de colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad: < 70 mg/dl para pacientes de RCV muy alto, < 100 mg/dl para pacientes de RCV alto y < 115 mg/dl para pacientes de RCV moderado y bajo. Los valores expresan n (%).

RCV de mujeres y varones, con tendencia infratratarse a las mujeres en prevención secundaria y también a las de muy alto o alto RCV y a sobretreatarse a las mujeres de riesgo moderado o bajo, lo que indica una discriminación negativa en el abordaje del RCV alto y muy alto en la mujer.

Nuestro estudio anima a investigar estrategias que incrementen la sensibilización de los profesionales para lograr la equidad y un similar compromiso en el abordaje del RCV en la mujer, sobre todo en lo relativo a prevención secundaria y mujeres de muy alto y alto RCV, lo que redundaría, además, en un uso más eficiente de los hipolipemiantes.

FINANCIACIÓN

Plan Nacional de Investigación Científica 2004-2007 (PI071218), Contrato Río Hortega (CM08/00141) del Instituto de Salud Carlos III, Beca del Plan Integral de Enfermedades Cardiovasculares de Extremadura, Fundesalud, Junta de Extremadura.

Francisco Javier Félix-Redondo^{a,b}, Luis Lozano-Mera^{b,c}, José María Mostaza^d, Pedro Saénz^e, Daniel Fernández-Berges^{b,f} y Francisco Buitrago^{b,g,*}

^aCentro de Salud Villanueva Norte, Villanueva de la Serena, Badajoz, España

^bUnidad de Investigación GRIMEX, Programa de Investigación de Enfermedades Cardiovasculares (PERICLES), Badajoz, España

^cCentro de Salud Urbano I, Mérida, Badajoz, España

^dUnidad de Arteriosclerosis, Hospital Carlos III, Madrid, España

^eUnidad de Lípidos, Hospital de Mérida, Mérida, Badajoz, España

^fUnidad de Investigación, Área de Salud Don Benito-Villanueva de la Serena, Badajoz, España

^gCentro de Salud Universitario La Paz, Badajoz, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: fbuitragor@gmail.com (F. Buitrago).

On-line el 23 de octubre de 2015

BIBLIOGRAFÍA

1. Reiner Ž, Catapano AL, de Backer G, Graham I, Taskinen MR, Wiklund O, et al. Guía de la ESC/EAS sobre el manejo de las dislipemias. *Rev Esp Cardiol.* 2011;64:1168.e1-e60.
2. Tabenkin H, Eaton CB, Roberts MB, Parker DR, McMurray JH, Borkan J. Differences in cardiovascular risk factor management in primary care by sex of physician and patient. *Ann Fam Med.* 2010;8:25-32.
3. Baena-Díez JM, Félix FJ, Grau M, Cabrera de León A, Sanz H, Leal M, et al. Tratamiento y control de los factores de riesgo según el riesgo de cardiopatía en la población española del estudio DARIOS. *Rev Esp Cardiol.* 2011;64:766-73.
4. Guallar-Castillón P, Gil-Montero M, León-Muñoz LM, Graciani A, Bayán-Bravo A, Taboada JM, et al. Magnitud y manejo de la hipercolesterolemia en la población adulta de España, 2008-2010, el estudio ENRICA. *Rev Esp Cardiol.* 2012;65:551-8.
5. Marrugat J, Solanas P, D'Agostino R, Sullivan L, Ordovas J, Cordón F, et al. Estimación del riesgo coronario en España mediante la ecuación de Framingham calibrada. *Rev Esp Cardiol.* 2003;56:253-61.
6. Estudio de la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular en un Área Sanitaria de Badajoz. Estudio HERMEX. Metodología, resultados y conclusiones del Estudio Piloto [citado 4 Ago 2015]. Disponible en: <http://www.grimex.org/prevencion-primaria-hermex/>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2015.08.006>

Reparación percutánea combinada de válvula mitral: cierre de fuga paraavalvular e implante de prótesis transcáteter en paciente de alto riesgo con insuficiencia mitral grave



Combined Percutaneous Mitral Valve Implantation and Paraavalvular Leak Closure in a High-risk Patient With Severe Mitral Regurgitation

Sr. Editor:

Las ventajas de la reparación quirúrgica frente a la sustitución de la válvula mitral están ampliamente documentadas, y esta opción de tratamiento ha pasado a ser la preferida para los pacientes con insuficiencia mitral. Sin embargo, estudios recientes han puesto en duda la durabilidad de la reparación valvular, con una tasa de reintervenciones de hasta un 10-15% a los 10 años de seguimiento¹. En los casos de recurrencia de la insuficiencia mitral, la reintervención comporta a menudo un alto riesgo, lo que motiva que no se opere a un número significativo de pacientes.

En informes de casos aislados se ha sugerido la viabilidad del implante percutáneo de válvula mitral en presencia de una anuloplastia². En la mayoría de los pacientes se utilizó un abordaje transapical y se realizó un implante percutáneo de una válvula Melody[®] o Edwards SAPIEN en el anillo mitral³⁻⁶.

Presentamos el caso de un varón con un fallo de la reparación de la válvula mitral, en quien se llevó a cabo una reparación percutánea completa del fallo de la intervención quirúrgica, con un cierre transfemoral de una fuga paraavalvular mitral e implante de una válvula Edwards SAPIEN XT en el anillo mitral, en la misma intervención.

Se trata de un varón de 62 años de edad ingresado a causa de una insuficiencia cardíaca congestiva. Diez años antes se le había

practicado cirugía de revascularización arterial coronaria (de arteria mamaria interna izquierda a arteria descendente anterior, e injerto de vena safena a la arteria circunfleja) con reparación de la válvula mitral e implante de un anillo semirrígido CE Physio de 30 mm (Edwards Lifesciences Inc; Irvine, California, Estados Unidos). Al ingreso, la ecocardiografía transesofágica mostró una insuficiencia mitral grave debida a una fuga paraanular anteroapical, con un chorro intravalvular central asociado a una degeneración de la valva y una disfunción ventricular izquierda moderada (fracción de eyección del 40%), con hipertensión pulmonar grave. Se realizó una coronariografía que descartó la presencia de una enfermedad coronaria importante y mostró unos injertos coronarios permeables. Se rechazó al paciente como candidato a una nueva intervención quirúrgica (EuroSCORE logístico 21,49%, puntuación de la *Society of Thoracic Surgeons* 10,23%) y se programó un implante de válvula dentro del anillo por vía transfemoral, con cierre de la fuga paraanular.

Tras una punción transeptal se estableció un bucle arteriovenoso con una guía de punta recta hidrófila, que se había hecho pasar por la fuga de modo retrógrado desde el ventrículo izquierdo. Se capturó con un lazo en la aurícula izquierda y se sacó a través de la vena femoral. A continuación se introdujo un catéter Amplatz izquierdo en la aurícula izquierda, desde el lado venoso, y se pasó una guía hidrófila por la válvula mitral de manera anterógrada, que se capturó en la aorta descendente y se externalizó a través de la arteria femoral, creando un segundo bucle venoarterial. Tras una dilatación del tabique con balón de 16 mm, se utilizó una prótesis 29 Edwards SAPIEN XT montada de modo invertido sobre un catéter de aplicación Novaflex 18-F (Edwards Lifesciences), que se implantó dentro del anillo mitral bajo estimulación rápida, con inflado lento y controlado del balón (figura 1). Después del implante de la válvula se introdujo una vaina 7-F a través del primer bucle arteriovenoso, y tras analizar