

INAUGURACIÓN Las autoridades resaltan la trascendencia sociosanitaria del Congreso

Todos unidos frente a las enfermedades cardiovasculares

Más de un millar de personas asistieron al solemne acto de inauguración del Congreso Nacional de las Enfermedades Cardiovasculares 2008. Relevantes autoridades políticas y sanitarias, junto a los principales responsables de la Sociedad Española de Cardiología, dieron la bienvenida a los congresistas.

El consejero de Gobierno Vasco, el Dr. Gabriel María Inclán Iribar, estuvo acompañado por el alcalde de Bilbao, Iñaki Azkuna y el

alcalde de Barakaldo, Antonio J. Rodríguez. Junto a ellos, se contó con los doctores M^a Jesús Salvador, presidenta de la SEC, Francisco Javier Chorro, presidente del Comité Científico del Congreso, y Esteban López de Sá, secretario de la SEC.

El Congreso, como se recordó durante la inauguración, permite poner el acento en la trascendencia socio-sanitaria de las enfermedades cardiovasculares en España, que siguen manteniéndose como la

principal causa de muerte, tanto en hombres como en mujeres. Por ello, desde la SEC se subraya la necesidad de mejorar la prevención, diagnóstico y tratamiento, aunando los esfuerzos de políticos y profesionales sanitarios. En este mismo sentido se manifestó el consejero de Sanidad del Gobierno Vasco, el Dr. Inclán Iribar, para quien resulta imprescindible concienciar más a la población sobre los beneficios que se derivan de una vida saludable. ●



La Dra. Salvador, presidenta de la SEC, junto al Dr. Gabriel María Inclán, consejero vasco de Sanidad

Premios, becas y concierto

Durante la inauguración también se procedió a la entrega de Premios, Becas y Ayudas de la SEC 2008. El broche de oro lo puso finalmente el cantante Kepa Junquera, que deleitó a los asistentes con un extraordinario concierto. El músico y compositor bilbaíno, que ejemplifica a la perfección el carácter viajero y aventurero de los vascos, es un maestro de la trikitixa (acordeón diatónico) y ha editado hasta la fecha más de una decena de álbumes.

SUMARIO

IMAGEN CORPORATIVA

La nueva imagen unifica las identidades de la SEC. Pág. 2

ENTREVISTA

Dra. M^a Jesús Salvador. Presidenta de la Sociedad Española de Cardiología Pág. 3

COLABORACIÓN

Firma del acuerdo entre la SEC y el ACC Pág. 4



OPINIÓN

Dr. Eduardo de Teresa. Presidente de la Fundación Española del Corazón Pág. 4

INTERNET Inicia su andadura la nueva web www.secardiologia.es

Modernidad, reputación y excelencia caracterizan el nuevo portal de la sociedad

La comunicación a través de la Red se ha revelado en los últimos años como un instrumento inmejorable para llegar a un público cada vez más numeroso. Sabedores de este potencial, "el objetivo del nuevo portal de la Sociedad Española de Cardiología (SEC) y de la Fundación Española del Corazón (FEC) es dotarnos de una herramienta atractiva, moderna, fresca y capaz de reflejar la excelencia del colectivo al que representamos", afirma Franck Scipion, responsable de Web & Multimedia de la Casa del Corazón.

El lanzamiento de la nueva web www.secardiologia.es se enmarca en el contexto de revisión de la imagen corporativa de SEC y FEC, cuyo propósito final persigue la integración de ambas instituciones en una sola, de cara a su presentación a la población.

Cardiólogos, medios de comunicación y población general son los tres públicos a los que se dirige el nuevo portal, con diferentes áreas temáticas en función de las necesidades específicas de cada uno. Para ello, "se han revisado los contenidos de las más de

500 páginas que conforman la nueva web. Este trabajo ha sido realizado por un grupo de profesionales del medio, coordinado en todo momento por los cardiólogos de la SEC", señala el responsable de contenidos de Web & Multimedia de la Casa del Corazón, Fernando Fernández.

Novedad: Cardio TV

En esta nueva andadura se ponen en marcha tres novedades que reflejan la creciente actividad generada por el colectivo de cardiólogos, "de manera que pasamos de ser una mera web administrativa a ofrecer

Cardio TV, el primer canal de televisión de una Sociedad Científica

un servicio de primer nivel que permite al internauta interactuar con otros usuarios", apunta Scipion.

En primer lugar, se enviará una newsletter de periodicidad quincenal donde los socios de la SEC po-

drán mantenerse al día de las noticias generadas por la Sociedad, al tiempo que se les informará de la última actualización de contenidos científicos, formativos y de investigación que se hayan introducido en la web.

El segundo punto a destacar es el blog 'Cardiología hoy', una novedosa herramienta que pretende estimular a los cardiólogos y a todos los profesionales de la salud a iniciar el debate sobre diferentes temas de interés. El blog de la SEC está absolutamente abierto a las propuestas de post que remitan los socios y que serán publicados tras la revisión del Comité Científico de la web, dirigido por el Dr. Esteban López de Sá.

Por último, el nuevo portal de la SEC alojará Cardio TV (www.cardio-tv.es), el primer canal de televisión en español creado por una sociedad científica. Cardio TV nace con la aspiración de convertirse en la referencia científica para todos los cardiólogos de habla hispana, un soporte audiovisual donde podrán seguir la actualidad de la cardiología española y mundial gracias a entrevistas, reportajes y monografías. ●

AGENDA

10:15/
11:45h

Mesa Redonda
'Retos actuales en la
prevención de las ECV'

Moderadores: Dr. J. Martín
y Dra. C. de Pablo
Auditorio I. Nivel 4

12:00/
13:30h

Focus
'La fibrilación
auricular en la práctica
clínica de 2008'

Moderador: Dr. J. Pérez-
Villacastín
Auditorio II. Nivel 4

13:45/
14:45h

Encuentro Expertos
'Enfoque práctico
del paciente con
miocardiopatías'

Moderador: Dr. M. Penas
Sala Luxua 1. Nivel 3

15:00/
16:30h

Comunicación Oral
'Novedades en
tratamiento y
diagnóstico de la
enfermedad coronaria'

Moderadores: Dr. J.
Escaned y Dr. M. Larman
Sala Luxua 2. Nivel 3

Dra. M^a Jesús Salvador ● Presidenta de la SEC

“Unificar la imagen de SEC y FEC nos hará más visibles ante la población”

María Jesús Salvador ejerce como responsable del Departamento de Cardiología de Bonanova Institut Mèdic de Barcelona, es doctora en Medicina y Cirugía por la Universidad de Barcelona, Fellow de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y del American College of Cardiology (ACC) y miembro de la American Heart Association (AHA).

NOTICIAS.- ¿Considera que se han cumplido las principales líneas trazadas por la Sociedad Española de Cardiología (SEC) para este primer año de mandato?

Dra. María Jesús Salvador.- A lo largo de este primer periodo hemos tenido dos objetivos primordiales: por un lado, unificar en una sola imagen a la Sociedad y a la Fundación Española del Corazón (FEC), algo que nos aportará una fuerza mayor para que los mensajes que queremos transmitir calen en la población. El segundo objetivo ha sido la actualización y renovación de nuestra página web, de manera que la población tenga un acceso fácil y atractivo a los consejos de salud que desde la Sociedad deseamos transmitir y, por otra parte, que nuestros socios puedan encontrar en ella la información necesaria para estar siempre al día en todo lo que atañe a nuestra especialidad. Estos primeros pasos nos van a servir de base para continuar avanzando en la construcción de los dos grandes pilares que comportan la mejora de la salud cardiovascular de los españo-

les, la educación de la población y la formación continuada de quienes son directamente responsables de ella.

N.- ¿Qué nuevos retos y acciones se plantean para la recta final del mandato?

D.M.J.S.- Partiendo de la idea inicial de educación poblacional y formación continuada estamos trabajando en proyectos que nos ayuden a implementarlas. Por un lado, a nivel europeo acompañamos a la Sociedad Europea de Cardiología a nuestro Ministerio de Sanidad y conjuntamente hemos presentado la propuesta de Salud Cardiovascular recogida en la Carta Europea con la pretensión que el Ministerio la

haga suya y la presente como normativa durante la Presidencia Española en la Unión Europea, en el primer semestre del 2010. De conseguirse, España volvería a ser el país que marcaría el cambio en el impacto de las enfermedades cardiovasculares en Europa. Por otra parte, desde la Fundación se está trabajando activamente en un proyecto educativo que se inicie en los niños a la vez que desde la Agencia de Investigación se lleva a cabo un registro piloto que engloba cómo se están tratando los factores de riesgo, que nos ayudará a conocer el cumplimiento de las guías de actuación.

N.- ¿Y con el Ministerio de Sanidad, qué actividades se están desarrollando?

D.M.J.S.- A parte de las ya mencionadas y teniendo en cuenta que hace un año el Dr. Bernat Soria, Ministro de Sanidad, en la inauguración de nuestro Congreso en Madrid ratificó la aceptación de la Carta de Salud Cardiovascular Europea, hemos presentado un

La SEC participa en la armonización de las titulaciones de los cardiólogos en Europa

La Sociedad ha de ser un referente claro y autorizado en materia cardiovascular para la población

proyecto al Ministerio que involucra a todo el sector sanitario desde los cardiólogos, neurólogos, endocrinos, angiólogos y resto de especialidades relacionadas con la enfermedad arteriosclerosa, además de enfermería y farmacéuticos.

N.- ¿Observa con optimismo el futuro de la profesión tanto a nivel nacional como en el entorno europeo?

D.M.J.S.- El actual sistema MIR nos ha permitido tener excelentes cardiólogos. Por este motivo el Comité de Educación de la Sociedad Europea de Cardiología ha solicitado nuestra ayuda y consejo para buscar un sistema que nos permita armonizar las titulaciones de los cardiólogos europeos, algo necesario dada la libertad de movimiento de profesionales entre los países de la UE. La SEC también está presente en la Comisión encargada de validar el título a cardiólogos que desean trabajar en España y nos encontramos en la Comisión que aborda en la actualidad la troncalidad de dos años por la que apuesta el Ministerio y que nos homogeneiza con Europa. Hay otros datos realmente preocupantes de los que nos hemos enterado por la prensa sobre la creación de cardiólogos por un sistema no MIR, a criterio de las Comunidades Autónomas al que, en principio, nos oponemos.

N.- Los cardiólogos más jóvenes, ¿cuentan con posibilidades laborales atractivas?

D.M.J.S.- En la actualidad hay una gran demanda de cardiólogos. El problema más importante es la distribución de las plazas y cómo se han de cubrir las lagunas para que cualquier español tenga las mismas posibilidades de estar atendido al mismo nivel de competencia. Desde la Sociedad podemos contribuir a buscar la solución a este problema.

N.- ¿Se siente satisfecha de la labor desarrollada durante este primer año como presidenta de la Sociedad?

D.M.J.S.- Hemos cumplido los objetivos que nos habíamos marcado para este primer año, por lo que sí me siento satisfecha. Ahora nos queda avanzar en el siguiente paso, de manera que el año próximo la Sociedad sea un referente claro y autorizado en materia cardiovascular para la población general. ●

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
Cardiología

**Cocktail
de presentación**

Este viernes 10 de octubre,
a las 13.45 horas,
en la Sala Cardio TV
(junto a la sala de ponentes)

Te esperamos.

www.secardiologia.es

de la
nueva
> **web y**
cardioTV



TALLER

Mucho que ver y más que aprender

Este año es posible revisar en un único taller todas las técnicas de imagen que participan en el diagnóstico de las cardiopatías. Se celebra esta mañana y está coordinado por el Dr. Juan Carlos Paré, presidente de la Sección de Imagen Cardíaca de la SEC. Ponentes de reconocido prestigio explicarán cómo ha cambiado el enfoque diagnóstico de algunas cardiopatías y cómo se ha mejorado el conocimiento gracias a las nuevas técnicas de imagen. Respecto a las innovaciones incorporadas en el ámbito de la ecocardiografía, se destacará especialmente el beneficio que ofrece la imagen tridimensional que, como destaca el Dr. Paré, "aumenta su calidad de forma espectacular al realizarse a través del acceso transesofágico, que hasta ahora sólo era posible con imagen bidimensional". También está en continuo cambio la participación de la ecocardiografía en la guía de procedimientos terapéuticos que se realizan en el laboratorio de Hemodinámica. En cuanto al TAC y la resonancia magnética, se pone de manifiesto su creciente utilización diagnóstica. En concreto, apunta el Dr. Paré, "la cardio-RM tiene aplicación en casi todas las cardiopatías, aunque se aplica esencialmente en el estudio de la cardiopatía isquémica". En el ámbito hospitalario se eligen otras menos comunes, como la gammagrafía cardíaca con derivados tecnecios, SPECT o la PET. ●



La presidenta Mª Jesús Salvador y el vicepresidente del ACC, Ralph Brindis, firman el acuerdo

ACUERDO El objetivo común es la lucha contra las ECV

La SEC y el ACC sellan una alianza con perspectivas de futuro

La colaboración entre la Sociedad Española de Cardiología (SEC) y el American College of Cardiology (ACC) ya es un hecho, desde que ayer se firmara el acuerdo de colaboración entre ambas Sociedades Científicas por un periodo de dos años renovable.

La presidenta de la SEC, la Dra. Mª Jesús Salvador y el vicepresidente del ACC, el Dr. Ralph Brindis, sellaron este acuerdo mediante el cual desarrollarán actividades científicas,

docentes, de divulgación y educación para la salud cardiovascular de la población. Asimismo, a través de la alianza está previsto realizar actividades de investigación y estudios que resulten de interés científico.

El acuerdo que se ha firmado incluye el intercambio de cardiólogos de la SEC y fellows de la ACC entre España y Estados Unidos, de tal forma que compartan conocimientos y amplíen la visión global de la Cardiología mundial. ●

MESA REDONDA

Novedades en soporte vital cardiológico

A pesar de la gran diversidad y profusión de recursos de formación continuada en enfermedades cardiovasculares, la mayoría están dirigidos hacia la prevención primaria y secundaria. Sin embargo, la oferta de recursos de puesta al día sobre novedades en el soporte vital en el ámbito cardiológico es muy limitada. Para tratar de superar este déficit mañana se celebra una mesa redonda, siendo ésta la primera vez que se realiza una sesión de este tipo en el Congreso de la SEC.

El objetivo de la reunión, como adelanta el Dr. Esteban López de Sá, co-moderador, "es actualizar los dispositivos de soporte vital que se han desarrollado recientemente". Y es que en la última década se han introducido diferentes dispositivos que facilitan el tratamiento de los pacientes críticos cardiológico. En cuanto a la asistencia circulatoria, ha habido un enorme desarrollo de nuevos equipos, que son cada vez más sencillos. Durante años, la asistencia circulatoria ha estado restringida a centros con trasplante cardíaco y a algunos centros con cirugía cardíaca. Pero, como aconseja el co-moderador, "la disponibilidad de asistencia circulatoria debe de generalizarse; además, ante la escasez de donantes, es necesario que en España se comience a contemplar la posibilidad de la asistencia circulatoria como destino final en pacientes con insuficiencia cardíaca terminal que no son candidatos a trasplante".

Por su parte, la depuración extrarrenal ha sido clásicamente un campo restringido a nefrólogos y unidades de críticos; sin embargo, como argumenta el Dr. López de Sá, "ante la complejidad del manejo de los pacientes cardiológicos críticos a los que atendemos, hemos tenido que ir incorporando paulatinamente estas terapias e, incluso, se han diseñado específicamente algunos equipos sencillos para Cardiología". Ya en el manejo de la vía aérea difícil, han surgido numerosos equipos dirigidos a paliar en lo posible este problema, cada vez más frecuente y que suele aparecer en situaciones de enorme riesgo vital. El Dr. Hortal Iglesias, anestesista del equipo de Cirugía Cardíaca del Hospital Universitario Gregorio Marañón, revisará las ventajas e inconvenientes de los diferentes sistemas y en distintas situaciones clínicas. Por su parte, la hipotermia resuscriptiva es una técnica introducida hace tan sólo unos cinco años, siendo aún escasa su utilización (se emplea en menos del 50% de los casos), por desconocimiento de las técnicas existentes. Los pacientes en los que se consigue recuperar el ritmo después de una parada cardíaca, generalmente acaban falleciendo, pero no por la cardiopatía sino por el daño cerebral que se produce debido a la falta de riego cerebral transitoria producida. ●

OPINIÓN La sociedad española en general no es suficientemente madura en esta materia

¿Nos tomamos en serio la prevención?

La enfermedad cardiovascular es la primera causa de muerte en España, y su detección y tratamiento constituye uno de los más serios retos de una sociedad moderna, incluyendo aspectos no despreciables como el impacto económico. Por otra parte, pese a los avances terapéuticos, rara vez conseguimos revertir por completo las consecuencias de la enfermedad una vez establecida. Por ello la prevención cobra una importancia clave, máxime cuando conocemos gran parte de los factores de riesgo que favorecen la aparición de este tipo de enfermedades, y tenemos datos que demuestran que la modificación de estos factores previene o retrasa la afección cardiovascular. Pero, ¿nos tomamos en serio en España la prevención de las enfermedades cardiovasculares? Veamos:

Los médicos, y en general los trabajadores sanitarios, somos conscientes de la importancia de la prevención, pero no nos la tomamos con la seriedad que requeriría, empezando por su aplicación en nosotros mismos. Una encuesta entre estudiantes de Medicina en España revela que el 27% son fumadores y, lo que es peor, un tercio de ellos se inició en el hábito después de comenzar sus estudios; con todo, este porcentaje es inferior al de los médicos fumadores, que en



El Dr. de Teresa, presidente de la FEC

No nos tomamos con la seriedad necesaria la prevención cardiovascular

nuestro país supera el 30%. Si analizáramos otros hábitos de riesgo, como el sobrepeso o el sedentarismo, no saldríamos mejor parados. Por otra parte, los médicos estamos más centrados en la atención de los pacientes cuando la enfermedad se ha manifestado y la medicina que practicamos, cada vez más técnica, deja poco tiempo para dedicarnos ni siquiera a la prevención secundaria.

La población está informada (aunque con frecuencia de forma confusa); pero le falta motivación. Puede que no sea ajena la percepción —errónea— de que la enfermedad cardiovascular o te mata de repente o la curan los médicos; lo que comparado, por ejemplo, con el cáncer la hace menos temible.

¿Y los poderes públicos? La Administración ha dado pasos en la dirección correcta, como la legislación antitabaco, si bien es verdad que ésta se dirige más a proteger a los no fumadores que a disminuir el consumo de tabaco. Pero existe margen para actuaciones más enérgicas, tanto en el campo normativo como en el de implementación y sanción de las normas ya existentes.

En definitiva el reto formidable al que nos enfrentamos todos no ha sido aún completamente asumido y nos queda mucho por hacer. Nuestra sociedad, por tanto, no es aún lo suficientemente madura en este campo, que requiere la acción conjunta de sanitarios, autoridades sanitarias y educativas y población en sentido amplio. Por ello los esfuerzos que a ello dediquemos la FEC y la SEC serán siempre particularmente bien empleados. ●

Dr. Eduardo de Teresa
Presidente de la Fundación Española del Corazón

NOTICIA

Claves de la comunicación en enfermería

El curso "Habilidades de comunicación con el paciente y su entorno", dirigido a personal de enfermería, ha sido una sesión extremadamente participativa. Moderada por Óscar del Río Moro (Complejo Hospitalario de Toledo) y dirigida por Esmeralda Morán Muñoz (Centro de Psicología Humanística de Córdoba). Los objetivos de la encuentro: aumentar la competencia relacional de los participantes, comprender la importancia de las habilidades de la comunicación en el cuidado de Enfermería e identificar la comunicación como herramienta en la entrevista de Enfermería. Los asistentes han protagonizado una ejemplificación de situaciones en las cuales la comunicación resulta difícil, todas ellas presentes en el ejercicio cotidiano de la profesión: comunicación con obstáculos físicos, a distancia, con interferencias... Según aclaraba Esmeralda Muñoz, es crucial recordar que sólo el 7 por ciento de la comunicación con el paciente es verbal, de forma que en la modulación de la voz y la actitud física está la clave para una relación eficaz con los pacientes. Dado que la calidad de esta comunicación es crucial en la adhesión terapéutica y la recuperación de los enfermos (entre otros aspectos), es necesario -planteaba- hacer un esfuerzo especial para perfeccionarla al máximo. A este respecto, por ejemplo, recuperaba datos de diversos ensayos que llegan a tasar el incumplimiento terapéutico entre el 30 y el 50 por ciento "por efecto de la falta de una información correcta sobre el tratamiento".

"El personal de enfermería es quien pasa 24 horas con el paciente y, en ese sentido, cabe decir que está -hasta cierto punto- en nuestras manos", explicaba. Por otra parte, destacaba que "en el área de Enfermería la herramienta principal son las habilidades sociales". Aunque no resta importancia a la 'tarea médico-delegada', insiste en que su responsabilidad principal es el establecimiento de una relación adecuada con los pacientes, que los encauce hacia la recuperación. Precisamente por ese motivo, planteaba la dicotomía de que el recurso más precioso para la correcta atención, que es el tiempo invertido en comunicarse, escasea cada vez más. "Ignoro cuál será la situación precisa en otros lugares, pero en el Servicio Andaluz de Salud se está prescindiendo de personal y dificultando así que se atienda debidamente a los pacientes. No obstante, resulta gratificante ver que, de una forma u otra, los profesionales se afanan por encontrar un modo de establecer canales de comunicación con ellos, incluso cuando el tiempo apremia". ●

MESA REDONDA Los stent farmacoactivos y las prótesis percutáneas, protagonistas

Intervencionismo en cardiopatías: superando controversias

Los aspectos actuales del intervencionismo en el tratamiento de las cardiopatías serán abordados hoy en el marco de una sesión conjunta de la SEC y la Sociedad Argentina de Cardiología. En la mesa redonda se revisan las controversias que plantean el intervencionismo coronario y las complicaciones y beneficios que se asocian con el tratamiento percutáneo, endovascular o transcáteter de las enfermedades valvulares.

Para el Dr. Carlos Macaya (Madrid), "la reunión consta de los ingredientes necesarios para atraer la atención de los congresistas, puesto que se discutirá sobre aspectos candentes y de actualidad relacionados con el intervencionismo".

Respecto al intervencionismo coronario (el que se realiza más frecuentemente), el Dr. Antonio Pocoví (Buenos Aires, Argentina) hablará sobre los riesgos y los beneficios de los stent recubiertos de fármacos, que aportan destacados beneficios en algunos pacientes pero que pueden inducir a largo plazo la aparición de trombosis, entre otras complicaciones.

En este mismo ámbito, el Dr. Eduardo F. Mele (Buenos Aires, Argentina) explicará cuál es el mejor tratamiento intervencionista en síndromes coronarios, analizando las ventajas e inconvenientes de una intervención más o menos precoz en estos casos.

Por su parte, el Dr. Igor Palacios (Boston, EE.UU) indicará las posibilidades que se abren con el tratamiento percutáneo de la valvu-



Dado el interés de los temas a abordar en esta sesión, se espera una importante participación

Stent recubiertos de fármacos

Recientemente se han referido algunas complicaciones con el uso de stent recubiertos de fármacos, lo que ha limitado su indicación; así, de ser utilizados en el 90% de los enfermos, se ha pasado a unas tasas del 60-70%. La incidencia de complicaciones es escasa, pero su repercusión en el pronóstico es importante.

lopatía mitral. Y es que, tal y como subraya el Dr. Macaya, "este es un abordaje muy novedoso, que está en plena fase de investigación (fundamentalmente preclínica)".

Finalmente, el Dr. Josep Rodés (Québec, Canadá) revisará su experiencia personal en el implante de las prótesis aórticas biológicas por medio de catéter para el tratamiento de la estenosis aórtica degenerativa en el anciano. Su punto de vista particular permitirá entrever las implicaciones futuras de este recurso. ●

MESA REDONDA Avances en el manejo de pacientes

Recomendaciones prácticas para hacer frente a la cardiopatía isquémica

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en España y, entre ellas, la cardiopatía isquémica es la más frecuente. Por ese motivo, se celebra una mesa redonda en la que se aportarán una serie de recomendaciones para mejorar la prevención y manejo de esta enfermedad. Como destaca la presidenta de la SEC y coordinadora de esta sesión, la Dra. M^a Jesús Salvador, "hay muchos profesionales que deben de estar informados del manejo de estos pacientes, puesto que no siempre se hace lo óptimo".

Los problemas relacionados con el diagnóstico y tratamiento de la cardiopatía isquémica constituyen más del 50% de las consultas y hospitalizaciones en Cardiología. De ahí la importancia de seguir una serie de pautas esenciales. Según la Dra. Salvador, "en el momento agudo lo más importante es ser tratado rápidamente, con el fin de que el impacto sea mínimo; por su parte, la prevención de factores de riesgo cardiovasculares antes de tener un evento de estas características o tras sufrirlo, junto con una correcta rehabilitación, son también básicos".

En esta mesa se incidirá en las posibilidades que puede ofrecer la resonancia magnética cardiovascular en estos pacientes. A pesar de que su aplicación aún es limitada, se asocia con importantes ventajas, ya que facilita el estudio de la viabilidad miocárdica.

Por su parte, el Dr. Dietrich Baumgart centrará su intervención en el tratamiento de la estenosis intra-stent. Actualmente, es controvertido determinar cuál es el mejor tratamiento de la estenosis intra-stent, y existen diferentes aproximaciones. Esta complicación era muy frecuente con los stent convencionales (entre un 30 y 40% de los casos), pero en estos momentos, con la generalización del empleo de stent farmacoactivos, aparece en menos del 7% de los casos.

Finalmente, se ofrecerán consejos prácticos sobre la ablación de las taquicardias ventriculares en pacientes coronarios con indicación de desfibrilador. Este es un tema controvertido en los pacientes coronarios con indicación de desfibrilador, aunque existe la creencia de que puede ser útil para evitar el número de descargas (aunque no evita la implantación del desfibrilador). ●

MESA REDONDA

La prevención, una asignatura pendiente

A pesar de los avances registrados en los últimos años en la prevención de las enfermedades cardiovasculares y de los esfuerzos realizados por las sociedades científicas para concretar recomendaciones prácticas, todavía quedan retos pendientes en este ámbito. Esta mañana se revisarán los principales progresos alcanzados en este ámbito, pero también se reflexionará sobre los déficit. Como resalta la co-moderadora de esta sesión, la Dra. Carmen de Pablo, "es preciso insistir en la difusión de mensajes muy concretos y específicos en la población general, de manera que se conciencie sobre la trascendencia de la prevención y los beneficios de los hábitos de vida saludables". Durante esta mesa se sintetizarán las recientes recomendaciones reflejadas en las guías europeas; también se hablará sobre la determinación del riesgo cardiovascular en nuestro entorno; y, finalmente, se especificarán los cambios que se han producido los últimos años en España en las estrategias de prevención cardiovascular. ●

TALLER

Mejorar tiempos en Angioplastia Primaria

Medidas administrativas, recomendaciones, guías clínicas e iniciativas para poner en práctica en el hospital son algunas de las opciones que se han adoptado en EEUU para mejorar los tiempos en la Angioplastia Primaria. ¿Podrían trasladarse este tipo de estrategias a España? Según la reflexión del Dr. Alfredo Bardají, no. Repasa las principales iniciativas que se han puesto en marcha en el sistema estadounidense en un intento por mejorar la atención sanitaria de los pacientes con IA. El primero de ellos, 'Mission Lifeline', es un proyecto de la American Heart Association (AHA). Se trata de "un conjunto de medidas administrativas, registros y de soporte a hospitales y regiones con atención coordinada para el tratamiento del infarto". También ha valorado la implantación del programa, 'Get with the guidelines', "un conjunto de iniciativas de los hospitales para mejorar el proceso de atención del infarto de miocardio, con una perspectiva muy importante de trabajo en grupo". 'Door to Balloon', por último, es una medida del ACC (American College of Cardiology), que consiste en "un conjunto de seis recomendaciones pragmáticas, basadas en la evidencia científica, que han demostrado reducir de forma muy significativa los tiempos puerta-balón en los hospitales que las están aplicando". "Muchas de estas iniciativas no pueden ser aplicadas en España, porque nos falta información de cómo se están haciendo las cosas y porque nos falta experiencia en la metodología de la mejora continuada". ●

Dr. Roberto Ferrari • Presidente de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC)

“La ESC tendrá que afrontar el aumento de la insuficiencia cardíaca crónica”

En su discurso de investidura hablaba de 'comunicación, cooperación, coordinación y continuidad' como las claves de su presidencia. ¿Cómo se articulan estos principios en su relación con la Sociedad Española de Cardiología (SEC)?

Dr. Roberto Ferrari.- La Sociedad Europea de Cardiología (ESC) representa a 55 sociedades nacionales, y la SEC es una muy importante. Nuestro deber es establecer una comunicación adecuada para mantener la continuidad de ideas y programas y para cooperar de manera coordinada con todas las sociedades nacionales, particularmente con la española, que está implicada en muchas actividades de la ESC, como la elaboración de guías clínicas, el proyecto de acreditación y reválida y diferentes sondeos.

NOTICIAS.- ¿Qué lugar deberían ocupar gobiernos, instituciones educativas y otros para apoyar a las sociedades científicas en su esfuerzo por combatir las enfermedades cardiovasculares? Según usted lo percibe, ¿tiene la voz de los especialistas peso para abordar problemas 'indirectos', como el urbanismo o el etiquetado de alimentos?

D.R.F.- La ESC es una sociedad profesional y sus interlocutores principales son los médicos, con diferentes canales, los cuerpos que constituyen la propia organización. Este árbol produce diferentes frutos. Uno de ellos es el Comité Europeo de Relaciones, que tiene la misión específica de representar a la ESC en el Parlamento Europeo y, mediante sus actividades, en los gobiernos nacionales a los cuales su influencia puede y debe llegar.



Dr. Roberto Ferrari

La sociedades del este tienen un enorme potencial en la Cardiología

Otro fruto es el proyecto de acreditación y reválida, que tiene como interlocutor natural a las facultades de Medicina de toda Europa. Los consejos, otro fruto del mismo árbol, tienen la función de aglutinar a las sociedades e instituciones hermanas que pueden ser relevantes para la ESC. Es a través de este trabajo coordinado como intentamos interactuar con los actores relevantes. Como sociedad profesional, principalmente tratamos con la salud cardiovascular pero, por supuesto, la prevención está estrechamente relacionada con

asuntos más generales, como la alimentación y el urbanismo y, de hecho, operamos desde la agenda de salud para abordar el etiquetado de alimentos.

NOTICIAS.- ¿Cuál es la relación actual con las sociedades de Europa del Este? ¿Cuál es su papel potencial? ¿Cómo puede la ESC dar cabida a especialistas cuyos marcos de trabajo son tan drásticamente diferentes?

D.R.F.- Las sociedades del este de Europa tienen una función con un enorme potencial en la Cardiología Europea. Nuestra obligación es animarles y apoyarles para que no cometan los mismos errores en los que han caído las sociedades occidentales y, con suerte, de aquí a un tiempo, podrán de hecho alcanzar el máximo nivel de profesionalidad.

NOTICIAS.- Si tuviera que elegir un hito (en investigación, terapéutica, cambio social o incluso dentro de la propia sociedad profesional) que ha marcado el mundo de la salud cardiovascular, ¿cuál sería?

D.R.F.- Creo que el punto de inflexión que la ESC tendrá que afrontar es la extraordinaria eficacia de la Cardiología para reducir la tasa de mortalidad por infarto de miocardio. Como consecuencia, la esperanza de vida se ha prolongado y habrá un mayor número de pacientes que sufrirán insuficiencia cardíaca crónica. El envejecimiento de la población va a suponer un acusado incremento en la morbilidad cardíaca. Para afrontar este problema necesitamos investigación y terapias diseñadas específicamente para los mayores, cambios sociales y, desde luego, también cambios en las sociedades médicas. ●

Estudio Beautiful (morBidity-mortality EvAlUaTion of the If inhibitor ivabradine in patients with coronary disease and left-ventricular dysfunction)

La frecuencia cardíaca elevada se asocia a un aumento de la morbilidad y mortalidad en la población general, pacientes hipertensos, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad coronaria, ancianos y otros grupos. La disminución de la misma ha sido eficaz para reducir la mortalidad en los pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva y tras un infarto agudo de miocardio, fundamentalmente mediante la utilización de betabloqueantes, no obstante, la administración de los mismos muestra en ocasiones limitaciones.

El estudio BEAUTIFUL valoró a 10917 pacientes coronarios estables bajo terapia médica habitual (antiplaquetarios y antitrombóticos 94% de los casos, betabloqueantes 87%, IECAs y/o ARA II 90% y estatinas 74%), en ritmo sinusal con frecuencia cardíaca en reposo igual o superior a 60 latidos por minuto y fracción de eyección inferior al 40%.

Se trata de un estudio internacional desarrollado en 33 países de cuatro continentes (781 centros- 25 de ellos



Dr. Luis Escosa

españoles), randomizado, doble ciego, controlado por placebo. Ambos grupos de características similares (edad media en torno a 65 años, 83% varones, frecuencia cardíaca media de 71 latidos por minuto, fracción de eyección alrededor del 32%, clase funcional II 61%-III 24%-I 15%). Del conjunto de los casos 5479 pacientes recibieron aparte de su terapia médica habitual 5 mg/

2 veces al día de ivabradina pudiendo incrementarse hasta 7.5 mg/ 2 veces al día, otros 5438 pacientes tomaron placebo y su terapia habitual. La duración media del estudio fue de 19 meses con un máximo de 35 meses.

Se demuestra que en el subgrupo de pacientes con frecuencia cardíaca superior a setenta por minuto, pese a no existir diferencias en el objetivo primario para ambos grupos (muerte cardiovascular, hospitalización por IAM y hospitalización por insuficiencia cardíaca), se produjo un descenso con ivabradina en la incidencia de eventos coronarios del 22%, de la necesidad de hospitalización por IAM fatal o no fatal en un 36% y de la necesidad de revascularización coronaria del 30%. Todo ello, con una reducción de la frecuencia cardíaca media de 8 latidos por minuto a los 12 meses y de 7 l.p.m a los 24 meses y con buena tolerancia en general para el fármaco.

Ivabradina, en conclusión, reduce el riesgo de eventos coronarios, hospitalización por IAM y necesidad de revascularización coronaria en pa-

cientes coronarios, en ritmo sinusal y con disfunción ventricular izquierda, fundamentalmente, en aquellos con frecuencia cardíaca basal superior a 70 latidos por minuto, pudiendo emplearse incluso asociado a la terapéuti-

Ivabradina, en conclusión, reduce el riesgo de eventos coronarios'

ca habitual de la cardiopatía isquémica incluidos los betabloqueantes.

Por último, la inhibición de la corriente If con Ivabradina respeta la velocidad de conducción a través del nodo auriculoventricular sin deprimir la contractilidad del miocardio, mantiene la vasodilatación coronaria y no afecta la tensión arterial, problemas frecuentes con otros fármacos utilizados en el tratamiento de la cardiopatía isquémica. ●

Dr. Luis Escosa Royo
Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

OPINIÓN La libre circulación de personas constituye la esencia de la Unión Europea

El Cardiólogo General Europeo, figura necesaria en el contexto actual

El libre comercio entre estados y la libre circulación de personas constituye la esencia de la Unión Europea (UE). Pero en cuanto a las profesiones médicas, la UE se enfrenta a una enorme dificultad ya que la formación de especialistas no resulta uniforme. Entre las diferentes especialidades médicas, un grupo de ellas existe en todos los países miembros con una formación armonizada. Otro grupo, entre las que se encuentra la especialidad de Cardiología, posee una armonización parcial. Y es, en este grupo en el que solo existe un reconocimiento automático en cada estado miembro si se cumplen ciertos requisitos. Por último, existe otro grupo en el que no existe una formación armonizada, en el que se encontraría la especialidad de Cirugía Cardiovascular y la de Medicina Intensiva.

Actualmente, los cardiólogos no pueden moverse libremente a través de las fronteras de Europa. En este sentido, la movilidad se ha permitido de una forma más o menos arbitraria dependiendo de las necesidades de cada país miembro. Por su parte, la Comisión Europea ha solicitado a la UEMS (Unión Europea de Médicos Especialistas) que establezca unas recomendaciones para la formación dentro de la UE. De esta manera, se creó dentro de ella la Sección de Cardiología –denominada European Board for the Speciality of Cardiology (EBSC)–. El EBSC inició su andadura en 1992 y el actual presidente Peter Mills, ha coordinado diversas iniciativas a lo largo del 2008 encaminadas a acelerar el proyecto de armonización.

Asimismo, el 19 de septiembre del presente año se ha publicado la actualización del marco de los conocimientos requeridos por un cardiólogo general a nivel europeo (disponible en su web). Sin embargo, la iniciativa más ambiciosa, ha sido la intención de establecer una plataforma electrónica cuya misión sería permitir a las autoridades reguladoras de los países miembros de la UE, evaluar con mayor facilidad si se reúnen o no las suficientes competencias en Cardiología para lograr la acreditación como un cardiólogo general europeo. España a través de la Sociedad Española de



El Dr. López de Sá es el actual secretario general de la SEC

Iniciativas de armonización

Actualmente los cardiólogos no pueden moverse libremente a través de las fronteras de Europa. Los cardiólogos españoles tienen ciertas dificultades para trabajar en algunos países europeos y se ha discutido que posiblemente exista cierta facilidad para la importación de especialistas de otros

países europeos. El European Board for the Speciality of Cardiology, creado a instancia de la Unión Europea ha elaborado diversas iniciativas encaminadas a facilitar el proyecto de armonización. Este año se ha actualizado el core curriculum en Cardiología, como guía de la especialidad y se

está elaborando una plataforma electrónica encaminada a evaluar las competencias en cardiología para lograr la acreditación como cardiólogo europeo con libre circulación. España a través de la SEC ha sido elegida junto con otros seis países para iniciar un programa piloto antes de su generalización.

Cardiología (SEC) ha sido elegida junto con otros seis países para iniciar en algunos centros un programa piloto para desarrollar esta plataforma electrónica antes de su generalización.

Dado que actualmente existe la intención de reordenar la formación médica especializada, sería especial-

mente deseable que se tuviesen en cuenta las recomendaciones de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y este tipo de iniciativas, impulsadas por la UE. ●

Dr. Esteban López de Sá y Areses
Secretario General de la Sociedad Española de Cardiología (SEC)

AGENCIA EDITORIAL

Programa Avanzado en Enfermedades Cardiovasculares

La formación es una necesidad ineludible, una herramienta fundamental y una obligación ética para los profesionales que ejercen con rigor los cometidos relacionados con el cuidado de los pacientes. La aparición creciente de información sobre enfermedades cardiovasculares exige una labor permanente de selección y actualización a lo largo de la vida profesional. Además, se imparte de forma personal, para acomodarse a las necesidades de tiempo, lugar y ritmo de aprendizaje. La Sociedad Española de Cardiología (SEC), consciente de esa necesidad y de su obligación con los profesionales que atienden a los pacientes con enfermedades cardiovasculares, ha puesto en marcha el Programa Avanzado en Enfermedades Cardiovasculares (www.avancescardio.com). Su objetivo principal es proporcionar un cuerpo de doctrina riguroso, documentado y organizado sobre el manejo actual de la patología cardiovascular. El programa –no presencial y de dos años de duración– pretende aportar a los profesionales conocimientos básicos sobre las enfermedades cardiovasculares, sus causas y mecanismos de producción y su importancia en términos cuantitativos y cualitativos. Igualmente proporciona los conocimientos clínicos precisos para el diagnóstico nosológico de las enfermedades cardiovasculares y habilidades prácticas sobre los diferentes métodos no farmacológicos e instrumentales disponibles para el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares. El curso está especialmente dirigido a cardiólogos en formación o en ejercicio y lo dirigen los doctores José Ramón González Juanatey, catedrático de Cardiología de la Universidad de Santiago de Compostela y Eduardo Alegría, profesor agregado de Cardiología de la Universidad de Navarra y director de la Agencia Editorial de la SEC. ●

OFERTA CULTURAL

El gigante de titanio evidencia la revitalización de Bilbao

Hace casi 11 años la ciudad de Bilbao se vistió de titanio para acoger la obra del arquitecto Frank O. Gehry: el Museo Guggenheim, considerado uno de los lugares más emblemáticos de la ciudad. Representa un gran hito artístico debido a su audaz configuración y a su diseño innovador. Su transparencia le convierte en una estructura espectacular y enormemente visible, pudiéndose admirar a través de su paredes los alrededores del museo, el puente

de La Salve, la ría, los edificios del centro de Bilbao y las laderas del monte Artxanda. Su inauguración es un signo evidente del esfuerzo de revitalización de la ciudad de Bilbao para contribuir al conocimiento y disfrute del arte y está considerado como un símbolo de la vitalidad del País Vasco y un importante centro de interés artístico internacional que atrae la atención de visitantes de todo el mundo. Además de la exposición permanente, durante el mes



El Guggenheim, visita obligada en la ciudad de Bilbao

de octubre se puede visitar la exposición Kunsthistorisches Museum de Viena, que a través de un recorrido por el siglo XVI, destacan obras del movimiento barroco que muestran el sentido de la gloria y el amor al arte. Además del Guggenheim, se pueden visitar otras instalaciones como "El Museo de Bellas Artes", "El Museo Marítimo Ría de Bilbao" y "El museo Vasco". **Museo Guggenheim.** Martes a domingo. 10:00 a 20:00.

▲ CORLENTOR

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO. CORLENTOR 5 mg y 7,5 mg comprimidos recubiertos con película. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.** CORLENTOR 5 mg Un comprimido recubierto con película contiene 5 mg de ivabradina (equivalentes a 5,390 mg de ivabradina en forma de clorhidrato). CORLENTOR 7,5 mg Un comprimido recubierto con película contiene 7,5 mg de ivabradina (equivalentes a 8,085 mg de ivabradina en forma de clorhidrato). Lista completa de excipientes, ver sección 6.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA.** Comprimido recubierto con película. CORLENTOR 5 mg comprimido recubierto con película, de color salmón, ovalado, ranurado por ambos lados, grabado con "5" en una cara y el logo de Servier en la otra. El comprimido se puede dividir en mitades iguales. CORLENTOR 7,5 mg comprimido recubierto con película, de color salmón, triangular, grabado con "7,5" en una cara y el logo de Servier en la otra. **4. DATOS CLÍNICOS** **4.1. Indicaciones terapéuticas.** Tratamiento sintomático de la angina de pecho estable crónica en pacientes con ritmo sinusal normal, que presentan una contraindicación o intolerancia a los beta-bloqueantes. **4.2. Posología y forma de administración.** Para las diferentes dosis existen en el mercado comprimidos recubiertos con película que contienen 5 mg y 7,5 mg de ivabradina. Habitualmente, la dosis inicial recomendada de ivabradina es de 5 mg dos veces al día. Después de tres a cuatro semanas de tratamiento, la dosis se puede incrementar a 7,5 mg dos veces al día en función de la respuesta terapéutica. Si, durante el tratamiento, la frecuencia cardíaca disminuye de forma persistente por debajo de 50 latidos por minuto (lpm) en reposo o el paciente presenta síntomas relacionados con la bradicardia, tales como mareos, fatiga o hipotensión, la dosis se reducirá progresivamente hasta incluso 2,5 mg dos veces al día (medio comprimido de 5 mg dos veces al día). El tratamiento se suspenderá si la frecuencia cardíaca es menor que 50 lpm o persisten los síntomas de bradicardia (ver sección 4.1). Los comprimidos deben administrarse por vía oral, dos veces al día, es decir, por la mañana y por la noche, con el desayuno y la cena, respectivamente. **Anzianos:** Dado que ivabradina se ha estudiado en un número limitado de pacientes de 75 años o más, se considerará una dosis inicial más baja en este tipo de pacientes (2,5 mg dos veces al día, es decir, medio comprimido de 5 mg dos veces al día), antes de aumentar la dosis si fuera necesario. **Insuficiencia renal:** Los pacientes con insuficiencia renal y un aclaramiento de creatinina mayor de 15 ml/min no precisarán ningún ajuste posológico. No existen datos en pacientes con un aclaramiento de creatinina menor de 15 ml/min. Por tanto, la ivabradina debe utilizarse con precaución en esta población. **Insuficiencia hepática:** No se requiere un ajuste de dosis en pacientes con insuficiencia hepática leve. Se recomienda usar ivabradina con precaución en pacientes con insuficiencia hepática moderada. Ivabradina está contraindicada en pacientes con insuficiencia hepática grave, puesto que no ha sido estudiada en esta población, y se prevé un gran incremento en la exposición sistémica (ver sección 4.3). **Niños y adolescentes:** CORLENTOR no está recomendado para uso en niños ni adolescentes debido a la ausencia de datos sobre seguridad y eficacia. **4.3. Contraindicaciones.** Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes (ver sección 6.1) Frecuencia cardíaca en reposo inferior a 60 latidos por minuto antes de iniciar el tratamiento. Shock cardiogénico. Infarto agudo de miocardio. Hipotensión grave (< 90/50 mmHg). Insuficiencia hepática grave. Enfermedad del nodo sinusal. Bloqueo sinocárdico. Pacientes con insuficiencia cardíaca de clase III-IV según la NYHA debido a falta de datos. Dependencia de marcapasos. Angina inestable. Bloqueo A-V de 3er grado. Combinación con inhibidores potentes del citocromo P450 3A4 tales como antifúngicos azólicos (ketocanazol, itraconazol), antibióticos macrolidos (claritromicina, eritromicina) por vía oral, (salmicilona, telitromicina), inhibidores de la proteasa del VIH (nelfinavir, ritonavir y zalcitabina) (ver sección 4.5). Embarazo y lactancia (ver sección 4.6). **4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo.** **Advertencias especiales:** **Arritmias cardíacas:** La ivabradina no es eficaz en el tratamiento o la prevención de arritmias cardíacas y probablemente pierda su eficacia cuando aparece una taquiarritmia (ej. taquicardia ventricular o supraventricular). Por tanto, la ivabradina no se recomienda en pacientes con fibrilación auricular u otras arritmias cardíacas que interfieren con la función del nodo sinusal. Se recomienda un control clínico regular de los pacientes tratados con ivabradina para detectar la aparición de fibrilación auricular (sostenida o paroxística), que debería también incluir monitorización electrocardiográfica si está indicado clínicamente (ej. en caso de angina exacerbada, palpitaciones, pulso irregular). **Uso en pacientes con bloqueo A-V de 2º grado:** Ivabradina no está recomendada en pacientes con bloqueo A-V de 2º grado. **Uso en pacientes con una frecuencia cardíaca baja:** No se debe iniciar el tratamiento con ivabradina en pacientes con una frecuencia cardíaca en reposo grave al tratamiento inferior a 60 latidos por minuto (ver sección 4.3). Si, durante el tratamiento, la frecuencia cardíaca en reposo disminuye de forma persistente por debajo de 50 latidos por minuto o el paciente presenta síntomas relacionados con la bradicardia, tales como mareos, fatiga o hipotensión, se reducirá progresivamente la dosis o se suspenderá el tratamiento si la frecuencia cardíaca sigue manteniéndose por debajo de 50 lpm o persisten los síntomas de bradicardia (ver sección 4.1). **Combinación con otros tratamientos antianginosos:** No se recomienda el uso concomitante de ivabradina con antagonistas del calcio reductores de la frecuencia cardíaca tales como verapamilo o diltiazem (ver sección 4.5). No se han observado problemas de seguridad al combinar la ivabradina con los nitratos y con los antagonistas del calcio derivados de la dihidropiridina tales como amlodipino. No se ha establecido una eficacia adicional de ivabradina en asociación con los antagonistas del calcio derivados de la dihidropiridina (ver sección 5.1). **Insuficiencia cardíaca crónica:** Antes de considerar el tratamiento con ivabradina hay que controlar adecuadamente la insuficiencia cardíaca. El uso de ivabradina está contraindicado en pacientes con insuficiencia cardíaca de clase III-IV según la NYHA debido a una falta de datos sobre la eficacia clínica y la seguridad (ver sección 4.3). Es necesario tener precaución en pacientes con disfunción ventricular izquierda asintomática, así como en pacientes con insuficiencia cardíaca de clase II según la NYHA debido al número limitado de pacientes estudiados (ver sección 4.3). No se recomienda el uso de ivabradina inmediatamente después de un ICUS, puesto que no se dispone de datos en estas situaciones. **Función visual:** Ivabradina influye sobre la función retiniana (ver sección 5.1). Hasta la fecha, no existe evidencia de un efecto tóxico de la ivabradina sobre la retina, pero los efectos a largo plazo sobre la función retiniana del tratamiento con ivabradina durante más de un año no se conocen actualmente. Se considerará la suspensión del tratamiento si aparece un deterioro inesperado de la función visual. Se tendrá precaución en pacientes con retinitis pigmentosa. **Precauciones de uso:** Pacientes con hipotensión: Se dispone de datos limitados en pacientes con hipotensión leve o moderada, y por tanto la ivabradina debe usarse con precaución en estos pacientes. Ivabradina está contraindicada en pacientes con hipotensión grave (presión arterial < 90/50 mmHg) (ver sección 4.3). **Fibrilación auricular - Arritmias cardíacas:** No existe evidencia de riesgo de bradicardia excesiva al restablecerse el ritmo sinusal cuando se inicia una cardioversión farmacológica en pacientes tratados con ivabradina. Sin embargo, al no disponer de datos suficientes, la cardioversión con corriente continua de carácter no urgente deberá considerarse 24 horas después de la última dosis de ivabradina. **Uso en pacientes con síndrome congénito de alargamiento del intervalo QT o tratados con medicamentos que prolongan el intervalo QT:** Debe evitarse el uso de ivabradina en pacientes con síndrome congénito de alargamiento del intervalo QT o tratados con medicamentos que prolongan dicho intervalo (ver sección 4.5). Si fuera necesaria la asociación terapéutica, se requerirá una cuidadosa monitorización cardíaca. **Uso en pacientes con insuficiencia hepática moderada:** Se recomienda usar ivabradina con precaución en pacientes con insuficiencia hepática moderada (ver sección 4.2). **Uso en pacientes con insuficiencia renal grave:** Se recomienda usar ivabradina con precaución en pacientes con insuficiencia renal grave (aclaramiento de creatinina < 15 ml/min) (ver sección 4.2). **Excipientes:** Como los comprimidos contienen lactosa, los pacientes con problemas metabólicos raros de intolerancia a la lactosa, deficiencia de Lactasa láctica o malabsorción de glucosaminoglicanos no deben tomar este medicamento. **4.5 Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción.** Interacciones farmacodinámicas. **Uso concomitante no recomendado:** Medicamentos que prolongan el intervalo QT. Medicamentos cardiovasculares que prolongan el intervalo QT (ej. quinidina, disopiridamida, bepridilo, sotalol, tolicamida, amiodarona). Medicamentos no cardiovasculares que prolongan el intervalo QT (ej. propranolol, zolpidem, sertralina, meloxicam, halofantrina, paritruin, cisaprida, eritromicina IV). Debe evitarse el uso concomitante de ivabradina con medicamentos cardiovasculares y no cardiovasculares que prolongan el intervalo QT, puesto que el alargamiento del intervalo QT podría exacerbarse con el descenso de la frecuencia cardíaca. Si fuera necesaria la asociación, se requerirá una cuidadosa monitorización cardíaca (ver sección 4.4). **Interacciones farmacocinéticas:** Citocromo P450 3A4 (CYP3A4) Ivabradina se metaboliza únicamente por el CYP3A4 y es un inhibidor muy débil de este citocromo. Se ha demostrado que ivabradina no influye en el metabolismo ni en las concentraciones plasmáticas de otros sustratos del CYP3A4 (inhibidores leves, moderados y potentes). Los inhibidores e inductores del CYP3A4 pueden interferir con la ivabradina e influir en su metabolismo y farmacocinética en un grado clínicamente significativo. En los estudios de interacción con otros medicamentos se ha comprobado que los inhibidores del CYP3A4 aumentan las concentraciones plasmáticas de ivabradina mientras que los inductores las disminuyen. Las concentraciones plasmáticas elevadas de ivabradina pueden estar asociadas con el riesgo de bradicardia excesiva (ver sección 4.4). **Contraindicación del uso concomitante:** El uso concomitante de inhibidores potentes del CYP3A4 tales como antifúngicos azólicos (ketocanazol, itraconazol), antibióticos macrolidos (claritromicina, eritromicina) por vía oral, (salmicilona, telitromicina), inhibidores de la proteasa del VIH (nelfinavir, ritonavir y zalcitabina) está contraindicado (ver sección 4.3). Si los inhibidores potentes del CYP3A4, ketoconazol (200 mg una vez al día) y itraconazol (100 mg dos veces al día) aumentaron la exposición plasmática media de ivabradina de 7 a 8 veces. **Uso concomitante no recomendado:** Inhibidores moderados del CYP3A4: estudios específicos de interacción en voluntarios sanos y pacientes han demostrado que la asociación de ivabradina con los fármacos reductores de la frecuencia cardíaca diltiazem o verapamilo produjo un aumento de la exposición a la ivabradina (incremento de la AUC de 2 a 3 veces) y un descenso adicional de la frecuencia cardíaca de 5 lpm. No se recomienda el uso concomitante de ivabradina con estos medicamentos (ver sección 4.4). **Uso concomitante con precauciones:** Inhibidores moderados del CYP3A4: el uso concomitante de ivabradina con otros inhibidores moderados del CYP3A4 (ej. fluconazol) puede plantearse a la dosis inicial de 2,5 mg dos veces al día, siempre que la frecuencia cardíaca en reposo sea superior a 60 lpm y con monitorización de la frecuencia cardíaca. Zumo de pomelo: la exposición a la ivabradina se duplica tras la coadministración de zumo de pomelo. Por tanto, se restringirá la ingesta de zumo de pomelo durante el tratamiento con ivabradina. **Inductores del CYP3A4:** los inductores del CYP3A4 (ej. rifampicina, barbitúricos, fenitoina, hypericum perforatum (hierba de San Juan)) pueden reducir la exposición y la actividad de la ivabradina. El uso concomitante de medicamentos inductores del CYP3A4 puede requerir un ajuste de la dosis de ivabradina. Se observó que la asociación de ivabradina a la dosis de 10 mg dos veces al día con la hierba de San Juan reducía a la mitad el AUC de ivabradina. Deberá restringirse la ingesta de hierba de San Juan durante el tratamiento con ivabradina. **Otros usos concomitantes:** En estudios específicos de interacción con otros medicamentos no se ha hallado ningún efecto clínicamente significativo de los siguientes medicamentos sobre la farmacocinética ni sobre la farmacodinamia de la ivabradina: inhibidores de la bomba de protones (omeprazol, lansoprazol), sildenafile, inhibidores de la HMG CoA reductasa (simvastatina), antagonistas del calcio derivados de la dihidropiridina (amlodipino, nifedipina), digoxina y warfarina. Además, no hubo ningún efecto clínicamente significativo de la ivabradina sobre la farmacocinética de simvastatina, amlodipino, leclodipino, ni sobre la farmacocinética y farmacodinamia de digoxina, warfarina, ni sobre la farmacodinamia del ácido acetilsalicílico. En los ensayos clínicos principales de fase III no se restringió ninguno de los siguientes medicamentos y por tanto se combinaron de forma rutinaria con la ivabradina sin evidencia de problemas de seguridad: inhibidores de la angiotensina convertidora de la angiotensina, antagonistas de la angiotensina II, diuréticos, nitratos de acción corta y prolongada, inhibidores de la HMG CoA reductasa, fibratos, inhibidores de la bomba de protones, antiácidos orales, ácido acetilsalicílico y otros antiagregantes plaquetarios. **4.6. Embarazo y lactancia.** No existen datos suficientes sobre la utilización de la ivabradina en mujeres embarazadas. En los estudios de reproducción animal se han observado efectos embrionarios y teratogénicos. Se desconoce el riesgo en humanos. Por tanto, ivabradina está contraindicada durante el embarazo. Los estudios en animales muestran que la ivabradina se excreta en la leche materna. Así pues, ivabradina está contraindicada en mujeres en periodo de lactancia. **4.7. Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas.** Se ha realizado un estudio específico en voluntarios sanos para evaluar la posible influencia de ivabradina sobre la capacidad para conducir, en el que no se evidenció ninguna alteración de la capacidad para conducir. Ivabradina no influye sobre la capacidad para conducir y usar maquinaria. Sin embargo, la ivabradina puede producir fenómenos luminosos pasajeros, que consisten fundamentalmente en los fenómenos (ver sección 4.8). La posible aparición de dichos fenómenos luminosos se tendrá en cuenta a la hora de conducir vehículos o utilizar maquinaria en situaciones donde pueden producirse cambios repentinos en la intensidad de la luz, especialmente cuando se conduce de noche. **4.8. Reacciones adversas.** CORLENTOR se ha estudiado en ensayos clínicos en los que han participado cerca de 5.000 participantes. En los estudios de fase III aproximadamente 2.900 pacientes fueron tratados con ivabradina. Las reacciones adversas más frecuentes con la ivabradina son dosis dependiente y están relacionadas con el efecto farmacológico del medicamento. Las siguientes reacciones o acontecimientos adversos han sido notificados durante los ensayos clínicos y están clasificados utilizando la siguiente frecuencia: muy frecuentes (>1/10, <1/100); frecuentes (>1/100, <1/10); poco frecuentes (>1/1000, <1/100); raras (>1/10000, <1/1000); muy raras (<1/10000); no conocidas (no pueden estimarse a partir de los datos disponibles). **Exploraciones complementarias:** **Poco frecuentes:** Hipernatremia, Eosinofilia, Creatinina elevada sin sangre. **Trastornos cardíacos:** **Frecuentes:** Bradicardia; 3,3% de los pacientes, principalmente durante los 2-3 primeros meses de tratamiento. 0,5% de los pacientes experimentó una bradicardia intensa igual o inferior a 40 lpm. Bloqueo A-V de 1er grado. Extrasístoles ventriculares. **Poco frecuentes:** Palpitaciones, extrasístoles supraventriculares. Los siguientes acontecimientos notificados durante los ensayos clínicos tuvieron una incidencia similar a los comparadores y/o estaban posiblemente relacionados con la enfermedad subyacente: arritmia sinusal, angina inestable, angina de pecho aguda, fibrilación auricular, isquemia miocárdica, infarto de miocardio y taquicardia ventricular. **Trastornos oculares:** **Muy frecuentes:** Fenómenos luminosos (los fenómenos notificados por el 14,5% de los pacientes, descritos como un aumento pasajero de la luminosidad en un área limitada del campo visual. Normalmente se desencadenan por variaciones bruscas de la intensidad luminosa. Los fenómenos aparecen, generalmente, durante los dos primeros meses de tratamiento y después pueden repetirse. Los fenómenos fueron notificados generalmente como de intensidad leve a moderada. Todos los fenómenos remitieron durante o después del tratamiento, de los cuales una mayoría (77,5%) remitió durante el tratamiento. Menos del 1% de los pacientes modificó su rutina diaria o suspendió el tratamiento debido a los fenómenos. **Frecuentes:** Visión borrosa. **Trastornos gastrointestinales:** **Poco frecuentes:** Náuseas, Estreñimiento, Diarrea. **Trastornos respiratorios y alteraciones de la voz:** **Poco frecuentes:** Disnea, Calambres musculares. **4.9. Sobredosis.** La sobredosis puede provocar una bradicardia intensa y prolongada (ver sección 4.8). La bradicardia intensa requiere un tratamiento sintomático en un entorno hospitalario. En caso de bradicardia con escasa tolerancia farmacodinámica, se planteará el tratamiento sintomático, incluyendo agentes beta-estimulantes por vía intravenosa, tales como la dopamina. Si fuera necesario, se procederá a la estimulación eléctrica cardíaca temporal. **5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS.** **5.1. Propiedades farmacodinámicas.** Grupo farmacoterapéutico: Otros preparados para el corazón, código ATC: C01EB17. Ivabradina es un fármaco que reduce de manera selectiva y específica de la corriente I del marcapasos cardíaco que controla la despolarización diastólica espontánea en el nodo sinusal y regula la frecuencia cardíaca. El descenso de la frecuencia cardíaca, a las dosis usuales recomendadas, es de aproximadamente 10 lpm en reposo y durante el ejercicio. Esto conlleva una reducción del trabajo cardíaco y del consumo miocárdico de oxígeno. Ivabradina no altera la conducción intracardíaca, la contractilidad (carece de efecto inotrópico negativo) ni la repolarización ventricular; en los estudios de electrofisiología clínica, la ivabradina no modificó los tiempos de conducción auriculoventricular, intraventricular, ni los intervalos QT corregidos. La ivabradina no causó ningún efecto nocivo sobre la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) en pacientes con distensión ventricular izquierda (FEVI del 30% al 45%). La eficacia antianginosa y antiisquémica de la ivabradina se mantuvo en los pacientes diabéticos (n = 457) con un perfil de seguridad similar al de la población general. **6. DATOS FARMACÉUTICOS.** **6.1. Lista de excipientes.** Nucleótido monofosforado, Estearato de magnesio (E 470 B), Ácido fólico (E 120), Óxido de hierro negro (E 172), Óxido de hierro rojo (E 172), Óxido de hierro amarillo (E 172), Óxido de titanio (E 171), Macrogol 6000, Glicerol (E 422), Estearato de magnesio (E 470 B), Óxido de hierro amarillo (E 172). **6.2. Datos de estabilidad.** **6.3. Compatibilidad.** No se recomienda el uso concomitante de ivabradina con otros comprimidos recubiertos con película. Puede que solamente estén comercializados algunos lotes de envases. **6.4. Precauciones especiales de conservación.** No requiere condiciones especiales de conservación. **6.5. Naturaleza y contenido del envase.** Blistar de aluminio/PVC, envasado en cajas de cartón. Presentaciones: Envases estándar de 14, 28, 56, 84, 96, 112 o 128 comprimidos recubiertos con película. **6.6. Precauciones especiales de eliminación.** Ninguna especial. **7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** Les Laboratoires Servier, 22 rue Garpey, 92200 Neuilly sur Seine, Francia. **8. RÉGIMEN DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN POR EL SNS.** Con receta médica. Financiado por la Seguridad Social. Aportación normal. **9. PRESENTACIÓN Y P.V.P. IVA.** CORLENTOR 5 mg Caja con 56 comprimidos, 70,40 €. CORLENTOR 7,5 mg caja con 56 comprimidos, 72,12 €. **10. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN FARMACÉUTICA.** ROVI, S.A. Antes de prescribir, consulte la ficha técnica completa.

PORQUE LA FRECUENCIA CARDÍACA SÍ QUE IMPORTA



▲ CORLENTOR

IVABRADINA

- **Selectivo y específico**
 - Inhibe los canales f del nodo sinusal, reduciendo la FC sin afectar otros parámetros cardíacos (1, 2)
- **Eficacia demostrada**
 - En una amplia población de pacientes (3, 4, 5, 6)
 - Mejora la capacidad total del ejercicio y los síntomas de la angina de pecho estable crónica (3, 4, 5, 6)
 - Tan eficaz como Atenolol y Amlodipino en pacientes con angina estable crónica (3, 4)
- **Buen perfil de seguridad**
 - Por su acción altamente específica presenta una buena seguridad general (1, 2, 5) y cardíaca (1, 2)

Posología



Indicaciones terapéuticas. Tratamiento sintomático de la angina de pecho estable crónica en pacientes con ritmo sinusal normal, que presentan una contraindicación o intolerancia a los beta-bloqueantes.

