

INAUGURACIÓN La ciudad acoge desde hoy y hasta el sábado la cita clave con el corazón

Bilbao: cita de referencia ineludible con la cardiología española

Actualizar las últimas novedades en prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares centrarán la atención de los más de 4.000 profesionales que se dan cita desde hoy y hasta el sábado en el Congreso de las Enfermedades Cardiovasculares 2008 de la Sociedad Española de Cardiología (SEC). Un encuentro en el que se abordarán los temas más relevantes de la atención cardiovascular desde la excelencia científica y el rigor profesional. A través de un programa científico elaborado conjuntamente con las Secciones Científicas y los Grupos de Trabajo de la SEC, de manera que “todos los temas se consensúan entre las secciones y el comité científico y esto garantiza que los contenidos más relevantes de cada área estén presentes en el programa”, señala el presidente del Comité Científico del Congreso, el Dr. Francisco Javier Chorro.

El número de comunicaciones presentadas en esta edición representa un número ligeramente inferior al del año anterior—se han recibido 1.281 comunicaciones—de las cuales se han aceptado 827, lo que supone un 63,9% del total (un 7% más que en el año anterior).

La inauguración oficial del Congreso—que se celebra esta noche a las



Más de 4.000 profesionales se dan cita en el Congreso de las Enfermedades Cardiovasculares 2008

20.00— contará con la presencia del consejero de Sanidad del Gobierno Vasco, el Dr. Gabriel María Inclán Iribar; del alcalde de Bilbao, el Dr. Iñaki Azkuna y el alcalde de Barakaldo, D. Antonio J. Rodríguez. Asimismo, la Dra. M^a Jesús Salvador, presidenta de la SEC, el presidente del Comité Científico del Congreso, el Dr. Francisco Javier Chorro y el secretario general de la SEC, el Dr. Esteban López de Sá da-

rán la bienvenida a los asistentes y entregarán los Premios, Becas y Ayudas 2008 de la SEC. También intervendrán los doctores Ralph Brindis, vicepresidente del American College of Cardiology (ACC) y José Luis Zamorano, secretario general de la European Society of Cardiology (ESC). Tres días en los que se aglutinan 181 sesiones y 4.000 profesionales trabajando para mejorar la salud cardiovascular.●

‘CADA MUJER, UN CORAZÓN’ Hoy arranca la I Semana del Corazón de Bilbao

Tres de cada diez muertes que se producen en mujeres están relacionadas con la ECV

Tres de cada diez muertes que se producen en la población femenina están directamente relacionadas con la salud cardiovascular. Sin embargo, las propias mujeres no tienen conciencia de esta situación, lo que ha motivado que la I Semana del Corazón de Bilbao, que se celebra del 9 al 12 de octubre, organizada por la Fundación Española del Corazón (FEC), esté dedicada a ellas, bajo el lema “Cada mujer, un corazón”.

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son las responsables de un tercio de las muertes que se producen en el mundo; concretamente fallecen al año 17,5 millones de personas por este motivo. Cada dos segundos se produce una muerte por enfermedad cardiovascular en el mundo, cada cinco segundos un infarto de miocardio y cada seis segundos un ictus, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Las patologías cardíacas tienen distinta incidencia, evolución y pronóstico en la población en función del sexo, sin embargo la sociedad no ha asumido estas diferencias hasta



Imagen del cartel de la Semana del Corazón

hace pocos años, lo que ha perjudicado significativamente a la mujer y ha provocado que “las enfermedades cardiovasculares se conviertan en la primera causa de muerte entre las mujeres, por encima del cáncer, y causan diez veces más de muertes al año que, por ejemplo, el cáncer de mama”, afirma el Dr. Eduardo de Teresa, pre-

sidente de la Fundación Española del Corazón (FEC).

En este sentido, existen evidencias de que la atención a la mujer con enfermedad cardiovascular puede diferir a la realizada en los varones, y además la mujer es la última en acudir a la consulta.

Una parte importante de este problema reside en la ausencia de estudios que analicen la situación real de la enfermedad cardiovascular en la mujer española. Para solventar este déficit, la Sociedad Española de Cardiología (SEC) ha liderado un ambicioso proyecto para evaluar la situación real de la patología en la población femenina.

“Confirmado el impacto de las enfermedades cardiovasculares en las mujeres españolas y su diferente influencia en comparación con los hombres, se recomienda la adopción de una serie de medidas básicas tanto para paliar este problema como para aumentar la concienciación de las mujeres, y de la sociedad en general, respecto a la gravedad de este tipo de trastornos”, señala el Dr. Lorenzo López-Bescós, Editor de la revista “Corazón y Salud”.●

SUMARIO

MESA REDONDA

Redes y centros de investigación cardiovascular en España. Pág. 2

ENTREVISTA

Dr. Francisco Javier Chorro
Presidente del Comité Científico del Congreso Pág. 3

MESA REDONDA

Tratamiento del SCA en las Comunidades Autónomas Pág. 5



OPINIÓN

Dra. M^a Jesús Salvador
Presidenta de la Sociedad Española de Cardiología Pág. 7

AGENDA

10:15/ 11:45h	Mesa Redonda ‘Aspectos actuales del intervencionismo en el tratamiento de las cardiopatías’ Moderadores: Dr. C. Macaya y Dr. E. F. Mele Sesión Conjunta de la SEC y la Sociedad Argentina. Auditorio II (Nivel 4)
14:15/ 15:15h	Encuentro Expertos ‘Muerte súbita en el deportista’ Moderador: Dra. Boraita Auditorio II (Nivel 4)
17:15/ 18:15h	Símpoio ‘¿Qué combinaciones de fármacos seleccionar en la HTA 2008?’ Moderador: Dr. V. Bertomeu Sala Luxua 1. Nivel 3
20:00h	Acto de Apertura. Entrega de Premios y Becas de la SEC
21:00h	Actuación de Kepa Junquera Sala Luxua

STAFF

COMITÉ EJECUTIVO

PRESIDENTE

Dra. Dña. María Jesús Salvador
PRESIDENTA

Dr. D. Carlos Macaya Miguel
PRESIDENTE ELECTO

Dr. D. Luis A. Alonso-Pulpón Rivera
PRESIDENTE ANTERIOR

Dr. D. Eduardo de Teresa Galván
PRESIDENTE FEC

Dr. D. Fco. Javier Chorro Gascó
VICEPRESIDENTE

Dr. D. Esteban López de Sá y Areses
SECRETARIO GENERAL

Dr. D. Julián Pérez-Villacastín
VICESECRETARIO

Dr. D. Manuel P. Anguita Sánchez
VICEPRESIDENTE ELECTO

Dr. D. Gonzalo Barón y Esquivias
TESORERO

Dr. D. Fernando Alfonso Manterola
EDITOR-JEFE REC

Dr. D. Luis Escosa Royo

VOCAL REPRESENTANTE SOCIEDADES FILIALES

Sr. D. Fernando Martín Burrieza
DIRECTOR EJECUTIVO

Sra. Dña. Paquita Burgos de la Torre
SECRETARIA EJECUTIVA

PRESIDENTES SECCIONES

CIENTÍFICAS

CARDIOLOGÍA CLÍNICA Y EXTRAHOSPITALARIA

Dra. Dña. Nekane Murga

CARDIOLOGÍA GERIÁTRICA

Dra. Dña. Camino Bañuelos de

CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA Y CARDIOPATÍAS
CONGÉNITAS

Dr. D. José Manuel Guía Torrent

CARDIOLOGÍA PREVENTIVA Y REHABILITACIÓN

Dra. Dña. M^a Carmen de Pablo y

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA Y U.C.

Dr. D. Alfredo Bardají Ruiz

ELECTROFISIOLOGÍA Y ARRITMIAS

Dr. D. Fernando Arribas

ESTIMULACIÓN CARDIACA

Dr. D. José Martínez Ferrer

HEMODINÁMICA Y CARDIOLOGÍA
INTERVENCIONISTA

Dra. Dña. Josepa Mauri Ferré

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Dr. D. Vicente Bertomeu Martínez

IMAGEN CARDIACA

Dr. D. Juan Carlos Paré Bardera

INSUFICIENCIA CARDIACA, TRASPLANTE Y OTRAS

ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS

Dr. D. Juan Fco. Delgado Jiménez

PRESIDENTES SOCIEDADES

FILIALES

SOCIEDAD ANDALUZA DE CARDIOLOGÍA

Dr. D. Luis F. Pastor Torres

SOCIEDAD ARAGONESA DE CARDIOLOGÍA

Dr. D. Luis Escosa Royo

SOCIEDAD ASTURIANA DE CARDIOLOGÍA

Dra. Dña. Concepción P. Suárez

SOCIEDAD BALEAR DE CARDIOLOGÍA

Dr. D. Vicente Peral Disdier

SOCIEDAD CANARIA DE CARDIOLOGÍA

Dr. D. Julio Hernández Afonso

SOCIEDAD CASTELLANA DE CARDIOLOGÍA

Dr. D. Antonio J. Criado Millán

SOCIEDAD CASTELLANO-LEONESA DE CARDIOLOGÍA

Dr. D. Germán Pérez Ojeda

SOCIEDAD CATALANA DE CARDIOLOGÍA

Dr. D. Xavier Bosch Genover

SOCIEDAD EXTREMEÑA DE CARDIOLOGÍA

Dr. D. Marcelino Jesús Montero

SOCIEDAD GALLEGA DE CARDIOLOGÍA

Dr. D. Manuel García García

SOCIEDAD MURCIANA DE CARDIOLOGÍA

Dr. D. Pedro M. García

SOCIEDAD VALENCIANA DE CARDIOLOGÍA

Dra. Dña. Catheline Lauwers

SOCIEDAD VASCO-NAVARRA DE CARDIOLOGÍA

Dr. D. Fernando Olaz Preciado

VOCAL ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA
EN CARDIOLOGÍA

Sra. Dña. Virginia Argibay Pytlík

VOCAL SOCIEDAD ESPAÑOLA CIRUGÍA TORÁCICA Y
CARDIOVASCULAR

Dr. D. Evaristo Castedo Mejuto

MIEMBROS PROTECTORES

DE LA SEC.

ABBOTT LABORATORIES, S.A.; ASTRAZENCA FARMACÉUTICA SPAIN, S.A.; BAYER HEALTHCARE; BOEHRINGER INGELHEIM ESPAÑA, S.A.; BOSTON SCIENTIFIC IBÉRICA, S.A.; BRISTOL-MYERS SQUIBB, S.A.; C.E.M. BIOTRONIK, S.A.; DAIICHI-SANKYO ESPAÑA, S.A.; ELSEVIER ESPAÑA, S.L.; ES POR TI CORAZÓN, S.L.; ESTEVE; FERRER IN CODE, S.L.; GENDIAG; GENERAL ELECTRIC HEALTHCARE ESPAÑA, S.A.; GLAXOSMITHKLINE, S.A.; GRUPO ACCIÓN MÉDICA; GRUPO FERRER INTERNACIONAL, S.A.; GRUPO SOLVAY PHARMA; GRUPO URIACH; LABORATORIOS ALMIRALL, S.A.; LABORATORIOS ROVI S.A.; LABORATORIOS SERVIER, S.L.; LACER, S.A.; MEDA PHARMA; MEDICAL TRENDS, S.L.; MEDTRONIC IBÉRICA, S.A.; MERCK FARMA Y QUÍMICA, S.L.; MERCK, SHARP & DOHME ESPAÑA, S.A.; NOVARTIS FARMACÉUTICA, S.A.; PFIZER, S.A.; PHILIPS IBÉRICA, S.A.; RECORDATI ESPAÑA, S.L.; SANOFI-AVENTIS, S.A.; SCHERING PLOUGH, S.A.; SIEMENS, S.A.; ST. JUDE MEDICAL ESPAÑA, S.A.

Noticias

Edición realizada por Berbéis Asociados
Imprime estudios gráficos Zure



El Dr. Ginés Sanz, director del Departamento de Investigación Traslacional del CNIC

Redes de investigación cardiovascular: por buen camino

MESA REDONDA Existe un déficit en la adecuación de los hospitales a la investigación, ya que carecen de medios

El concepto de redes de investigación nació para impulsar el ámbito biomédico en España por medio del trabajo en equipo y la comunicación fluida entre investigadores. Este objetivo se va cumpliendo con éxito, puesto que las redes han conseguido poner en contacto investigadores básicos e investigadores clínicos.

En una mesa redonda moderada por los doctores Ginés Sanz (Barcelona) y Francisco Chorro, se contará con la presencia de destacados expertos españoles que revisarán las experiencias acumuladas. Está previsto que el Dr. Valentín Fuster (Madrid) incida en el trabajo realizado en el CNIC, el Dr. Juan M. Cinca (Barcelona) hablará sobre el trabajo en red de REDINSCOR, el Dr. Jaume Marrugat, centrará su ponencia sobre la

iniciativa HERACLES y finalmente el Dr. Francisco Fernández Avilés abordará la red RECAVA.

Cada red tiene un número de proyectos muy importante sobre aspectos críticos de la investigación cardiovascular. En líneas generales, la insuficiencia cardiaca e hipertrofia, las arritmias relacionadas con la muerte súbita, la fibrilación auricular, el daño miocárdico y la regeneración del miocardio o las valvulopatías son algunas de las áreas más importantes en las que se está trabajando. Como resalta el Dr. Ginés Sanz, "lo que es evidente es que se han superado viejas limitaciones, como la dificultad de los investigadores clínicos en conocer las técnicas y los avances de la ciencia básica".

Aunque en los últimos años se han desarrollado otras formas de promoción de la investigación muy importantes (los CIBER, los centros nacionales y los institutos clínicos), el campo de mejora aún es amplio. Como advierte el Dr. Sanz, "un aspecto a mejorar es probablemente la falta de comunicación entre las distintas redes que trabajan en el campo cardiovascular. En algunos casos sus temas de investigación se solapan y grupos con objetivos similares están en redes distintas". En cuanto a la investigación clínica, asegura, "el principal problema sobre el que hay que trabajar es la adecuación de los hospitales a la investigación, ya que carecen de la estructura y los medios adecuados. Los investigadores clínicos están abrumados por la labor asistencial, los méritos científicos apenas cuentan en su promoción y los medios (espacio, informática, servicios de estadística) son muy escasos. Aquí sí hay una oportunidad importante de mejora".

Por otra parte, se espera que a medida que aumenten los recursos dedicados a investigación, tanto públicos como privados, mejorará la financiación de las redes. ●

ENCUENTRO

Muerte súbita en el deportista, un reto para los cardiólogos

La muerte súbita en el deportista despierta un creciente interés en el colectivo médico, más aún cuando ésta sucede en jóvenes deportistas bien entrenados y con un excelente rendimiento deportivo. Para los cardiólogos, el problema adquiere una relevancia especialmente significativa, de ahí el interés por dedicar un encuentro con expertos a este tema.

Como explica la Dra. Araceli Boraíta Pérez, que modera este encuentro, "existen dos razones clave que explican la relevancia de este problema para los cardiólogos: la patología cardiovascular es la causa más frecuente de muerte súbita en el deportista (74-94% de las muertes ocurridas durante la práctica deportiva se deben a causas cardiovasculares); y, por otro, la incidencia en las personas que practican deporte intenso es mayor que en las no deportistas (2,3 muertes por 100.000 frente al 0,7 por 100.000 cada año)".

DOCE MILLONES DE DEPORTISTAS

También cabe destacar que cada vez es mayor la población deportista; en España existen unos 6 millones de deportistas federados y más de 12 millones de personas que realizan ejercicio de manera habitual, por lo que se ha incrementado sensiblemente el número de consultas cardiológicas preparticipación deportiva. Por lo tanto, apunta la Dra. Boraíta, "es necesario conocer cuáles son las causas más frecuentes de muerte súbita en el deportista y de qué herramientas disponemos para prevenirla". Afortunadamente la muerte súbita durante la actividad deportiva es un hecho poco frecuente. Entre los mecanismos involucrados en la muerte súbita durante la práctica deportiva se encuentran los cambios hemodinámicos y electrofisiológicos que se producen con el ejercicio intenso en individuos susceptibles. La estimulación simpática que se produce con el ejercicio intenso favorece la aparición de arritmias y agrava la isquemia miocárdica. Igualmente, subraya la Dra. Boraíta, "no hay que olvidar que los cambios ambientales extremos pueden incrementar los cambios hidroelectrolíticos, metabólicos y en la coagulación que ocurren con el ejercicio, asociándose a casos de muerte súbita".

PILARES EN PREVENCIÓN

Los expertos señalan que la prevención se asienta en tres pilares: el reconocimiento cardiológico preparticipación deportiva, la instauración de mecanismos para la resucitación cardiopulmonar y la desfibrilación sin demora y la elaboración de registros nacionales en los que todas las muertes queden reflejadas. ●

Dr. Francisco Javier Chorro • Presidente del Comité Científico del Congreso de las Enfermedades Cardiovasculares 2008

“La novedad es motivar la investigación y el debate de hallazgos entre profesionales”

Consensuar el programa científico de forma que los temas centrales del Congreso garanticen el interés de todos, es una de las principales y más arduas tareas del presidente del Comité Científico, el Dr. Chorro.

NOTICIAS.- ¿Cuáles son las principales novedades que se presentan en el Congreso de las Enfermedades Cardiovasculares 2008?

Dr. Francisco Javier Chorro.- Nuestro deseo es mantener el nivel obtenido durante los años anteriores y aportar las modificaciones y avances que pueden incrementar el interés de los asistentes. En este sentido, las novedades pasan por incrementar el número de comunicaciones presentadas, con el objetivo de que quien se inicia en la investigación tenga la oportunidad de presentarla con un doble fin: motivar su faceta investigadora y discutir sus hallazgos con otros profesionales que puedan aportar diferentes puntos de vista.

Asimismo, se ha incluido la presentación en formato electrónico de póster (e-poster), se ha procurado no incrementar el número de sesiones simultáneas para facilitar la participación, se ha añadido un taller sobre metodología en la realización de los registros y se ha incluido una mesa redonda en la que intervendrán las sociedades filiales. Por otra parte, se mantiene la política de la Sociedad de realizar actividades con otras Sociedades, como la europea, la chilena o la argentina. Asimismo, se celebra nuevamente CliniCardio.

N.- El Congreso está abierto desde hace años a otras especialidades, ¿se han obtenido buenos resultados de la colaboración entre cardiólogos y otros especialistas?

D.F.J.C.- Los pacientes con enfermedades cardiovasculares poseen cada vez mayor comorbilidad y son de mayor edad, lo que hace que requieran una atención multidisciplinar. De esta manera, especialidades como nefrología, endocrinología, atención primaria, medicina interna y neurología están directamente relacionadas con los pacientes cardiopatas. Esto motiva que la SEC fomente esta colaboración y el trabajo en equipo.

N.- ¿De qué manera se han definido los temas que forman parte del programa del Congreso?

D.F.J.C.- El programa se realiza conjuntamente con las Secciones Científicas y los Grupos de Trabajo de la SEC, de manera que todos los temas se consensúan entre las secciones y el comité científico, lo que garantiza que los

Francisco Javier Chorro es profesor titular de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valencia y ejerce como cardiólogo del Hospital Clínico Universitario de Valencia.



Este año hemos incluido la presentación de poster en formato electrónico (e-poster)

temas de interés de cada área forman parte del programa. En este sentido, agradecemos la labor de las Secciones y sus representantes, que han contribuido con su trabajo al desarrollo del Congreso. Se han ampliado los talleres

que abarcan desde temas de actualidad que pueden interesar a médicos de atención primaria y de otras especialidades hasta temas más especializados sobre técnicas intervencionistas y diagnósticas.

N.- ¿Qué puntos definiría como los más atractivos y controvertidos del programa?

D.F.J.C.- Uno de los temas más atractivos es la sesión de CardioActualidad que resume la situación actual incluyendo los últimos avances en el panorama cardiovascular. También son muy atractivas las sesiones dedicadas a las técnicas diagnósticas y diversas

mesas redondas en las que se abordan temas como las redes y centros de investigación cardiovascular en nuestro país, el control de la disfunción miocárdica o el tratamiento de los pacientes con fibrilación auricular o síncope. En cuanto a los puntos controvertidos son interesantes las sesiones de “controversia” en las que dos especialistas reconocidos abordan un mismo tema desde puntos de vista distintos.

N.- ¿Cómo situaría a la SEC en el ámbito internacional?

D.F.J.C.- Nuestra Sociedad está cada vez más presente fuera de nuestras fronteras y colabora con mayor frecuencia con otras Sociedades. En el ámbito europeo nuestra Sociedad es perfectamente comparable con Sociedades como la francesa o la alemana.

Deseamos mantener el buen nivel científico del Congreso y de la SEC y continuar con la política de becas

En el plano internacional se han estrechado lazos con el American College of Cardiology (ACC) y con la American Heart Association (AHA). En este sentido, la Junta Directiva ha continuado interesándose por la presencia de la SEC en la Sociedad Europea de Cardiología (ESC), algo que se ha plasmado en la elección de distintos cargos en dicha Sociedad, así como en la participación cada vez más numerosa de cardiólogos españoles en los grupos de trabajo de la ESC.

N.- ¿Qué retos de futuro se plantea la SEC de cara a próximos años?

D.F.J.C.- El principal reto, en lo que concierne a mi actividad en la SEC, es contribuir a mantener el buen nivel científico del Congreso y de la SEC, continuar desarrollando la política de becas y fomentar las relaciones institucionales con las Secciones Científicas. Se han puesto en marcha iniciativas encaminadas a conocer mejor las características de nuestra producción científica y a compararla con la del entorno europeo, así como a facilitar el desarrollo de registros y de diversas líneas de investigación mediante los instrumentos que ya están disponibles en la SEC, como la Agencia de Investigación y que a lo largo de los próximos años irán ampliando sus posibilidades de actuación. ●



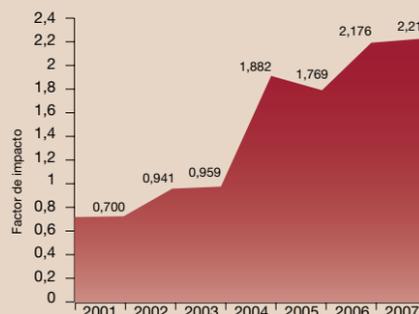
REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA

Revista internacional de enfermedades cardiovasculares

- Incluida en: Journal Citation Reports and Science Citation Index Expanded / Current Contents / Medline / Index Medicus / Embase / Excerpta Medica / Science Direct / Scopus
- Amplia difusión nacional e internacional. Distribución de 1.000 ejemplares en Latinoamérica.
- Publicación Fast Track de estudios originales de especial relevancia y actualidad.

Envío de manuscritos online:
<http://ees.elsevier.com/rec/>

• Factor de impacto
2007 = 2,21



Edición en Inglés
www.revespcardiol.org

- Versión íntegra en español e inglés.
- Se aceptan artículos en inglés.
- Acceso gratuito al texto completo de todos los artículos en español e inglés.
- Edición simultánea en formato html y pdf.

PREMIOS A LOS MEJORES ARTÍCULOS PUBLICADOS

RECONOCIMIENTO La SEC reconoce las aportaciones de una vida dedicada a la cardiología

El Dr. López Merino recibe la medalla de Oro de la SEC 2008



El Dr. López Merino, junto a sus colaboradores, y la Dra. Salvador durante la entrega

El profesor Vicente López Merino ha recibido de manos de la presidenta de la Sociedad Española de Cardiología (SEC), M^a Jesús Salvador, la Medalla de Oro como reconocimiento a su trayectoria profesional e investigadora, en un acto celebrado en el Hospital Clínico Universitario de Valencia.

El Dr. López Merino, primer catedrático de Cardiología en España, fue presidente de la SEC entre 1989 y 1991. Tal y como señala el perfil profesional y académico del Dr. López Merino, su

Ha dirigido 54 tesis doctorales y ha publicado 347 artículos científicos

actividad no sólo se centra en el ejercicio de su labor profesional y en la práctica de la medicina sino que acomete con éxito la reconstitución del Instituto Médico Valenciano, la reconversión de la Sociedad de Cardiología de Levante, la fundación de INSVACOR y la Fundación Valenciana de Cardiología.

Sus méritos investigadores son numerosos, entre los que destacan en el ámbito de la cardiología sus estudios sobre técnicas diagnósticas que abarcan desde la fonomecanocardiografía y la ecocardiografía-Doppler hasta los procedimientos invasivos, así como sus trabajos relacionados con la mecánica cardíaca, con la cardiopatía isquémica y con la electrofisiología cardíaca, siendo uno de los pioneros en el desarrollo de las técnicas de ablación con radiofrecuencia.

Su espíritu docente, su inquietud científica y su capacidad para ilusionar a quienes colaboran con él, le han llevado a dirigir 54 tesis doctorales y a publicar numerosos trabajos (347 artículos en revistas científicas nacionales e internacionales, 108 capítulos de libros, 15 libros y monografías). Su compromiso con las instituciones científicas y docentes de nuestro país le han llevado a participar en diversas comisiones y organismos relacionados tanto con la especialidad (Comisión Nacional de Cardiología) como con la Universidad (Facultad de Medicina y Universidad de Valencia) y con otras sociedades científicas, como la de Medicina Interna, la Sociedad Española de Alergia o la Sociedad Española de Patología del Aparato Respiratorio.

Con esta distinción la SEC reconoce al profesor López Merino su entrega y aportaciones de toda una vida dedicada a la Cardiología. ●

TALLER

Diagnóstico intracoronario: de la teoría a la práctica

Mejorar la formación práctica en la utilización de la ecografía intracoronaria y otras técnicas de diagnóstico intracoronario es el objetivo de un taller que coordinado por la Dra. Fina Mauri i Ferré. Las técnicas de diagnóstico intracoronario se utilizan en el seno del intervencionismo coronario siendo las más utilizadas la ecografía y la guía de presión intracoronarias. El conocimiento teórico que se tiene es muy bueno, pero la parte práctica es más difícil de conocer. En este sentido, el grupo de trabajo de Técnicas de Diagnóstico Intracoronario de la Sección de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista de la SEC ha realizado talleres en distintos hospitales que promueven el conocimiento de estas técnicas. Y es que, como señala la coordinadora, podría darse el caso de que se supiera muy bien la teoría, pero si no se conoce como manejar los catéteres o las guías, cómo calibrar el polígrafo o cómo reconocer los artefactos, estos conocimientos podrían no servir de nada. Asimismo se desea aumentar el número de laboratorios de hemodinámica que utilizan estas técnicas habitualmente (en España el uso medio es en el 6% de las angioplastias, aunque en algunos hospitales es superior al 30%). ●

ACUERDO Colaboración entre la Sociedad Española de Cardiología y el American College of Cardiology

La lucha contra las enfermedades cardiovasculares: reto primordial de la SEC y el ACC

Llograr una visión amplia de la cardiología mundial es una de las preocupaciones que han llevado al American College of Cardiology (ACC) a firmar un acuerdo de colaboración con la Sociedad Española de Cardiología (SEC). Por su parte, la SEC pretende con este acuerdo ofrecer, entre otras cosas, formación en centros de excelencia de Estados Unidos a los cardiólogos que deseen ampliar su formación.

“Por nuestra parte, afirma el Dr. Esteban López de Sá, secretario general de la SEC, vemos en el ACC una fuente de profesionales y conocimiento científico muy importante”.

Desde el ACC consideran que la SEC es un líder de opinión entre la comunidad de habla hispana y que España es un buen lugar para que sus cardiólogos amplíen su formación.

Recientemente se ha celebrado el IV Encuentro Oficial Conjunto ACC-SEC en Granada, en el que ambas entidades han coincidido en la necesidad de conseguir que la atención sanitaria a las mujeres con enfermedades cardiovasculares sea similar a la practicada en varones, lo que influirá en resultados también similares.

La diferencia entre hombres y mujeres en el perfil clínico y demográfico y en el uso de recursos



IV Encuentro Oficial Conjunto ACC-SEC, celebrado en Granada

terapéuticos explica parte de las diferencias en la mortalidad y morbilidad observadas en las mujeres. En España, la enfermedad cardiovascular es la primera causa de muerte en las mujeres, “aún así éstas las siguen considerando una enfermedad masculina”, explica la Dra. M^a Jesús Salvador, presidenta de la SEC.

En Estados Unidos el número de mujeres que fallecen por enfermedad cardiovascular supera al número de varones, según informa el ACC.

Una de las misiones de la SEC es aumentar la implicación de la sociedad en la prevención de las dolencias cardiovasculares, primera causa de muerte en España. “Todo niño nacido en este milenio tiene derecho a vivir hasta los 65 años sin sufrir enfermedad cardiovascular evitable. Para eso es necesario adoptar hábitos saludables y cambiar la idea de que las enfermedades cardiovasculares son inevitables”, explica la Dra. Salvador. ●

PUBLICACIONES

Una agencia participativa

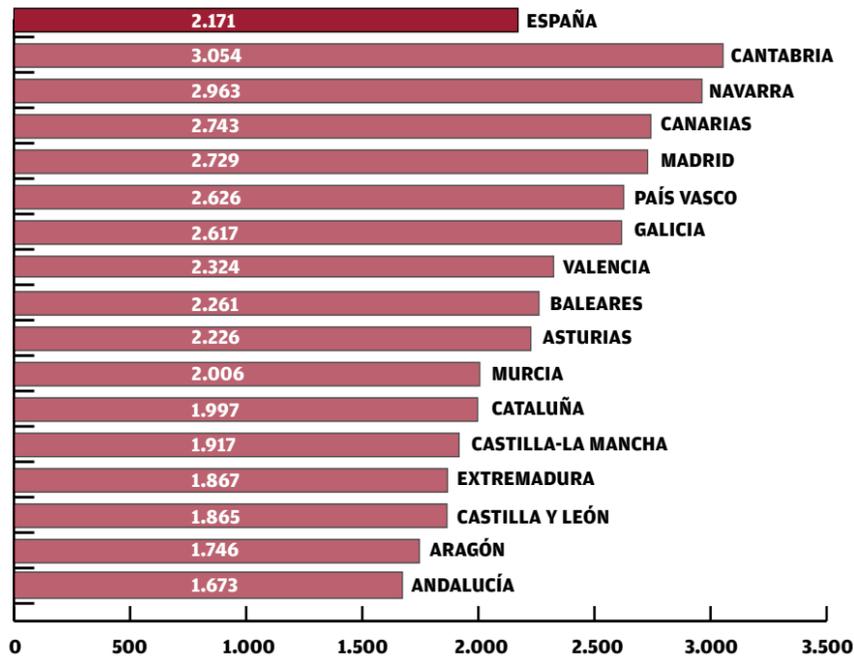
Este año, la Agencia Editorial de la SEC ha dado un paso adelante en su interacción con la comunidad médica incluyendo entre sus proyectos un sondeo sobre las publicaciones más interesantes para los especialistas. La iniciativa se pone en marcha en este encuentro de Bilbao, aprovechando la presencia de facultativos en la gran cita de la Cardiología española. De acuerdo con los resultados, se adoptarán iniciativas encaminadas a satisfacer la demanda de los cardiólogos con mayor precisión. En el ejercicio pasado han visto la luz dos monografías: ‘Controversias Terapéuticas en la Fase Crónica de la Cardiopatía Isquémica’, coordinada por el Dr. José Manuel Sánchez, del Hospital Carlos Haya y ‘Lipoproteínas de Densidad Alta’, por el Dr. José Ramón González Juanatey, cardiólogo del Hospital Universitario de Santiago de Compostela al frente. La agencia mantiene su actividad en la distribución de obras ya editadas, como el Tratado Europeo de Enfermedades Cardiovasculares y el Manual sobre Enfermedad de Chagas. Asimismo, se mantiene el programa ‘on-line’ sobre enfermedades cardiovasculares, muestra de la preocupación por la interactividad. ●

MESA REDONDA Existe una distribución irregular de la mortalidad cardiovascular

Futuro común para el tratamiento del síndrome coronario agudo

A sabiendo de las diferencias que existen en la actualidad en las diferentes Comunidades Autónomas españolas, y convocados con un proyecto común para el futuro se darán cita representantes de varias comunidades del país en la sesión sobre el tratamiento del Síndrome Coronario Agudo (SCA) en uno de los primeros encuentros del Congreso. El Dr. Nicolás Vázquez González, plantea las claves de la práctica clínica en la materia en Galicia, el Dr. Rafael J. Hidalgo Urbano presenta la situación en Andalucía, el Dr. Jaime Figueras Bellot hacía lo propio por Cataluña y la Dra. M. Soledad Alcasena Juango plantea el panorama en la comunidad de Navarra. Los moderadores de la mesa redonda son los doctores Luis Escosa Royo (Zaragoza) y Román Antonio Lezaun Burgui (Navarra).

En la mente de todos los especialistas planea la irregular distribución autonómica de la mortalidad cardiovascular, un fenómeno que no es ajeno a otros países del entorno. Además de las consabidas diferencias derivadas de las disparidades socioeconómicas —como es el caso de la tradicional diferencia entre regiones del norte y del sur— se reflexiona en este foro sobre los factores determinantes de un fenómeno con el que, a todas luces, los especialistas se han propuesto acabar. En esta categoría se incluyen las diferentes prácticas en la utilización de las herramientas de diagnóstico y estra-



Distribución de coronariografías por millón de habitantes y comunidades autónomas

El objetivo es coordinar el entramado de las redes asistenciales en cada nivel

tegias terapéuticas, así como las desigualdades en el acceso a los servicios sanitarios.

De acuerdo con la consigna marcada por el Plan Integral de Cardiopatía Isquémica, a la hora de abordar el SCA se busca la coordinación de todo el entramado de redes asistenciales en cada uno de sus niveles.

Además, se propugnan iniciativas encaminadas a promover la agilidad en la asistencia a los pacientes, superando los escollos que planteen los desplazamientos, así como el establecimiento de protocolos validados para trazar una vía clínica de atención al paciente y llevar adelante un plan estratégico de comunicación con la población de interés en el punto de mira, empezando por los sujetos especialmente vulnerables, pero sin olvidar al grueso de la sociedad, que a todas luces puede beneficiarse de las medidas en este sentido.●

TALLER Hará especial hincapié en técnicas para cardiólogos no especializados

Todo lo que hay que saber sobre el trasplante

El taller 'Lo que todos debemos saber sobre trasplante cardíaco', moderado por el Dr. Luis Alonso-Pulpón, será de acuerdo con sus propias palabras "una sesión específicamente dirigida a dos tipos de cardiólogos: por una lado, los no especializados, que necesitan formación en la materia en cuanto a indicaciones y seguimiento de pacientes sometidos a trasplante cardíaco y, por otro lado, a personal de enfermería de cardiología, así como a cardiólogos que empiezan a dirigir su carrera profesional por el camino de los trasplantes".

Como todo taller, su orientación es eminentemente divulgativa, y en la selección de contenidos se hará un hincapié especial en la formación sobre técnicas altamente especializadas para cardiólogos no especializados. La participación "que, como en toda sesión orientada a la práctica, intenta fomentarse al máximo entre los congresistas", es el objetivo fundamental del encuentro que hoy se celebra.

Un aspecto especialmente relevante para el Dr. Luis Alonso-Pulpón es la simpatía de los ponentes "entre los que se cuentan miembros de los equipos de trasplante con una trayectoria más importante de España". En primer lugar intervendrá el Dr. Javier Se-



Dr. Alonso-Pulpón, presidente anterior de la SEC

govia (Madrid) que abordará en el encuentro la cuestión de 'Cuándo hay que remitir a un paciente para un trasplante cardíaco'.

A cargo de la Dra. Marisa Crespo (A Coruña), correrá la 'Introducción a la inmunosupresión y su manejo'. el Dr. Nicolás Manito (Barcelona), por su parte, planteará los diversos aspectos del cuidado del paciente después de la intervención: prevención, tratamiento e infecciones. Finalmente, el Dr. Luis Almenar (Valencia), se centrará en su disertación en 'Prevención y tratamiento de la enfermedad vascular del injerto'.●

España lidera la lista de la ONT

De acuerdo con los últimos datos difundidos por la Organización Nacional de Trasplantes (ONT), referidos a la actividad del año pasado, España sigue liderando la realización de estas intervenciones (en órganos sólidos) en todo el mundo, con cifras que mantienen una tendencia constante al alza. En el país se han llevado a cabo en 2007, alrede-

dor de 240 trasplantes cardíacos. A pesar de los buenos resultados de este último balance, la Organización de Trasplantes quiere conseguir ciertas mejoras de cara al futuro. Por ese motivo, el principal objetivo es fomentar la donación a corazón parado. En el ejercicio anterior, España alcanzó su máximo histórico de

donaciones (1.550), con una tasa de donación que supone el doble del índice europeo. La Rioja, con 74,2 donantes p.m.p es la Comunidad Autónoma con mayor tasa de donación jamás alcanzada en todo el mundo. Por otra parte, en menos de tres años se ha duplicado el porcentaje de donantes de nacionalidad no española (8,7 por ciento).

CONTROVERSIAS

Resincronización cardíaca: ¿con o sin DAI?

Una controversia médica surge cuando la evidencia científica no ha conseguido mostrar claramente cuál es la mejor opción terapéutica. En este sentido, actualmente la decisión de implantar un desfibrilador en la resincronización cardíaca de determinados pacientes es un tema no resuelto. Los doctores Julio Martí Almor (Barcelona) e Ignacio García Bolao (Pamplona) expondrán hoy argumentos a favor y en contra, respectivamente.

La resincronización cardíaca se ha convertido en una alternativa de tratamiento eficaz y seguro en los pacientes con insuficiencia cardíaca (IC), también indicada en pacientes con alto riesgo de muerte súbita. Sin embargo, como pone de manifiesto el Dr. Martí Almor, "aunque un resincronizador podría ser suficiente en pacientes con IC, aproximadamente la mitad de ellos pueden fallecer de muerte súbita arrítmica y sólo el desfibrilador podría ser capaz de mantenerlos vivos. Como argumenta el Dr. Martí Almor, "el resincronizador puede mejorar la calidad de vida y la mortalidad en la IC, pero no a expensas de disminuir el riesgo arrítmico; por lo tanto, sólo añadiendo un desfibrilador podemos disminuir la muerte súbita de origen arrítmico".

El problema, como incidirá en su conferencia el Dr. García Bolao, es que la implantación sistemática del desfibrilador en todos estos pacientes de riesgo puede no aportar ninguna ventaja adicional y eleva sustancialmente los costes (DAI más resincronización cuesta 28.000 euros, mientras que la resincronización sola vale 8.000 euros). Y es que este experto es tajante en sus conclusiones: "no existe constancia de que, en algunos grupos de pacientes, la resincronización aislada sea inferior a la resincronización más desfibrilador".

Ante la falta de evidencias contundentes, los médicos optan en estos casos por guiarse por su experiencia o acogerse a los resultados de los ensayos clínicos. Así, estudios como el Definitive revelan que el desfibrilador automático implantable (DAI) no mejora la mortalidad global en los pacientes con miocardiopatía dilatada; en cambio, otros ensayos (como el Companion) han puesto de manifiesto el beneficio del DAI en la mortalidad global y arrítmica, especialmente en pacientes con FE deprimida e IC avanzada.

Las dudas que plantea este abordaje se reflejan incluso en las guías de práctica clínica. Pero se necesita una pronta solución, dado que cada vez hay más pacientes susceptibles de resincronización cardíaca. En EEUU, las cifras de ingresos por IC izquierda son de 5 millones de personas al año, unas cifras similares a las registradas en Europa. Por lo tanto, el número de pacientes que van a necesitar resincronización cardíaca es alta, creciendo igualmente el número de casos en los que se va a plantear asociar o no un DAI.●

SIMPOSIO Expertos revisan qué medicamentos asociar en diferentes situaciones clínicas

Combinación de fármacos antihipertensivos, sí; pero ¿cuáles?

La combinación de fármacos antihipertensivos no sólo se ha convertido en una opción útil en situaciones especialmente complejas y dificultosas, sino que también el uso de asociaciones fijas y la imparable acumulación de evidencias clínicas positivas han ampliado sus indicaciones, siendo en algunas situaciones clínicas la primera estrategia terapéutica de elección. Esta tarde se profundizará en un simposio, moderado por el Dr. Vicente Bertomeu (Alicante), en las distintas combinaciones de fármacos de elección en la hipertensión.

El profesor Antonio Coca (Barcelona) será el encargado de descubrir algunos de los principales estudios que avalan ciertas asociaciones de fármacos antihipertensivos en el hipertenso diabético. Por su parte, el Dr. José Ramón González-Juanatey (Santiago de Compostela), aportará información sobre qué combinación de fármacos utilizar en pacientes con cardiopatía isquémica e insuficiencia cardiaca. Finalmente, el Dr. Iñaki Lekuona (Galdakao, Vizcaya), centrará su conferencia en la fibrilación auricular y el ictus.

Como reconoce el Dr. Bertomeu, "contamos con un cartel de ponentes de lujo para un tema estelar y de plena actualidad". A su juicio, "todos los expertos que participan en el simposio tienen una gran experiencia clínica y un gran prestigio científico; además, van a realizar una magnífica puesta al día de un tema tan candente como el de las combinaciones fijas".

Una de las principales limitaciones en la práctica clínica para conseguir el adecuado control de las cifras de presión es el incumplimiento terapéutico; en este sentido, como señala el Dr. Bertomeu, "las combinaciones



El Dr. Vicente Bertomeu modera el simposio que aborda el tratamiento antihipertensivo

El incumplimiento terapéutico, una de las principales limitaciones

fijas facilitan este cumplimiento, al reducir el número de comprimidos que toma el paciente." Además, añade, "las combinaciones fijas comercializadas disponen de las dosis más aconsejadas en cuanto a su potencia antihipertensiva (por el efecto sinérgico de los fármacos) y tratan de reducir al mínimo los efectos secundarios".

En las últimas guías de práctica clínica de la ESC, se recomienda co-

menzar con tratamiento combinado en pacientes con hipertensión arterial grado II y III o cuando exista un alto riesgo cardiovascular. Como señala el Dr. Vicente Bertomeu, "son las situaciones más frecuentes en la práctica clínica, especialmente para los pacientes atendidos por cardiólogos".

Independientemente de la combinación de fármacos, el objetivo del tratamiento del paciente hipertenso debe ser reducir su riesgo cardiovascular global. Por ello, aconseja el Dr. Bertomeu, "los fármacos, además de controlar las cifras de presión, deben de ejercer un efecto sobre el resto de factores de riesgo". ●

OFERTA CULTURAL



El paraíso de los pintxos

La oferta gastronómica de Bilbao goza de la buena fama de la cocina vasca. Es conocida como la capital del bacalao, seguido muy de cerca por la merluza, las carnes de caserío, los productos de la tierra y el marisco.

El Casco Viejo, El Ensanche y la zona de Abandoibarra aglutinan la mejor oferta gastronómica de la ciudad.

Las tres zonas comparten establecimientos como el restaurante Guria (944 415 780) donde el bacalao no tiene rival. Otro de los grandes es Etxanobe (944 421 071), en el que disfrutar de unas sensacionales croquetas o lasaña fría de anchoas en sopa de tomate. Gorrotxa (944 220 535) es otro de los clásicos. Asimismo, Bilbao es el paraíso de los pintxos, tapas, cazuelitas y banderillas, siempre acompañados de un buen vino, en los bares de piteo de las zonas más tradicionales. Los pintxos más innovadores se sirven en Bitoque (944 418 830), Gatz (944 154 861) o El Globo (944 154 221).

Por otra parte, las compras gastronómicas son otra de las opciones más atractivas. Alaska, Bacaladera la Bilbaina, Vinotera Manu Martín y Chocolates Saint Gerons son algunos de los sitios más populares y reconocidos. ●

ESTUDIO BEAUTIFUL

Ivabradina es el primer tratamiento antianginoso que ha demostrado reducir el riesgo de infarto de miocardio y la revascularización coronaria en pacientes con enfermedad coronaria estable

Se ha demostrado que la frecuencia cardíaca elevada es un predictor independiente de mortalidad en pacientes con enfermedad arterial coronaria, sin embargo más de la mitad de los pacientes coronarios tienen una frecuencia cardíaca en reposo superior a 70 latidos por minuto. Estudios experimentales sugieren que la elevación sostenida de la frecuencia cardíaca juega un papel determinante en la patogénesis de la arteriosclerosis coronaria.

La Ivabradina es un agente cronotrópico negativo puro que actúa inhibiendo los canales I(f) en el nodo sinusal, reduciendo la frecuencia cardíaca en reposo y durante el ejercicio sin afectar la contractilidad, la presión arterial ni la conducción aurículo-ventricular. Tiene un potente efecto antioxidante, disminuyendo la disfunción endotelial y la progresión de la aterosclerosis. La Ivabradina ha demostrado previamente su eficacia como tratamiento antianginoso-antiisquémico y su buena tolerancia en

los pacientes coronarios con función ventricular deprimida.

Con los resultados del estudio BEAUTIFUL (morBidity-mortality EvAlUaTion of the IF inhibitor ivabradine in patients with CAD and left ventricular dysfunction) se ha demostrado, por primera vez, que los pacientes coronarios con disfunción ventricular izquierda y una frecuencia cardíaca basal superior o igual a 70 lpm, tienen un riesgo independiente de mayor mortalidad cardiovascular y otros eventos cardiovasculares con un incremento del 46% de riesgo de infarto de miocardio. Otro resultado importante de este estudio es que en pacientes con una frecuencia cardíaca basal superior o igual a 70 lpm, una "reducción exclusiva de la frecuencia cardíaca con Ivabradina", disminuye de forma significativa el riesgo de eventos coronarios mayores, como el infarto de miocardio aún en los pacientes que reciben una terapia cardiovascular considerada como óptima según las indicaciones de las guías terapéuticas.



Dr. Cabrera

Subrayando que el 87% de los pacientes estaban previamente tratados con betabloqueantes.

En la población general del estudio el tratamiento con Ivabradina no consiguió una reducción del objetivo combinado primario (mortalidad cardiovascular, ingreso hospitalario por IAM e insuficiencia cardiaca), pero sí redujo de forma significativa la incidencia de eventos isquémicos en un 22% (p=0.023), el riesgo de ingreso hospi-

talario por infarto de miocardio mortal y no mortal en un 36% (p=0.001). También redujo la terapia de revascularización coronaria en un 30% (p=0.016).

El estudio BEAUTIFUL pone a la frecuencia cardíaca basal en el punto de mira de la terapia cardiovascular óptima de pacientes coronarios estables y refuerza la necesidad de un control adecuado de la misma. Ya conocíamos que la Ivabradina es eficaz para disminuir la isquemia y los síntomas en pacientes con angina crónica estable. Ahora debemos saber que la Ivabradina puede administrarse con seguridad conjuntamente con betabloqueantes en pacientes coronarios y disfunción ventricular izquierda. La combinación de Ivabradina a la terapia cardiovascular óptima no solo es segura sino que en los pacientes con frecuencia cardíaca de 70 lpm o mayor, disminuye la incidencia de problemas isquémicos y reduce en un 30% la necesidad de cirugía en un futuro. ●

Dr. Cabrera
Jefe de Servicio de Cardiología
Hospital Quirón Madrid

OPINIÓN “Es tiempo de que un español sea el Presidente de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC)”

Un primer año intenso con balance positivo

Hacer balance del primer año al frente de la Sociedad Española de Cardiología (SEC) no siempre es fácil pero, en general, lo considero positivo. Después de conocer el resultado del estudio realizado durante la presidencia del Dr. Luis Alonso Pulpón fuimos conscientes de que, pese a que los cardiólogos somos la especialidad médica mejor valorada, la SEC y la Fundación Española del Corazón (FEC) eran poco conocidas por la población y encaminamos nuestro esfuerzo a hacernos visibles.

Para ello hemos empezado a dar los primeros pasos. Por un lado, unificamos la imagen de los cardiólogos españoles. Tanto Secciones como Sociedades Filiales aceptaron sumarse al denominador común de esa nueva imagen sin perder su propia identidad, para que sea más fácil reconocernos y que nuestros mensajes de salud calen más hondo en la población. La nueva imagen se presenta durante este Congreso. Por otro, renovamos nuestro portal web. La SEC/FEC tiene desde ahora una entrada común que se bifurca en una página para profesionales y otra para el público general.

El área de profesionales, la web de la SEC, tendrá, blogs de profesionales para discusiones científicas, newsletter quincenal y la CardioTV, la primera televisión de una Sociedad Científica en España, donde se colgarán videos de interés en el área de la Cardiología, que se renovarán periódicamente. El área destinada a la Fundación, la web de la FEC, refuerza su carácter de divulgación para el público en general. Esperamos que este esfuerzo realizado por el equipo de Internet de la SEC dé fruto en los próximos años.

MÁS ALLÁ DE NUESTRAS FRONTERAS

El esfuerzo continuado de todos nos ha permitido alcanzar, de momento, la Secretaría de la Sociedad Europea de Cardiología y estar representados en el Comité de Nominaciones para las próximas elecciones, además de liderar dos asociaciones, un grupo de trabajo y estar presentes en varios Nucleus. La Sociedad desea que uno de sus miembros consiga ser Presidente de la ESC y cree que ese momento está cerca. Hemos trabajado duro desde siempre participando en los European Heart Surveys y en cada uno de los Grupos de Trabajo, Asociaciones y Councils en los que hemos tenido representación. Es tiempo, pues, de que un español sea el Presidente de la Sociedad Europea.

Desde hace años se han mantenido negociaciones con el American College of Cardiology que finalmente van a cristalizar durante este Congreso con la firma de un acuerdo de colaboración entre ambas Sociedades que nos permitirá tener un flujo fluido de profesionales y conocimientos en ambas direcciones.

Mantenemos excelentes relaciones con varios países de Latinoamérica. El intercambio de conocimiento y experiencias va siempre en aumento buscando puntos en común que nos permitan acercarnos de forma fácil, como es el caso del editor de nuestra revista que se ha reunido



Mª Jesús Salvador afronta el segundo año como presidenta de la Sociedad Española de Cardiología

Objetivos de futuro

Para este segundo año al frente de la SEC nuestro objetivo es poner en marcha los mecanismos que promovimos durante el primer año. Trabajaremos para hacer efectiva la apertura de la SEC a la sociedad civil, trabajaremos para que nuestro candidato a la presidencia de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) consiga su objetivo, trabajaremos para mejorar la salud cardiovascular de los europeos y por ello de los españoles y trabajaremos para mantener el excelente nivel de los cardiólogos españoles.

con otros editores latinoamericanos interesados en encontrar puntos de confluencia.

A nivel europeo nuestra postura es de franca camaradería con los otros países y hemos de hacer mención especial a la Sociedad Portuguesa de Cardiología y a la Sociedad Alemana de Cardiología con las que mantenemos una estrecha colaboración.

RELACIONES INSTITUCIONALES

El trabajo externo y las relaciones con otras Sociedades da sus frutos y genera proyectos futuros. Uno de los más atractivos es conseguir que cuando España tenga la presidencia de la UE, en el primer semestre de 2010, defienda la Carta de Salud Cardiovascular Europea y promueva que se acepte una normativa so-

bre salud cardiovascular en Europa. Para conseguirlo, acompañamos a la Sociedad Europea de Cardiología al Ministerio de Sanidad y, además, desde la presidencia de la SEC hemos mantenido diversas reuniones con máximos responsables del Ministerio y hemos viajado a Bruselas para exponer el proyecto a diferentes eurodiputados. Esperamos tener una respuesta positiva.

Con el Ministerio de Sanidad y con la Sociedad Europea de Cardiología también buscamos la forma para que las Guías de Actuación Europeas adoptadas por la SEC como propias sean consideradas como referentes en el Estado español.

Le va a la zaga la armonización de los cardiólogos europeos y otra vez, de nuevo, estamos trabajando en el proyecto liderado por la Sociedad Europea de Cardiología en colaboración con EBAC. De momento se está planeando un estudio piloto en el que participará uno de nuestros hospitales. Se mide el nivel de conocimiento, habilidad y actitud de los residentes en Cardiología a través de un examen on line. El papel del tutor es altamente relevante en todo este proceso.

En la Comisión Nacional de Especialidades se trabaja en varios frentes. Por un lado la convalidación de Títulos, por otro la nueva propuesta de troncalidad. En una y otra se vigila que nunca pueda haber cambios que vayan en detrimento del conocimiento y la formación y por tanto de la mejor asistencia para nuestros pacientes.●

Dra. Mª Jesús Salvador
Presidenta de la Sociedad Española de Cardiología

Apasionada actividad de todos

Desde siempre hemos querido mantener contactos con otras Sociedades Científicas interesadas en un paciente común y para ello hemos trabajado con la Sociedad Española de Neurología y la Sociedad Española de Diabetes. Además el Comité de Formación Continuada ha dado otro paso al aumentar el número de cursos, tanto en la Casa del Corazón como extramurales. Sabemos que el Comité de Acreditación de la SEC es considerado un puntal fuerte dentro del sistema de acreditación y parte del mérito recae en su responsable. El peso científico de la Sociedad lo asumen las Secciones con sus Grupos de Trabajo, que han mantenido una excelente actividad. Han participado en diferentes registros nacionales y extranjeros, han planteado proyectos de investigación y ofrecen becas para investigación o ampliación de estudios. Desde aquí quiero tener la oportunidad de felicitarlas por todo el esfuerzo. Revista Española de Cardiología ha aumentado su factor de impacto y su Comité Editorial propone la creación de nuevas publicaciones. La Agencia Editorial y la de Investigación han trabajado en nuevos proyectos con el Ministerio. Asimismo, se han puesto en marcha estudios clínicos soportados con becas no condicionadas de la industria.●

▲ 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. FARMACOLÓGICA.** Comprimido recubierto con película. CORLENTOR 5 mg comprimido recubierto con película, de color salmón, oblongo, 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 dosificaciones se encuentran disponibles 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 sigue manteniéndose por debajo de 50 lpm o persisten los síntomas de bradicardia (ver sección 4.4). 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. **Ancianos:** 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 precisan 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 del tratamiento, Shock cardiogénico, Infarto agudo de miocardio, Hipotensión grave (< 90/50 mmHg), Insuficiencia hepática grave, Enfermedad del nodo sinusal, Bloqueo sinoauricular, Pacientes con insuficiencia cardíaca de clase III-IV según la NYHA debido a falta de datos, Dependencia del marcapasos, Angina inestable, Bloqueo A-V de 3er grado, Combinación con inhibidores potentes del citocromo P450 3A4 tales como antifúngicos azólicos (ketoconazol, itraconazol), antibióticos macrólidos (claritromicina, eritromicina por vía oral, josamicina, telitromicina), inhibidores de la proteasa del VIH (nelfinavir, ritonavir) y nefazodona (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 una monitorización clínica 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 previa 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 4.2). **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. **Ictus:** No se recomienda el uso de ivabradina inmediatamente después de un ictus, 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 hereditarios raros de intolerancia a la galactosa, deficiencia de Lapp lactasa o malabsorción de glucosagalactosa 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, disopiramida, bepridil, sotalol, ibutilida, amiodarona). Medicamentos no cardiovasculares que prolongan el intervalo QT (ej. pimozida, ziprasidona, sertindol, mefloquina, halofantrina, pentamida, 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 interactuar 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 (ketoconazol, itraconazol), antibióticos macrólidos (claritromicina, eritromicina por vía oral, josamicina, telitromicina), inhibidores de la proteasa del VIH (nelfinavir, ritonavir) y nefazodona está contraindicado (ver sección 4.3). Los inhibidores potentes del CYP3A4 ketoconazol (200 mg una vez al día) y josamicina (1 g 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 duplicó 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, fenitoína, 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), sildenafil, inhibidores de la HMG CoA reductasa (simvastatina), antagonistas del calcio derivados de la dihidropiridina (amlodipino, lacidipino), digoxina y warfarina. Además, no hubo ningún efecto clínicamente significativo de la ivabradina sobre la farmacocinética de simvastatina, amlodipino, lacidipino, 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 enzima 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, antidiabéticos 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 embriotóxicos y teratogénicos. Se desconoce el riesgo potencial 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 período 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 fosfenos (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 intervenido cerca de 5.000 participantes. En los estudios de fase II-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); 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:** Hiperuricemia. Eosinofilia. Creatinina elevada en 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 agravada, fibrilación auricular, isquemia miocárdica, infarto de miocardio y taquicardia ventricular. **Trastornos oculares:** **Muy frecuentes:** Fenómenos luminosos (fosfenos): 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 fosfenos empiezan, generalmente, durante los dos primeros meses de tratamiento y después pueden repetirse. Los fosfenos fueron notificados generalmente como de intensidad leve a moderada. Todos los fosfenos 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 fosfenos. **Frecuentes:** Visión borrosa. **Trastornos gastrointestinales:** **Poco frecuentes:** Náuseas. Estreñimiento. Diarrea.

Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración: **Frecuentes:** Cefaleas, generalmente durante el primer mes de tratamiento. Mareos, posiblemente relacionados con la bradicardia. **Poco frecuentes:** Vértigo, Disnea, Calambres musculares. **4.9 Sobredosis.** La sobredosificación puede motivar una bradicardia intensa y prolongada (ver sección 4.8). La bradicardia intensa requiere tratamiento sintomático en un entorno especializado. En caso de bradicardia con escasa tolerancia hemodinámica, se planteará el tratamiento sintomático, incluyendo agentes beta-estimulantes por vía intravenosa, tales como la isoprenalina. 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 exclusiva la frecuencia cardíaca, actuando mediante la inhibición selectiva y específica de la corriente I_f 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 esfuerzo. Esto conlleva una reducción del trabajo cardíaco y del consumo miocárdico de oxígeno. Ivabradina no altera la conducción intracardiaca, la contractilidad (carece de efecto inotrope 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 disfunción ventricular izquierda (FEVI del 30% al 45%). La eficacia antianginosa y antiisquémica de CORLENTOR ha sido estudiada en cuatro ensayos aleatorizados, de carácter doble ciego (dos controlados con placebo y otros dos con atenolol y amlodipino, respectivamente). Estos ensayos incluyeron un total de 3.222 pacientes con angina de pecho estable crónica, de los cuales 2.168 recibieron ivabradina. Ivabradina 5 mg dos veces al día, mostró ser eficaz sobre los parámetros de la prueba de esfuerzo al cabo de 3 a 4 semanas de tratamiento. La eficacia se confirmó con la dosis de 7,5 mg dos veces al día. En concreto, el beneficio adicional sobre 5 mg dos veces al día, se demostró en un estudio controlado con un producto de referencia, el atenolol: la duración total del ejercicio en el valle se incrementó en aproximadamente 1 minuto después de un mes de tratamiento con 5 mg dos veces al día, y mejoró en aproximadamente 25 segundos más tras un trimestre adicional, en el que se ajustó obligatoriamente la dosis hasta 7,5 mg dos veces al día. En este estudio, se confirmaron los efectos antianginosos y antiisquémicos beneficiosos de la ivabradina en pacientes de 65 años o más. La eficacia de las dosis de 5 y 7,5 mg administradas dos veces al día, resultó uniforme a lo largo de los estudios sobre los parámetros de la prueba de esfuerzo (duración total del ejercicio, tiempo hasta la angina limitante, tiempo hasta el inicio de la angina y tiempo hasta la depresión de 1 mm del segmento ST) y se asoció con un descenso de aproximadamente un 70% en la frecuencia de los episodios de angina. La pauta posológica de la ivabradina, basada en dos tomas diarias, proporcionó una eficacia uniforme durante las 24 horas. La eficacia de ivabradina se mantuvo íntegra a lo largo de los períodos de tratamiento de 3 ó 4 meses en los ensayos de eficacia. No hubo indicios de desarrollo de tolerancia farmacológica (pérdida de eficacia) durante el tratamiento, ni de efecto rebote tras la suspensión brusca del mismo. Los efectos antianginosos y antiisquémicos de la ivabradina se asociaron con reducciones dosis dependiente de la frecuencia cardíaca y con una disminución significativa del doble producto (frecuencia cardíaca x presión arterial sistólica), tanto en reposo como durante el ejercicio. Los efectos sobre la presión arterial y la resistencia vascular periférica fueron leves y sin relevancia clínica. Se demostró una reducción sostenida de la frecuencia cardíaca en pacientes tratados con ivabradina durante al menos un año (n = 713). No se observó ninguna influencia sobre el metabolismo de la glucosa o de los lípidos. 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.** **Núcleo:** Lactosa monohidratada, Estearato de magnesio (E 470 B), Almidón de maíz, Maltodextrina, Sílice coloidal anhidra (E 551). Película de recubrimiento: Hipromelosa (E 464), Dióxido de titanio (E 171), Macrogol 6000, Glicerol (E 422), Estearato de magnesio (E 470 B), Óxido de hierro amarillo (E 172), Óxido de hierro rojo (E 172). **6.2 Incompatibilidades.** No Procede. **6.3 Período de validez.** 3 años. **6.4 Precauciones especiales de conservación.** No requiere condiciones especiales de conservación. **6.5 Naturaleza y contenido del envase.** Blíster de aluminio/PVC, envasado en cajas de cartón. Presentaciones. Envases calendario con 14, 28, 56, 84, 98, 100 ó 112 comprimidos recubiertos con película. Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases. **6.6 Precauciones especiales de eliminación.** Ninguna especial. **7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** Les Laboratoires Servier. 22 rue Garnier. 92200 Neuilly sur Seine. Francia. **8. REGIMEN 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:** 25/10/2005. **Comercializado por:** LABORATORIOS FARMACÉUTICOS ROVI, S.A. **Antes de prescribir, consulte la ficha técnica completa.**



LÍNEA CARDIOVASCULAR

www.rovi.es