27

Congreso Nacional de la SEROD

23, 24 y 25 de Abril

Valencia 2008

arixtra®
fondaparinux sódico

Dirección segura en la anticoagulación

En Cirugía Ortopédica Mayor:

- Arixtra® reduce el riesgo de TVP y EP en un 50% frente a enoxaparina [1]
- Arixtra® presenta un riesgo de sangrado clínicamente relevante similar a enoxaparina [2]
- Arixtra® es una opción más eficaz y más barata, para el sistema sanitario, que enoxaparina [3]
- Arixtra® 2,5 mg una vez al día [2]
  - Primera dosis mínimo 6 horas después del cierre quirúrgico [2]

Índice

Comités	04
Ponentes	05
Presentación	06
Información General	08
Programa Científico	
Miércoles	09
Jueves	11
Viernes	14
Comunicaciones libres	16
Programa Social	21
Mapa Situación	22
Boletín de Inscripción	23
Hoteles Oficiales	25
Boletín de Alojamiento	26

Comités

Comité organizador

Presidente:	Enrique Gastaldi	
Vicepresidente:	José Mª Guinot	
Secretario:	Vicente Reig	
Tesorero:	Antonio Bru	
Vocales:	José Broch	Ignacio Nebot
	Miguel Castejón	Diego Sala
	Antonio Darder	Eduardo Sánchez Alepuz
	Ernesto Fernández	

Comité científico

Presidente:	Francisco Gomar	
Secretario:	Vicente Reig	
Vocales:	José Aracil	Vicente Torró
	Silvino Cervelló	Javier Vaquero
	Antonio Maestro	

Junta directiva SEROD

Presidente:	Juan Ramón Valentí	
Vicepresidente:	Juan Ramón Amillo	
Secretario:	Pedro Hinarejos	
Tesorero:	Francisco Maculé	
Vocales:	Belén Seral	Enric Castellet
	Elvira Montañez	Antonio Maestro
	Fernando Celaya	
Cursos de formación:	Ferrán Montserrat	
Página web:	Angels Salvador	
Presidente anterior:	Josep Tuneu	

Ponentes

José Aracil	*Valencia*
Jordi Ballester	*Barcelona*
Juan Carlos Borras	*Valencia*
José Broch	*Valencia*
Antonio Bru	*Valencia*
Rafael Calero	*Valencia*
Michel Castejón	*Valencia*
Fernando Celaya	*Barcelona*
Silvino Cervelló	*Valencia*
Sandeep K. Chauhan	United Kingdom
Rafael Colomina	*Valencia*
Ricardo Crespo	*Ciudad Real*
Antonio Darder	*Valencia*
Francisco Estades	*Valencia*
Ernesto Fernández	*Valencia*
Lluís Font	*Barcelona*
Mercedes García	*Valencia*
Thorsten Gehrke	*Alemania*
Eva Gil	*Valencia*
Francisco Gomar	*Valencia*
Xavier Granero	*Barcelona*
José María Guinot	*Valencia*
Daniel Hernández Vaquero	*Avilés. Asturias*
Joan Leal	*Barcelona*
Daniel López Quiles	*Valencia*
Rafael Llopis Miró	*Madrid*
Francisco Maculé	*Barcelona*
Antonio Maestro	*Gijón*
Lorena Martín	*Castellón*
Maria Luisa Merino	*Valencia*
Wolfram Mittelmeier	*Alemania*
Elvira Montañez	*Málaga*
Ferran Montserrat	*Barcelona*
José Maria Muñoz	*Girona*
Ignacio Nebot	*Valencia*
Benito Picazo	*Castellón*
Andrew Price	United Kingdom
Diego Sala	*Valencia*
Angels Salvador	*Barcelona*
Sergi Sánchez	*Barcelona*
Eduardo Sánchez Alepuz	*Valencia*
Miguel Sánchez Martín	*Valladolid*
Santiago Suso	*Barcelona*
Alberto Torres	*Barcelona*
Vicente Torró	*Valencia*
José Tuneu	*Barcelona*
Joan Ramón Valentí	*Pamplona*
Javier Vaquero	*Madrid*
Laura Vila	*Valencia*
José María Villarrubias	*Barcelona*

Presentación

Queridos amigos:

Como Presidente de la SEROD y a través de estas líneas, os animo a participar en el Congreso Anual de nuestra Sociedad.

El Comité organizador y el Comité científico han elaborado, con el apoyo de la Junta Directiva de la SEROD, un programa muy atractivo que espero os estimule a la asistencia al mismo y en el que podáis participar con vuestras comunicaciones.

Valencia es una ciudad con una espléndida realidad y en auge permanente que ofrece numerosas posibilidades para poder combinar interés por el aspecto científico con las actividades culturales y de ocio.

El Dr. Enrique Gastaldi y su equipo han sabido confeccionar un programa científico equilibrado, con temas variados y de gran actualidad, que nos pueden ayudar a conocer nuestra realidad en la patología de la rodilla.

Me gustaría que tuviera una amplia difusión y asistencia, sobre todo entre nuestros más jóvenes especialistas y Residentes, porque una Sociedad no progresa sin su empuje.

Contamos con el apoyo técnico de Torres Pardo, que es una garantía de eficacia y seriedad en su trabajo.

El Congreso sirve además para reforzar lazos de amistad y relaciones humanas, tan necesarias hoy en día.

Contamos con vuestra presencia y colaboración; espero saludaros personalmente en este importante evento científico. Valencia nos espera.

Un cordial saludo,

Juan Ramón Valentí
Presidente de la SEROD

Presentación

Estimados compañeros:

El próximo Abril celebraremos en Valencia el 27 Congreso de la Sociedad Española de la Rodilla.

Para la organización de este evento, he reunido un equipo de excelentes profesionales y magníficos compañeros, expertos en la cirugía de la rodilla e ilusionados en su desarrollo y promoción. Se puede decir que "son todos los que están, aunque, por necesidades comprensibles, no están todos los que son".

Me han otorgado el honor de presidir este congreso y tener la satisfacción de invitaros a participar en el mismo.

Creo que hemos diseñado un programa atractivo e interesante. Todos los ponentes invitados son personas de acreditada categoría profesional, que expondrán temas de actualidad y controversia.

Además de la oferta científica, la oferta turística que ofrece nuestra ciudad es muy sugerente.

Valencia, la tercera capital de España, es una ciudad emergente que se quiere promocionar como uno de los destinos a tener en cuenta para ser visitados.

El desarrollo de nuestra capital se puede observar en todos los sentidos: urbanismo, cultura, hostelería, comunicaciones, etc. Y el carácter abierto y hospitalario de los valencianos, que nos sentimos orgullosos de serlo, nos invita a compartirlo.

Haced un hueco en vuestras agendas y venid a Valencia.

Seréis bienvenidos,

Enrique Gastaldi Orquín
Presidente del Congreso SEROD 2008

Información general

Sede
Palacio de Congresos de Valencia
Avenida Cortes Valencianas, nº 60 · 46015 Valencia
www.palcongres-vlc.com

Internet
www.serod.org
Todas las comunicaciones se enviarán a través de la página web de la SEROD

Becas y Premios
Consultar en la página web: www.serod.org

Secretaría Técnica
Torres Pardo
C/ Diputación, 401 bajos · 08013 Barcelona · Tel. 93 246 35 66 · Fax 93 231 79 72
e-mail: e.torres@torrespardo.com

Agencia de Viajes
Viajes El Corte Inglés
Calle Princesa, 47 · 5a. planta · 28008 Madrid · Tel. 91 204 26 00 · Fax 91 547 88 87
e-mail: secretariaturistica@viajeseci.es

Transportista oficial IBERIA

Iberia ofrece a los asistentes al "27 Congreso Nacional de la SEROD" los siguientes descuentos en vuelos destino final VALENCIA y regreso:

Para vuelos Nacionales por AIR NOSTRUM (IB-8000):
- 15% de descuento sobre tarifas completas en Business y Turista

Para vuelos Nacionales (iniciando viaje en vuelos puros de IBERIA), Europeos e Intercontinentales:
- 30% de descuento sobre las tarifas completas Business
- 35% de descuento sobre las tarifas completas Turista

Esta oferta es aplicable exclusivamente en vuelos cerrados de IBERIA y/o Air Nostrum, quedando excluidas las líneas con código compartido (IB-7000 y 5000). La validez de los billetes será desde dos días antes hasta dos después de la fecha de la celebración del Congreso para vuelos Nacionales y Europeos y desde siete días antes hasta siete después para Intercontinentales. La reserva y emisión se hará en Oficinas de IBERIA y/o en Agencia de VIAJES EL CORTE INGLES.
- Para poder acogerse a los descuentos ofertados, el pasajero (sea Asistente, Ponente o Miembro del Comité) deberá acreditar su asistencia al Congreso.
- En todos los billetes de IBERIA que se emitan para este Evento deberá figurar el código BT8IB21MPE0033 en la casilla "TOUR CODE" del billete, haciéndose efectivo una vez el Acuerdo haya sido aceptado por escrito.
- Todas las reservas deben incluir: "OSI IB BT8IB21MPE0033".

Programa científico

MIÉRCOLES 23 DE ABRIL

15.00 h – 17.00 h

COMUNICACIONES LIBRES
Varios I – Sala I – 15.00 – 16.00 h.
Presidente: P. Hinarejos. Barcelona
Moderador: C. Sánchez Marchori. Valencia
Varios II – Sala I – 16.10 – 17.00 h.
Moderadores: J. L. Díaz Almodóvar. Valencia
A. Jover. Denia. Alicante

PTR I – Sala II – 15.00 – 16.00 h.
Presidente: C. Pérez Lahuerta. Requena Valencia
Moderador: F. Arguelles. Valencia
PTR II – Sala II – 16.10 – 17.00 h.
Presidente: J. Fenollosa. Valencia
Moderador: J. Ribes. Alzira. Valencia

17.00 h – 18.45 h

MESA DE RESIDENTES
Lesiones deportivas de la rodilla
Presidente: *Joan Ramón Valentí*
Clínica Universitaria de Navarra

Moderadores: *Ignacio Nebot*
Hospital Dr. Peset. Valencia
Antonio Darder
Hospital Arnau de Vilanova. Valencia

17.05 h – 17.20 h

Lesiones condrales y osteocondrales
Eva Gil, Laura Vila, Juan Carlos Borras
Hospital Dr. Peset. Valencia

17.20 h – 17.35 h

Elección de la plastia de LCA
Francisco Estades, Mercedes García, Maria Luisa Merino
Hospital Clínico. Málaga

17.35 h – 17.50 h

Tratamiento de las roturas del LCA en niños
Lluís Font, Rosendo Ullot, Santiago Cepero
Hospital Sant Joan de Deu. Barcelona

Programa científico

17.50 h – 18.05 h — Complicaciones de la cirugía de los ligamentos
Alberto Torres
IMAS.Hospitals del Mar i Esperança. Barcelona

18.05 h – 18.20 h — Dolor anterior de rodilla
Lorena Martín, Benito Picazo
Hospital General. Castellón

18.20 h – 18.45 h — Discusión

19.00 h – 20.00 h — CURSO DE INTRUCCIÓN 1
Utilización del navegador en PTR
Coordinadores: *Antonio Bru*
Rafael Colomina
Hospital General Universitario. Valencia

Ponentes: *Rafael Colomina*
Hospital General Universitario. Valencia
Sandeep K. Chauhan
United Kingdom
Daniel Hernández Vaquero
Hospital de Avilés. Asturias
Francisco Maculé
Hospital Clínic. Barcelona

- MIS y navegación
- Estado actual de la navegación
- Dificultades técnicas
- Navegación y PUR
- Complicaciones

Programa científico

JUEVES 24 DE ABRIL

09.00 h – 10.00 h — COMUNICACIONES LIBRES
PTR III – Sala I – 09.00 – 10.00 h.
Presidente: B. Seral. Zaragoza
Moderador: C. Valverde. Valencia
PTR IV – Sala II – 09.00 – 10.00 h.
Presidente: E. Castellet. Barcelona
Moderador: I. Escribà. Valencia

10.00 h – 11.45 h — MESA REDONDA
Traumatismos graves de rodilla. Manejo quirúrgico
Presidente: *Elvira Montáñez*
Hospital Clínico. Málaga

Moderador: *Eduardo Sánchez Alepuz*
Instituto de Traumatología
Unión de Mutuas. Valencia
Diego Sala
UMIVALE. Levante

10.05 h – 10.20 h — Fracturas complejas de la meseta tibial. Manejo quirúrgico
José Maria Muñoz
Hospital Josep Trueta. Girona

10.20 h – 10.35 h — Fracturas complejas unicondíleas de fémur.
Manejo terapéutico
Javier Vaquero
Hospital Gregorio Marañón. Madrid

10.35 h – 10.50 h — Fracturas complejas de fémur distal. Manejo quirúrgico
Sergi Sánchez
Hospital ASEPEYO Sant Cugat. Barcelona

10.50 h – 11.05 h — Luxación de rodilla. Manejo quirúrgico
Rafael Calero
Instituto de Traumatología. Unión de Mutuas. Valencia

11.05 h – 11.20 h — Tromboprofilaxis en prótesis de rodilla
Xavier Granero. Barcelona

11.20 h – 11.45 h — Discusión

Programa científico

11.45 h – 12.15 h	Pausa café
12.15 h – 14.00 h	MESA REDONDA **Gonartrosis en el paciente joven** *Presidente:* *Miguel Sanchez Martín* *Hospital Clínico Universitario. Valladolid* *Moderadores:* *Michel Castejón* Hospital de la Ribera. Alzira. Valencia *J.R. Amillo* Hospital de Viladecans. Barcelona
12.20 h – 12.35 h	Artrosis precoz en la inestabilidad femoropatelar *Ernesto Fernández* Hospital de la Ribera. Alzira. Valencia
12.35 h – 12.50 h	Síndrome post-meniscectomía: implantes de colágeno/trasplante de menisco *Ricardo Crespo* Hospital Alcázar de San Juan. Ciudad Real
12.50 h – 13.05 h	PTR en el paciente joven. Platillos fijos o móviles *Francisco Maculé* Hospital Clínic. Barcelona
13.05 h – 13.20 h	Tratamiento del genu varo artrósico en el paciente joven *Jordi Ballester* Barcelona
13.20 h – 13.35 h	Rodilla inestable con artrosis *José María Villarrubias* USP Hospital Dexeus. Barcelona
13.35 h – 14.00 h	Discusión
14.00 h – 15.30 h	Symposiums almuerzo smith&nephew DePuy a Johnson&Johnson company Zimmer

Programa científico

15.30 h – 16.30 h	CURSO DE INTRUCCIÓN 2 **Osteotomías de rodilla** *Coordinadores: Francisco Gomar* Hospital Clínico. Valencia *Miguel Sánchez Martín* Valladolid
16.30 h – 16.45 h	Pausa café
16.45 h – 18.30 h	MESA REDONDA **Avances tecnológicos** *Presidente: Silvino Cervelló* Hospital La Fe. Valencia *Moderadores: José María Guinot* Hospital La Fe. Valencia *Antonio Maestro* FREMAP Gijón
16.50 h – 17.05 h	Recambio en un tiempo de PTR infectadas *Thorten Gehrke* Hamburgo. Alemania
17.05 h – 17.20 h	Cultivos celulares y células madre *Javier Vaquero* Hospital Gregorio Marañón. Madrid
17.20 h – 17.35 h	Factores de crecimiento e hidroxiapatita en recambios de PTR *Francisco Maculé* Hospital Clínic. Barcelona
17.35 h – 17.50 h	Cerámica y tantalio en nuevas PTR *Wolfram Mittelmeier* Policlínica Ortopédica. Universidad de Rostock. Alemania
17.50 h – 18.05 h	La era del conocimiento en la cirugía de rodilla *Angels Salvador* Clínica Platón. Barcelona
18.05 h – 18.30 h	Discusión
18.30 h	ASAMBLEA SEROD

Programa científico

VIERNES 25 DE ABRIL

09.00 h – 10.00 h
COMUNICACIONES LIBRES
PTR Infectada – Auditorio – 09.00 h – 10.00 h
Presidente: J. Tuneu. Barcelona
Moderador: T. Mut. Valencia

10.00 h – 11.00 h
CURSO DE INTRUCCIÓN 3
Prótesis unicompartimentales de rodilla
Coordinadores: *Vicente Torró*
Hospital La Fe. Valencia
José Broch
Hospital Provincial. Castellón

Ponente: *Andrew Price*
United Kingdom

11.00 h – 11.15 h
ESTUDIO MULTICÉNTRICO SEROD
Plastias de LCA
Joan Leal
IMAS. Barcelona

11.15 h – 11.45 h
Pausa café

11.45 h – 13.30 h
MESA REDONDA
Controversias en artroplastia primaria de rodilla
Presidente: *Fernando Celaya*
Hospital de Sant Pau. Barcelona
Moderadores: *Santiago Suso*
Hospital Clínic. Barcelona
Daniel López Quiles
Hospital La Fe. Valencia

11.50 h – 12.05 h
Situación actual de la cirugía MIS en PTR
Rafael Llopis Miró
Hospital Santa Cristina. Madrid

Programa científico

12.05 h – 12.20 h	Situación actual de los componentes móviles en PTR *José Aracil* Hospital La Fe. Valencia
12.20 h – 12.35 h	Frontera PUC/PTR *Andrew Price* United Kingdom
12.35 h – 12.50 h	Prótesis primaria en rodilla con deformidades extraarticulares *Ferran Montserrat* IMAS Hospitales del Mar i Esperança. Barcelona
12.50 h – 13.30 h	Discusión
13.30 h	**Clausura del Congreso**

Comunicaciones libres

MIÉRCOLES 23 DE ABRIL

SALA I – VARIOS I – 15.00 h a 16.00 h.
Presidente: Pedro Hinarejos. Barcelona
Moderador: Carlos Sánchez Marchori. Valencia

01 - 15.00 h.
COMPLICACIONES EN RECONSTRUCCIÓN DE LCA. TÉCNICA HTH
Raúl Apablaza Gómez, Sergio Oyarzún Soto
Clínica Isamédica. CHILE

02 - 15.10 h.
LIGAMENTOPLASTIA CON SEMITENDINOSO (STD)
Miguel Marí Beltran, Enrique Gastaldi, Vicente Vila
Clínica Gastaldi. Valencia

03 - 15.20 h.
RECONSTRUCCIÓN DEL LIGAMENTO PATELOFEMORAL MEDIAL CON AUTOINJERTO DE SEMITENDINOSO
José Planas, M. J. Muñoz, M. A. Cambero, J.C. Valdés
Hospital Dos de Mayo. Barcelona

04 - 15.30 h.
CORRECCIÓN DE DEFORMIDADES DEL MIEMBRO INFERIOR MEDIANTE OSTEOTOMÍAS ASISTIDAS POR NAVEGADOR Y ARTROSCOPIA. PRIMEROS RESULTADOS
P. Torner, F. Maculé, S. Sastre, R. Plaza, J. Mª. Segur, J. C. Martínez, L. Lozano, F. Castillo, D. Popescu
Hospital Clínic. Barcelona

05 - 15.40 h.
OTV E IMPLICACISN DOBLE
Vicenç León, Diego Ruiz, Francisco Cayuelas
Fundación Hospital Cieza. Guadalupe. Murcia

06 - 15.50 h.
USO DEL ENCLAVADO RETRÓGRADO EN LAS FRACTURAS SUPRACONDÍLEAS DE FÉMUR
Oscar Izquierdo, Pilar Aparicio, Laura Torrededia, Jaume Roca
Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona

SALA I – VARIOS II – 16.00 a 17.00 h.
Presidente: Jose Luis Díaz Almodóvar. Valencia
Moderador: Antonio Jover. Denia. Alicante

07 - 16.00 h.
UBICACIÓN INUSUAL DE LESIONES OSTEOCONDRALES EN LA RODILLA DEL ADOLESCENTE
S. Cruz, G. Mora, J. R. Valentí
Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona

08 - 16.10 h.
SÍNDROME FEMOROPATELAR. HOJA DE RECOGIDA DE DATOS
Yolanda Barón, J. Tallón López, J. M. Vilches, M. A. Flores Ruiz, C. Hörn Gómez
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

09 - 16.20 h.
PLASTIA EXTRAARTICULAR EN INESTABILIDAD DE RODILLA
Sebastián Cruz Morando, J. Duart, J. Mvnckeberg, G. Mora, J. R. Valentí
Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona

Comunicaciones libres

10 - 16.30 h.
HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS PRINCIPALES EN LA PATOLOGÍA DEGENERATIVA DE LA RODILLA
Jose Ricardo Moratín Cuevas
Hospital Saturnino Lora. Santiago de Cuba

11 - 16.40 h.
ARTRODESIS DE LA RODILLA CON CLAVO WICHITA. NUESTRA EXPERIENCIA
Jaume Balaguer, A. Bru, R. Colomina, M. Vadillo, D. Martínez, X. Berto
Hospital General Universitario Valencia

12 - 16.50 h.
EXPERIENCIA EN EL ENCLAVADO RETRÓGRADO DE FÉMUR
Oscar Izquierdo, P. Aparicio, M. Matas, L. Torrededia, J. Roca
Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona

SALA II – PTR I – 15.00 a 16.00 h.
Presidente: C. Pérez Lahuerta. Requena. Valencia
Moderador: F. Arguelles. Valencia

13 - 15.00 h.
FACTORES DE CRECIMIENTO E HIDROXIAPATITA EN LOS RECAMBIOS DE PTR EN MEDIO SÉPTICO
Silvino Cervelló, T. Mut, J. Colado, D. Herrero
Hospital Universitario La Fe. Valencia

14 - 15.10 h.
FACTORES RELACIONADOS CON LA FISIOTERAPIA AMBULATORIA MONITORIZADA NO ASISTIDA POR FISIOTERAPEUTA EN LA ARTROPLASTIA DE RODILLA PRIMARIA
Francisco Aguiar, Laura Ramos, Mª Luisa Bertrand, Fernando Fernandez, Enrique Guerado
Hospital Comarcal Anarquía. Málaga

15 - 15.20 h.
MEDICIONES RADIOLÓGICAS DE LAS ATR ASISTIDAS POR NAVEGADOR
Gemma González, Jordi Villalba, Josep Montaner, Jordi Ramon
Hospital de Sabadell

16 - 15.30 h.
PRÓTESIS DE RODILLA NAVEGADA. EXPERIENCIA HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRÓN
Javier Villasante, Melisa Stitzman, Xavier Conesa, Ainhoa Arias, Joan Minguell, Enric Castellet
Hospital Vall d'Hebrón. Barcelona

17 - 15.40 h.
RECONSTRUCCIÓN DEL APARATO EXTENSOR EN PTR (CASO CLÍNICO)
Daniel Herrero, Juan Carlos Fallone, José Aracil, Daniel López-Quiles, Vicente Torró
Hospital Universitario La Fe. Valencia

Comunicaciones libres

SALA II – PTR II – 16.00 a 17.00 h.
Presidente: J. Fenollosa. Valencia
Moderador: J. Ribes. Alzira. Valencia

18 - 16.00 h.
RESULTADOS CLÍNICOS DE LA ARTROPLASTIA UNICOMPARTIMENTAL DE RODILLA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO
José Ignacio Pérez, Eva Gil, Alberto Tejera
Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia

19 - 16.10 h.
RESULTADOS DE LA CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA DE ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA
Xavier Berto, R. Colomina, M. Moreno, D. Martinez, J. Balaguer
Hospital General Universitario de Valencia

20 - 16.20 h.
SUSTITUCIÓN PATELAR EN ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA. ESTUDIO PROSPECTIVO, MULTICÉNTRICO. RESULTADOS PRELIMINARES
Félix Castillo, F. Maculé, R. Llopis Miró, J. Nogales, J. M. Burdeos Gonzalez-Solis, L. M. Lozano, J. M. Segur, S. Suso
Hospital Clinic. Barcelona

21 - 16.30 h.
VALIDACIÓN ESTADÍSTICA DEL ÍNDICE CDB EN LA DETERMINACIÓN DE LA ALTURA PATELAR TRAS ATR
Vicenç León, Inmaculada Martínez, Cesar Hernández
Fundación Hospital Cieza. Guadalupe. Murcia

22 - 16.40 h.
SOPORTE AUDIOVISUAL EN LA INFORMACIÓN AL PACIENTE CANDIDATO A UNA ARTROSPLASTIA TOTAL DE RODILLA
Joan Leal, Albert Gines, Santos Martínez, Juan Carlos Monllau, Enric Caceres
IMAS Hospitals del Mar i la Esperanza. Barcelona

JUEVES 24 DE ABRIL

SALA I – PTR III – 09.00 a 10.00 h.
Presidente: Belen Seral. Zaragoza
Moderador: Carlos Valverde. Valencia

23 - 09.00 h.
CIRUGÍA DE REVISIÓN DE ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA. RESULTADOS DE CINCO AÑOS
David Martínez, Rafael Colomina, Marta Moreno, Xavier Berto, Jaume Balaguer
Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

24 - 09.10 h.
COMPARACIÓN DE DOS VÍAS QUIRÚRGICAS PARA LAS ARTROPLASTIAS TOTALES DE RODILLA (SUBVASTUS VS. PARAPATELAR MEDIAL)
Sergi Sastre, Lluis Lozano, Pere Torner, Montse Nuñez, Josep Mª Segur, Félix Castillo, Juan Carlos Martínez, Francisco Maculé
Hospital Clínic. Barcelona

Comunicaciones libres

25 - 09.20 h.
CORRELACIÓN ENTRE LOS FACTORES BIOLÓGICOS Y CLÍNICOS EN LA CIRUGÍA DE PRÓTESIS DE RODILLA
Eduardo Solis, Ana Torres, Angel Torres, Antonio Murcia
Hospital del Cabueñes. Gijon

26 - 09.30 h.
¿CUÁNDO DEBE IMPLANTARSE EL COMPONENTE ROTULIANO EN LAS PRÓTESIS TOTALES DE RODILLA?
E. C. Rodríguez-Merchán, P. Gómez-Cardero, A. Martínez-Lloreda, A. Olarte-Daita, S. Sánchez-Herrera
Hospital Universitario La Paz. Madrid

27 - 09.40 h.
CUANTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE PARTÍCULAS DE POLIETILENO POR MICROSCOPIA ELECTRÓNICA EN PACIENTES PORTADORES DE ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA
S. Lasurt, P. Torner, Francisco Maculé, E. Prats, R. Fontarnau, J.M. Segur, S. Sastre, L. Lozano, J.C. Martinez Pastor, F. Castillo, D. Popescu, J.J. Morales, S. Suso
Hospital Comarcal del Vendrell. Tarragona
Hospital Clínic. Barcelona

28 - 09.50 h.
EVALUACIÓN CLÍNICA Y RADIOLÓGICA DE LA RESTAURACIÓN DE LA LÍNEA ARTICULAR EN LOS RECAMBIOS DE ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA
Miguel Ranera, Jesús Gómez, Belén Seral, Fernando Seral
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

SALA II – PTR IV – 09.00 a 10.00 h.
Presidente: Enric Castellet. Barcelona
Moderador: Ismael Escribá. Valencia

29 - 09.00 h.
DEFECTOS ÓSEOS EN LA ARTROPLASTIA DE REVISIÓN DE RODILLA: RELLENO CON ALOINJERTO ÓSEO LIOFILIZADO MÁS FACTORES DE CRECIMIENTO PLAQUETARIOS FRENTE A ALOINJERTO ÓSEO CONGELADO
J. F. Vilches, P. L. Esteban, J. M. Segur, J. C. Martinez, F. Castillo, L. Lozano, P. Torner, D. Popescu, F. Maculé
Hospital Clinic. Barcelona

30 - 09.10 h.
ESTUDIO DE LA INFLUENCIA QUE EL HÁBITO SEDENTARIO TIENE SOBRE LOS RESULTADOS DE DOLOR CORPORAL Y FUNCIÓN FÍSICA, EN PACIENTES INTERVENIDOS DE PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA A LOS 7 AÑOS DE SEGUIMIENTO
Montserrat Nuñez, Esther Nuñez, J. Ballesteros, L. Lozano, R. Ortega, J. L. del Val, J. M. Segur, F. Maculé, S. Suso
Hospital Clínic. Universidad de Barcelona.

31 - 09.20 h.
ESTUDIO DE LA RELACIÓN ENTRE LA ANTROPOMETRÍA DE LA RODILLA Y EL TIEMPO QUIRÚRGICO EN LA INTERVENCIÓN DE PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA EN PACIENTES OBESOS SEVEROS Y MÓRBIDOS. UN NUEVO ÍNDICE PRONÓSTICO DE DIFICULTAD QUIRÚRGICA
L. Lozano Lizarraga, J. M. Segur, J. C. Martínez, P. Torner, S. Sastre, F. Castillo, D. Popescu, M. Núñez, R. Plaza, F. Vilches, F. Maculé, S. Suso
Hospital Clínic. Universidad de Barcelona

Comunicaciones libres

32 - 09.30 h.
DISEÑO Y EVOLUCIÓN DE UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE ARTROPLASTIAS DE RODILLA
Jose Manuel Fernández Carreira, Daniel Hernández Vaquero, Grupo Interax
Hospital San Agustin. Aviles

33 - 09.40 h.
ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE LA ARTROPLÁSTIA DE RODILLA INTERAX. SEGUIMIENTO DE RESULTADOS CLÍNICOS
Daniel Hernández Vaquero, José Manuel Fernández Carreira, Grupo Interax
Hospital San Agustin. Aviles

34 - 09.50 h.
ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE LA ARTROPLÁSTIA DE RODILLA INTERAX. RESULTADOS COMPARATIVOS CON O SIN REEMPLAZAMIENTO PATELAR
Daniel Hernández Vaquero, José Manuel Fernández Carreira, Grupo Interax
Hospital San Agustin. Aviles

VIERNES 25 DE ABRIL

Auditorio – PTR Infectada – 09.00 a 10.00 h.
Presidente: Josep Tuneu. Barcelona
Moderador: Tomás Mut. Valencia

35 - 09.00 h.
ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA INFECTADA. REVISIÓN DEL TRATAMIENTO Y VALORACIÓN DE RESULTADOS
Jose Luis Rodrigo, J.M. Pelayo, M. Chanza, J.J. Camarena, J. Tomás
Hospital Universiatrio Dr Peset. Valencia

36 - 09.10 h.
EVOLUCIÓN DE LAS INFECCIONES PRÓTESIS TOTALES DE RODILLA EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS. A PROPÓSITO DE 1810 CASOS
Rafael Lorente, F. Parra, J.M. Solís, L. Caballero
Hospital Universitario Infanta Cristina. Badajoz

37 - 09.20 h.
INFECCIÓN PROTÉSICA DE RODILLA PRODUCIDA POR BACTERIAS PRODUCTORAS DE BETALACTAMASAS
J. F. Vilches, J. C. Martinez Pastor, R. Plaza, A. Soriano, L. Lozano, F. Castillo, P. Torner, F. Maculé
Hospital Clinic. Barcelona

38 - 09.30 h.
LA PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA INFECTADA: RESULTADOS DE 48 RECAMBIOS REALIZADOS EN DOS TIEMPOS, CON UN SEGUIMIENTO MEDIO DE 5,5 AÑOS
E. C. Rodríguez-Merchán, P. Gómez-Cardero, A. Martínez-Lloreda, A. Olarte-Daita, S. Sánchez-Herrera
Hospital Universitario La Paz. Madrid

39 - 09.40 h.
PROTESIS A MEDIDA COMO INDICACION EN CASOS COMPLEJOS TRIBUTARIOS DE PROTESIS TOTAL DE RODILLA
J.C. González, F. Celaya, M. Jordan, X. Aguilera, J.C. Sadasquete, O. Buezo. L. Trullols
Hospital Sant Pau. Barcelona

Programa Social

JUEVES 24 DE ABRIL

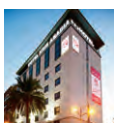
Cena de Gala SEROD 2008
Balneario Las Arenas
21.00 h

El Hotel Balneario Las Arenas nació por el deseo de recuperar las playas de las Arenas y la Malvarrosa y su entorno para el disfrute de ciudadanos y visitantes. El Hotel Balneario Las Arenas es el único hotel de gran lujo que apuesta decididamente por la apertura al mar en la ciudad de Valencia. Combina la belleza arquitectónica del histórico Balneario Las Arenas, fundado en 1898, con lo último en diseño, elegancia y confort. El Hotel Las Arenas presenta una impresionante vista al mar y se encuentra sólo a unos minutos a pie del centro de la ciudad.

Mapa Situación

1 **HILTON VALENCIA** 5*
Avda. Cortes Valencianas, 52

3 **KRIS ABADÍA** 3*
Avda. Campanar, 90



2 **NH CENTER** 4*
Ricardo Micó, 1

PALACIO DE CONGRESOS
Avda. Cortes Valencianas, 60

27 Congreso Nacional de la SEROD

23, 24 y 25 de Abril

V a l e n c i a 2 0 0 8

Boletín de Inscripción

Apellidos

Nombre

Domicilio

Población

Provincia C.P.

Tel. Fax

Centro de trabajo

Cargo

E-mail

Cuotas de inscripción

	Antes 1 de Marzo	Después 1 de Marzo
CONGRESISTAS MIEMBROS SEROD	◯ 475 €	◯ 525 €
CONGRESISTAS NO MIEMBROS SEROD	◯ 525 €	◯ 575 €
RESIDENTES ACREDITADOS	◯ 325 €	◯ 375 €
Servicios sueltos (sólo para no congresistas)		
Cena de Gala	◯ 100 €	◯ 100 €

La inscripción incluye documentación, libro de resúmenes, comida-symposium, cafés en pausas y cena de gala.

Forma de pago

Mediante cheque nominativo a favor de Congreso SEROD, enviado a la secretaría técnica: C/. Diputación, 401 - bajos - Barcelona 08013

boletín de inscripcion

Los datos personales incluidos en este documento son de carácter confidencial. De acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de septiembre, el titular de estos datos podrá ejercer su derecho de acceso, rectificación y cancelación solicitándolo por escrito a Torres Pardo - Congreso SEROD - calle Diputación 401 bajos 08013 Barcelona.

Hoteles Oficiales del Congreso

HILTON VALENCIA 5*
Avda. Cortes Valencianas, 52
46015 Valencia

Hab. doble *248 €*
Hab. individual *214 €*

NH CENTER 4*
Ricardo Micó, 1
46009 Valencia

Hab. doble *141 €*
Hab. individual *125 €*

KRIS ABADÍA 3*
Avda. Campanar, 90
46009 Valencia

Hab. doble *104 €*
Hab. individual *97 €*

Agencia oficial de viajes
Viajes El Corte Ingles S.A.
Calle Princesa, 47 5a. planta · 28008 Madrid
Tel: 91 204 26 00 · Fax: 91 547 88 87

27 Congreso Nacional de la SEROD

23, 24 y 25 de Abril

V a l e n c i a 2 0 0 8

Boletín de Alojamiento

Datos personales

Apellidos _____

Nombre _____

Domicilio _____

Población _____

Provincia _____ C.P. _____

Tel. _____ Fax _____

Centro de trabajo _____

Cargo _____

Alojamiento

Hotel escogido _____

Tipo de habitación ○ individual ○ doble

Día de entrada _____ Día de salida _____

Total noches _____ x _____ € = _____ €

Forma de pago

1. Tarjeta de Crédito - D.N.I./pasaporte:

○ VISA ○ AMEXCO ○ DINERS ○ MASTER CARD ○ EL CORTE INGLÉS

Titular:

Número de tarjeta: _____ Fecha de Caducidad: _____

Autorizo el cargo a mi tarjeta de crédito por los importes reseñados.

Firma: Fecha:

2. Transferencia bancaria.

Beneficiario: VIAJES EL CORTE INGLÉS, S.A.

Banco Santander Central Hispano - Nº Cuenta: 0049 1500 03 2810355229

Enviar a: Viajes El Corte Ingles S.A. · calle Princesa 47 5ª planta · 28008 Madrid

Condiciones para reservas individuales

Reserva y pago simultaneo

- Desde el momento de la reserva hasta el 1 de Enero de 2008 sin penalización.
- Entre 2 de Enero y 14 de febrero de 2008: 50% de penalización del total del alojamiento cancelado.
- Entre 15 de Febrero y 13 de Marzo de 2008: 75% de penalización del total del alojamiento cancelado.
- 100% de penalización a partir del 14 de Marzo de 2008.

Condiciones para grupos

POLÍTICA DE DEPÓSITOS

- Pago del 50% del total del alojamiento en el momento de la reserva.
- Resto antes del 14 de Marzo de 2008

POLÍTICA DE CANCELACIONES

- Desde el momento de la reserva hasta el 1 de Enero de 2008 sin penalización.
- Entre 2 de Enero y 14 de febrero de 2008: 50% de penalización del total del alojamiento cancelado.
- Entre 15 de Febrero y 13 de Marzo de 2008: 75% de penalización del total del alojamiento cancelado.
- 100% de penalización a partir del 14 de Marzo de 2008.

Viajes El Corte Ingles S.A. - Calle Princesa, 47 5a. planta · 28008 Madrid · Tel: 91 204 26 00 · Fax: 91 547 88 87

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: Arixtra 1,5 mg/0,3 ml solucion inyectable, jeringa precargada. Arixtra 2,5 mg/0,5 ml solución inyectable, jeringa precargada. Arixtra 5 mg/0,4 ml solución inyectable, jeringa precargada. Arixtra 7,5 mg/0,6 ml solución inyectable, jeringa precargada. Arixtra 10 mg/0,8 ml solución inyectable, jeringa precargada. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.** Cada jeringa precargada contiene 1,5 mg de fondaparinux sódico en 0,3 ml de solución inyectable, 2,5 mg de fondaparinux sódico en 0,5 ml de solución inyectable, 5 mg de fondaparinux sódico en 0,4 ml de solución inyectable, 7,5 mg de fondaparinux sódico en 0,6 ml de solución inyectable ó 10 mg de fondaparinux sódico en 0,8 ml de solución inyectable. Excipientes: dibaro de sodio, agua para preparaciones inyectables, ácido clorhídrico, hidróxido de sodio. Contiene menos de 1 mmol de sodio (23 mg) por dosis; esto es. esencialmente "exento de sodio". **FORMA FARMACÉUTICA.** Solución inyectable. La solución es un líquido transparente e incoloro o ligeramente amarillo. **DATOS CLÍNICOS. Indicaciones terapéuticas:** *Arixtra 1,5 mg/0,3 ml solución inyectable, jeringa precargada. Arixtra 2,5 mg/0,5 ml solución inyectable, jeringa precargada.* Prevención de Eventos Tromboembólicos Venosos (EV) en pacientes sometidos a cirugía ortopédica mayor de las extremidades inferiores, tal como fractura de cadera, cirugía mayor de rodilla o prótesis de cadera. Prevención de Eventos Tromboembólicos Venosos (EV) en pacientes sometidos a cirugía abdominal considerados de alto riesgo de complicaciones tromboembólicas, tales como pacientes sometidos a cirugía abdominal por cáncer. Prevención de Eventos Tromboembólicos Venosos (ETV) en pacientes no quirúrgicos inmovilizados considerados de alto riesgo de ETV y que han sido inmovilizados debido a una enfermedad aguda como insuficiencia cardiaca y/o alteraciones respiratorias agudas y/o alteraciones inflamatorias o infecciosas agudas. *Arixtra 2,5 mg/0,5 ml solución inyectable, jeringa precargada.* Tratamiento de la angina inestable o del infarto de miocardio sin elevación del segmento ST (AI/IMSEST) en pacientes en los que no este indicada una intervención invasiva (ICP) urgente (< 120 min.) (ver sección Advertencias y precauciones especiales de empleo). Tratamiento del infarto de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) en pacientes tratados con trombolíticos o que inicialmente no reciban ningún otro tratamiento de reperfusión. *Arixtra 5 mg/0,4 ml solución inyectable, jeringa precargada. Arixtra 7,5 mg/0,6 ml solución inyectable, jeringa precargada. Arixtra 10 mg/0,8 ml solución inyectable, jeringa precargada.* Tratamiento de la Trombosis Venosa Profunda (TVP) aguda y tratamiento del Embolismo Pulmonar (EP) agudo, excepto en pacientes hemodinámicamente inestables o en pacientes que requieran trombólisis o embolectomía pulmonar. **Posología y forma de administración:** *Pacientes sometidos a cirugía ortopédica mayor o abdominal.* La dosis recomendada de fondaparinux es de 2,5 mg una vez al día, administrada postoperatoriamente por inyección subcutánea. La dosis inicial debe administrarse 6 horas después de finalizada la intervención quirúrgica, siempre que se haya restablecido la hemostasia. El tratamiento debe continuar hasta que el riesgo de tromboembolismo venoso haya disminuido, normalmente hasta que el paciente deambule, y como mínimo de 5 a 9 días tras la intervención quirúrgica -La experiencia muestra que en los pacientes sometidos a cirugía de fractura de cadera, el riesgo de ETV continúa una vez transcurridos 9 días tras la cirugía. En estos pacientes debe considerarse el uso de profilaxis prolongada con fondaparinux hasta 24 días adicionales. *Pacientes no quirúrgicos inmovilizados que presentan alto riesgo de complicaciones tromboembólicas según una valoración del riesgo individual.* La dosis recomendada de fondaparinux es 2,5 mg una vez al día administrada por inyección subcutánea. En pacientes no quirúrgicos inmovilizados se ha estudiado clínicamente una duración de tratamiento de 6-14 días. *Tratamiento de la Trombosis Venosa Profunda (TVP) aguda y tratamiento del Embolismo Pulmonar (EP) agudo.* La dosis recomendada de fondaparinux es de 7,5 mg una vez al día (pacientes con peso corporal ≥ 50 kg y ≤100 kg), administrada por inyección subcutánea. Para pacientes con peso corporal < 50 kg, la dosis recomendada es de 5 mg. Para pacientes con peso corporal > 100 kg, la dosis recomendada es de 10 mg. El tratamiento debe continuar durante un mínimo de 5 días y hasta que se haya establecido una adecuada anticoagulación oral (International Normalized Ratio entre 2 y 3). Debería iniciarse el tratamiento de anticoagulación oral concomitante tan pronto como sea posible, y normalmente antes de las 72 horas. El periodo medio de administración en los ensayos clínicos fue de 7 días, y la experiencia clínica en tratamientos superiores a 10 días es limitada. *Tratamiento de la angina inestable o del infarto de miocardio sin elevación del segmento ST (AI/IMSEST).* La dosis recomendada de fondaparinux es de 2,5 mg una vez al día administrada mediante inyección subcutánea. El tratamiento se debe comenzar tan pronto como sea posible tras el diagnóstico, y se continuará durante un máximo de 8 días o hasta el alta hospitalaria, si esta ocurriera antes. Si el paciente va a someterse a una ICP no-primaria, se debe administrar heparina no fraccionada (HNF) durante la ICP de acuerdo con la práctica médica local, teniendo en cuenta el riesgo potencial de sangrado del paciente y el tiempo transcurrido desde la última dosis de fondaparinux (ver sección Advertencias y precauciones especiales de empleo). El tiempo que debe transcurrir desde la retirada del catéter hasta el reinicio del tratamiento subcutáneo con fondaparinux debe decidirse según criterio clínico. En el ensayo clínico principal en IAMCEST, el tratamiento con fondaparinux no se reinició hasta que transcurrieron al menos 3 horas desde la retirada del catéter. En pacientes con IAMCEST o AI/IMSEST que vayan a ser sometidos a cirugía de by-pass coronario (CABG), siempre que sea posible, no debe administrarse fondaparinux durante las 24 horas anteriores a la cirugía y podrá reiniciarse 48 horas después de la operación. **Poblaciones especiales:** En pacientes sometidos a cirugía, el periodo de tiempo que debe transcurrir hasta la primera administración de fondaparinux debe respetarse estrictamente en pacientes ≥ 75 años y/o con peso corporal < 50 kg y/o con insuficiencia renal cuyos niveles de aclaramiento de creatinina se encuentren entre 20 y 50 ml/min. La primera administración de fondaparinux no debe realizarse antes de que hayan transcurrido 6 horas desde la finalización de la intervención quirúrgica. Sólo debe administrarse la inyección una vez establecida la hemostasia (ver sección Advertencias y precauciones especiales de empleo). *Insuficiencia renal • Profilaxis de ETV* - Fondaparinux no debe administrarse a pacientes con niveles de aclaramiento de creatinina <20 ml/min (ver sección Contraindicaciones). En pacientes con niveles de aclaramiento de creatinina comprendidos entre 20 y 50 ml/min debe reducirse la dosis a 1,5 mg una vez al día (ver sección Advertencias y precauciones especiales de empleo). No es necesario un ajuste de la dosis en pacientes con insuficiencia renal leve (aclaramiento de creatinina >50 ml/min). • *Tratamiento de AI/IMSEST e IAMCEST* – fondaparinux no debe administrarse en pacientes con niveles de aclaramiento de creatinina < 20 ml/min (ver sección Contraindicaciones). No es necesaria una reducción de la dosis en pacientes con niveles de aclaramiento de creatinina > 20 ml/min. • Fondaparinux con fines de tratamiento debe administrarse con precaución en pacientes con insuficiencia renal moderada (ver sección Advertencias y precauciones especiales de empleo). No hay experiencia en el subgrupo de pacientes con peso corporal elevado (> 100 kg) y que padecen insuficiencia renal moderada (niveles de aclaramiento de creatinina entre 30-50 ml/min). En este subgrupo, tras una dosis diaria inicial de 10 mg, puede considerarse una reducción de dosis a 7,5 mg, basado en el modelo farmacocinético (ver sección Advertencias y precauciones especiales de empleo). Fondaparinux no debe utilizarse en pacientes con insuficiencia renal grave (niveles de aclaramiento de creatinina < 30 ml/min) (ver sección Advertencias y precauciones especiales de empleo). *Insuficiencia hepática* - No es necesario un ajuste de la dosis. En pacientes con insuficiencia hepática grave, fondaparinux debe utilizarse con precaución (ver sección Advertencias y precauciones especiales de empleo). *Población pediátrica:* - Fondaparinux no está recomendado para uso en niños menores de 17 años debido a la ausencia de datos sobre seguridad y eficacia. *Forma de administración* • *Administración subcutánea:* Fondaparinux se administra por inyección subcutánea profunda mientras el paciente está recostado. La administración debe efectuarse alternando los lugares de inyección en la pared abdominal anterolateral derecha e izquierda y en la pared abdominal posterolateral derecha e izquierda. Para evitar la pérdida de medicamento cuando se utiliza la jeringa precargada, abstenerse de expulsar la burbuja de aire de la jeringa antes de la inyección. La aguja debe insertarse perpendicularmente en toda su longitud, en un pliegue cutáneo formado entre los dedos pulgar e índice, manteniendo el pliegue cutáneo durante toda la inyección. • *Administración intravenosa (sólo la primera dosis en pacientes con IAMCEST).* La administración intravenosa debe realizarse utilizando una vía existente, bien de forma directa o bien utilizando una minibolsa de volumen pequeño (25 ó 50 ml) de suero salino 0,9%. No eliminar la burbuja de aire de la jeringa precargada antes de la inyección con el fin de evitar cualquier pérdida de medicamento. La vía intravenosa utilizada debe lavarse bien con suero salino después de administrar la inyección con el fin de asegurar que todo el medicamento se ha administrado. Si se administra fondaparinux utilizando una mini-bolsa, la perfusión se debe realizar durante 1 a 2 minutos. Para instrucciones adicionales ver sección *Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones.* **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes, hemorragia significativa, clínicamente activa, endocarditis bacteriana aguda, insuficiencia renal grave (niveles de aclaramiento de creatinina < 30 ml/min *en tratamiento* y < 20 ml/min *en prevención*). **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** Fondaparinux sólo puede administrarse por vía subcutánea. No debe administrarse por vía intramuscular. *Hemorragia:* Fondaparinux, debe utilizarse con precaución en pacientes con un riesgo hemorrágico incrementado, tal y como los que presentan trastornos hemorrágicos congénitos o adquiridos (por ejemplo número de plaquetas < 50.000/mm3). patología gastrointestinal ulcerosa activa y hemorragia intracraneal reciente ó poco tiempo después de cirugía cerebral, raquídea u oftalmológica, y en los grupos especiales de pacientes que se detallan a continuación. Al igual que otros anticoagulantes, fondaparinux debe administrarse con precaución en pacientes que se hayan sometido a punción vascular (ver sección 4.5 dias) y únicamente cuando la hemostasia se haya establecido. Para la prevención de ETV, cuando se administra fondaparinux concomitantemente con fondaparinux agentes que puedan incrementar el riesgo de hemorragia. Estos agentes incluyen heparina, agentes fibrinolíticos, antagonistas de los receptores GPIIb/IIIa, heparina, heparinoides o heparinas de bajo peso molecular (HBPM). Cuando sea necesario, el tratamiento concomitante con antagonistas de la vitamina K debe administrarse de acuerdo con la información recogida en la sección Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción. Deben utilizarse con precaución otros medicamentos antiagregantes plaquetarios (ácido acetilsalicílico, dipiridamol, sulfinpirazona, ticlopidina o clopidogrel). y los AINEs. Si la administración concomitante es esencial será necesario realizar un seguimiento estricto. *Para el tratamiento de AI/IMSEST e IAMCEST,*fondaparinux debe utilizarse con precaución en aquellos pacientes en tratamiento concomitante con otros agentes que incrementen el riesgo de hemorragia (tales como inhibidores GPIIb/IIIa o trombolíticos). *ICP y riesgo de trombos en el catéter guía.* No se recomienda la administración de fondaparinux en pacientes con IAMCEST sometidos a ICP primaria. antes ni durante la ICP. De modo similar, no se recomienda el uso de fondaparinux antes o durante la ICP urgente. en pacientes con AI/IMSEST y con enfermedades que supongan un riesgo para la vida, tales como angina refractaria o recurrente asociada con una desviación diná mica del segmento ST. fallo cardiaco, arritmias que supongan un riesgo para la vida o inestabilidad hemodinámica. En pacientes con AI/IMSEST e IAMCEST sometidos a ICP no-primaria, no se recomienda la utilización de fondaparinux como único anticoagulante durante la ICP. Por ello se debe utilizar HNF de acuerdo con la práctica médica local (ver sección Posología y forma de administración) Hay pocos datos sobre el uso de HNF durante ICP no-primaria en pacientes tratados con fondaparinux. En los pacientes sometidos a ICP no-primaria entre 6 y 24 horas después de la última dosis de fondaparinux, la mediana de la dosis de HNF fue de 8.000 UI y la incidencia de hemorragia grave fue de un 2% (2/66). En los pacientes sometidos a ICP no-primaria en las 6 horas posteriores a la administración de la última dosis de fondaparinux, la mediana de la dosis de HNF fue de 5.000 UI y la incidencia de hemorragia grave fue de un 4,1% (2/49). Los ensayos clínicos han revelado que existe un riesgo bajo de formación de trombos en el catéter guía, pero que se ve aumentado en pacientes tratados con fondaparinux como tratamiento anticoagulante durante la ICP en comparación con el grupo control. Las incidencias en ICP no-primaria en AI/IMSEST fueron del 1,0% vs 0,3% (fondaparinux vs enoxaparina) y en ICP primaria en IAMCEST fueron del 1,2% vs 0% (fondaparinux vs control). *Anestesia raquídea / epidural:* En pacientes sometidos a cirugía ortopédica mayor, en el caso de administración concomitante de fondaparinux en pacientes sometidos a anestesia raquídea/epidural o punción raquídea no se puede excluir la formación de hematomas epidurales o espinales, que pueden causar parálisis prolongada o permanente. El riesgo de estos eventos infrecuentes puede ser mayor con el uso postoperatorio de catéteres epidurales permanentes o la administración concomitante de otros medicamentos que influyan sobre la hemostasia. En pacientes que reciben fondaparinux para el tratamiento de la TVP y no como profilaxis, no debe ser utilizada la anestesia raquídea/epidural en caso de intervenciones quirúrgicas. *Pacientes ancianos:* En pacientes ancianos se incrementa el riesgo de sangrado. Dado que la función renal disminuye habitualmente con la edad, en pacientes ancianos se puede reducir la eliminación, y por tanto aumentar la exposición a fondaparinux. En pacientes ≥ 65 años se les administró el régimen recomendado en el tratamiento de la TVP o EP y con edades <65 años, 65-75 y > 75 años fueron del 30 %, 4,5 % y 0,5 % respectivamente. Las incidencias correspondientes en pacientes a los que se les administró el régimen recomendado en enoxaparina en el tratamiento de la TVP fueron del 2,5 %, 3,8 % y 8,3 % respectivamente, cuando las incidencias en los pacientes a los que se les administró el régimen recomendado de HNF en el tratamiento de EP fueron del 5,5 %, 8,6 % y 7,4 % respectivamente. Fondaparinux debe utilizarse con precaución en pacientes ancianos. (ver sección *Posología y forma de administración*). *Bajo peso corporal* Los pacientes con peso corporal < 50 kg tienen un riesgo de sangrado incrementado. La eliminación de fondaparinux disminuye con el peso. Fondaparinux debe utilizarse con precaución en estos pacientes (ver sección *Posología y forma de administración*). La experiencia clínica es limitada en pacientes con peso corporal < 50 kg. Fondaparinux debería administrarse con precaución a una dosis diaria de 5 mg en esta población (*ver sección Posología y forma de administración). Insuficiencia renal:* Fondaparinux se excreta principalmente por vía renal. • *Profilaxis de ETV* - Los pacientes con niveles de aclaramiento de creatinina < 50 ml/min deben tratarse con precaución ya que presentan un incremento del riesgo de sangrado (*ver secciones Posología y forma de administración y Contraindicaciones*). Se dispone de datos clínicos limitados de pacientes con aclaramiento de creatinina menor de 30 ml/min. • *Tratamiento de AI/IMSEST e IAMCEST* - Existen datos clínicos limitados en relación con el uso de fondaparinux 2,5 mg una vez al día en pacientes con AI/IMSEST e IAMCEST y niveles de aclaramiento de creatinina entre 20 y 30 ml/min. Por lo tanto, el médico debera determinar si el beneficio del tratamiento es superior a los riesgos (ver secciones *Posología y forma de administración* y *Tratamiento de TEV*) - Las incidencias de sangrado en pacientes a los que se les administró el régimen recomendado en el tratamiento de la TVP o EP con función renal normal, insuficiencia renal leve, insuficiencia renal moderada e insuficiencia renal grave fueron del 3,0 % (34/1132), 4,4 % (32/733), 6,6 % (21/318) y 14,5 % (9/55) respectivamente. Las incidencias correspondientes a pacientes a los que se les administró el régimen recomendado de enoxaparina en el tratamiento de TVP fueron del 2,3 % (13/559), 4,6 % (17/368), 9,7 % (14/145) y 11,1 % (2/18) respectivamente y en pacientes a los que se les administró el régimen recomendado de HNF en el tratamiento de EP fueron del 6,9 % (39/523), 3,1 % (11/352), 11,1 % (16/162) y del 10,7 % (3/28), respectivamente. Fondaparinux está contraindicado en la insuficiencia renal grave (niveles de aclaramiento de creatinina < 30 ml/min) y deberá administrarse con precaución en pacientes con insuficiencia renal moderada (niveles de aclaramiento de creatinina entre 30-50 ml/min). La duración del tratamiento no debería exceder del periodo estudiado en el ensayo clínico (media de 7 días) (ver secciones *Posología y forma de administración y Contraindicaciones*). No hay experiencia en el subgrupo de pacientes con peso corporal elevado (> 100 kg) y que padezcan *insuficiencia renal* moderada (niveles de aclaramiento de creatinina entre 30-50 ml/min). Fondaparinux debería administrarse con precaución en dichos pacientes. Tras una dosis inicial diaria de 10 mg, puede considerarse una reducción de la dosis diaria a 7,5 mg, basado en el modelo farmacocinético (ver sección *Posología y forma de administración*). *Insuficiencia hepática grave:* La experiencia en pacientes que padezcan insuficiencia hepática grave, debido al déficit de factores de coagulación ya que comporta un mayor riesgo hemorrágico (ver sección *Posología y forma de administración*). *Pacientes con Trombocitopenia Inducida por Heparina:* Fondaparinux no se une al factor 4 plaquetario y no reacciona de forma cruzada con suero de pacientes con trombocitopenia inducida por heparina (TIH) de tipo II. No se ha estudiado formalmente la eficacia y seguridad de fondaparinux en pacientes con TIH tipo II. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción.** La administración concomitante de fondaparinux con agentes que puedan elevar el riesgo de sangrado incrementan el riesgo hemorrágico (ver sección *Advertencias y precauciones especiales de empleo*) Anticoagulantes orales (warfarina), los inhibidores plaquetarios (ácido acetilsalicílico), los AINEs (piroxicam) y la digoxina no interaccionan con la farmacocinética de fondaparinux. La dosis de fondaparinux (10 mg) en los estudios de interacción fue superior a la dosis recomendada para las indicaciones actual del producto. Fondaparinux tampoco influye sobre la actividad INR de warfarina. ni en el tiempo de sangrado bajo tratamiento con ácido acetilsalicílico ó con piroxicam; asimismo tampoco influye en la farmacocinética de digoxina al alcanzar el estado de equilibrio. *Tratamiento de continuación con otros medicamentos anticoagulantes:* Si el tratamiento de continuación va a iniciarse con heparina o HBPM, la primera inyección debe administrarse, como norma general. un día después de la última inyección de fondaparinux. Si es necesario continuar el tratamiento con un antagonista de la vitamina K, el tratamiento con fondaparinux debe continuar hasta que se alcance el valor INR deseado **Embarazo y lactancia.** No existen datos suficientes sobre la utilización de fondaparinux en mujeres embarazadas. Los estudios en animales no son suficientes en lo que respecta a los efectos sobre el embarazo, el desarrollo embrio-fetal, el parto y el desarrollo postnatal. debido a la exposición limitada. No se debe prescribir fondaparinux a mujeres embarazadas a menos que sea claramente necesario. Fondaparinux se excreta a través de la leche de rata pero se desconoce si fondaparinux se excreta a través de la leche materna humana. No se recomienda la lactancia durante el tratamiento con fondaparinux. Sin embargo, es improbable que se produzca la absorción por vía oral en el niño. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas.** No se han realizado estudios de los efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas. **Reacciones adversas.** La seguridad de fondaparinux 2,5 mg se ha valorado en 3.595 pacientes sometidos a cirugía ortopédica mayor de las extremidades inferiores administrándose hasta 9 días, 327 pacientes sometidos a cirugía de fractura de cadera tratados durante 3 semanas tras un tratamiento de prevención inicial de una semana, 1.407 pacientes sometidos a cirugía abdominal tratados hasta 9 días, 425 pacientes no quirúrgicos inmovilizados que presentan riesgo de complicaciones tromboembólicas tratados hasta 14 días, 10.057 pacientes sometidos a tratamiento de Síndrome Coronario Agudo (SCA) sin elevación del segmento ST (AI o IMSEST), 6.036 pacientes sometidos a tratamiento de Síndrome Coronario Agudo (SCA) con elevación del segmento ST (IAMCEST). La seguridad de fondaparinux ha sido evaluada también en 2.517 pacientes tratados para el tromboembolismo venoso (TEV) y tratados con fondaparinux durante un periodo medio de 7 días. Las reacciones adversas más frecuentes (≥ 1%) observadas en los ensayos clínicos de fondaparinux en el sangrado (ver sección Advertencias y precauciones especiales de empleo). Las reacciones adversas notificadas por el investigador que al menos están posiblemente relacionadas con fondaparinux se presentan agrupadas según su frecuencia (muy frecuentes: ≥1/10; frecuentes: ≥1/100, < 1/10; poco frecuentes: ≥1/1.000, < 1/100; raras: ≥1/10.000, < 1/1.000; muy raras: ≥1/10 000) según la clasificación de órganos y sistemas. por orden decreciente de gravedad. dichas reacciones adversas deben interpretarse dentro del contexto quirúrgico y médico. **Clasificación de órganos del sistema MedDRA: Infecciones e infestaciones: reacciones adversas en pacientes sometidos a cirugía ortopédica mayor de las extremidades inferiores y/o cirugía abdominal:** Raras: infección de la herida postoperatoria. **Trastornos de la sangre y del sistema linfático: reacciones adversas en pacientes sometidos a cirugía ortopédica mayor de las extremidades inferiores y/o cirugía abdominal:** Frecuentes: hemorragia postoperatoria, anemia. Poco frecuentes: hemorragia (epistaxis, gastrointestinal, hemoptisis, hematuria, hematoma), trombocitopenia, púrpura, trombocitemia, plaquetas anormales, alteración de la coagulación. **Reacciones adversas en pacientes no quirúrgicos inmovilizados:** Frecuentes: hemorragia (hematoma, hematuria, hemoptisis, hemorragia gingival). Poco frecuentes: anemia. **Reacciones adversas en pacientes en tratamiento (1):** Frecuentes: hemorragia (gastrointestinal, hematuria, hematoma, epistaxis, hemoptisis, hemorragia útero-vaginal, hematrosis, ocular, púrpura, contusiones). Poco frecuentes: anemia, trombocitemia. Raras: otros sangrados (hepático, retroperitoneal, intracraneal/intracerebral), trombocitemia. **Trastornos del sistema inmunológico: reacciones adversas en pacientes sometidos a cirugía ortopédica mayor de las extremidades inferiores y/o cirugía abdominal:** Raras: reacción alérgica. **Reacciones adversas en pacientes en tratamiento (1):** Raras: reacción alérgica. **Trastornos del metabolismo y de la nutrición: reacciones adversas en pacientes sometidos a cirugía ortopédica mayor de las extremidades inferiores y/o cirugía abdominal:** Raras: hipopotasemia. **Reacciones adversas en pacientes en tratamiento (1):** Raras: aumento del nitrógeno no proteínico (Non) (2). **Trastornos del sistema nervioso: reacciones adversas en pacientes sometidos a cirugía ortopédica mayor de las extremidades inferiores y/o cirugía abdominal:** Raras: ansiedad, somnolencia, vértigo, mareo, dolor de cabeza, confusión. **Reacciones adversas en pacientes en tratamiento (1):** Poco frecuentes: dolor de cabeza. Raras: mareos. **Trastornos vasculares: reacciones adversas en pacientes sometidos a cirugía ortopédica mayor de las extremidades inferiores y/o cirugía abdominal:** Raras: hipotensión. **Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos: reacciones adversas en pacientes sometidos a cirugía ortopédica mayor de las extremidades inferiores y/o cirugía abdominal:** Raras: disnea, tos. **Reacciones adversas en pacientes no quirúrgicos inmovilizados:** Poco frecuentes: disnea. **Trastornos gastrointestinales: Reacciones adversas en pacientes sometidos a cirugía ortopédica mayor de las extremidades inferiores y/o cirugía abdominal:** Poco frecuentes: náusea, vómito, Raras: dolor abdominal, dispepsia, gastritis, estreñimiento, diarrea **Reacciones adversas en pacientes en tratamiento (1):** Poco frecuentes: náuseas, vómitos. **Trastornos hepatobiliares: Reacciones adversas en pacientes sometidos a cirugía ortopédica mayor de las extremidades inferiores y/o cirugía abdominal:** Poco frecuentes: función hepática anormal, hepatitis, ictericia. Raras: insuficiencia hepática. **Reacciones adversas en pacientes en tratamiento (1):** Poco frecuentes: función hepática alterada. **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo: Reacciones adversas en pacientes sometidos a cirugía ortopédica mayor de las extremidades inferiores y/o cirugía abdominal:** Poco frecuentes: exantema, prurito. **Reacciones adversas en pacientes no quirúrgicos inmovilizados:** Poco frecuentes: exantema, prurito. **Reacciones adversas en pacientes en tratamiento (1):** Raras: rash eritematoso. **Trastornos generales y alteraciones en el lugar de la administración: Reacciones adversas en pacientes sometidos a cirugía ortopédica mayor de las extremidades inferiores y/o cirugía abdominal:** Poco frecuentes: edema, edema periférico, fiebre, exudado de la herida. Raras: dolor torácico, fatiga, sofoco, dolor en piernas, edema genital. rubor. síncope. **Reacciones adversas en pacientes no quirúrgicos inmovilizados:** Poco frecuentes: dolor torácico. **Reacciones adversas en pacientes en tratamiento (1):** Poco frecuentes: dolor, edema. Raras: reacciones en el lugar de la inyección. (1) las reacciones adversas aisladas no se han considerado excepto si fueron relevantes desde el punto de vista médico. (2) nitrógeno no proteínico como urea, ácido úrico, aminoácido, etc. Raramente se han observado casos de sangrado intracraneal/intracerebral y retroperitoneal en otros estudios o en la experiencia post-comercialización. La hemorragia fue un acontecimiento notificado frecuentemente en pacientes con AI/IMSEST e IAMCEST. En el ensayo fase III en AI/IMSEST la incidencia ajudicada de hemorragia grave fue de un 2,1% (fondaparinux) vs. 4,1% (enoxaparina) hasta el Dia 9 incluido. En el ensayo fase III en IAMCEST la incidencia adjudicada de hemorragia grave, de acuerdo con el criterio TIMI modificado, fue de un 1,1% (fondaparinux) vs. 1.4% (control [HNF/placebo]) hasta el Dia 9 incluido. Los acontecimientos adversos no hemorrágicos, notificados con mayor frecuencia en el ensayo fase III en AI/IMSEST (notificados en al menos un 1% de los pacientes tratados con fondaparinux) fueron cefalea, dolor torácico y fibrilación auricular. Los acontecimientos adversos no hemorrágicos, notificados con mayor frecuencia en el ensayo fase III en IAMCEST (notificados en al menos un 1% de los pacientes tratados con fondaparinux) fueron fibrilación auricular, pirexia, dolor torácico. cefalea, taquicardia ventricular, vómitos e hipotensión. **Sobredosis:** Dosis de fondaparinux superiores a la pauta recomendada pueden incrementar el riesgo de hemorragia. Se desconoce antídoto para fondaparinux. Una sobredosis acompañada de complicaciones hemorrágicas debe conllevar la suspensión del tratamiento y buscar el agente causal. Debe considerarse iniciar un tratamiento apropiado como la hemodiálisis quirúrgica, transfusión sanguínea. transfusión de plasma fresco, plasmaféresis. **DATOS FARMACEÚTICOS. Incompatibilidades:** En ausencia de estudios de compatibilidad. este medicamento no debe mezclarse con otros medicamentos. **Período de validez:** Arixtra 1,5 mg/0,3 ml solución inyectable, jeringa precargada. Arixtra 2,5 mg/0,5 ml solución inyectable, jeringa precargada. 2 años. Arixtra 5 mg/0,4 ml solución inyectable, jeringa precargada. Arixtra 7,5 mg/0,6 ml solución inyectable, jeringa precargada. Arixtra 10 mg/0,8 ml solución inyectable, jeringa precargada. 3 años. No congelar. **Naturaleza y contenido del envase:** Cuerpo cilíndrico de vidrio de tipo I (1 ml) al que se acopla una aguja de calibre 27 y de 12,7 mm de longitud con un émbolo cuyo capuchon es del elastómero clorobutilo. Arixtra 1,5 mg/0,3 ml está disponible en una presentación de 7 jeringas precargadas, provistas de un sistema de seguridad automático de color amarillo. Arixtra 2,5 mg/0,5 ml está disponible en una presentación de 10 jeringas precargadas, provistas de un sistema de seguridad automático de color azul. Arixtra 5 mg/0,4 ml está disponible en una presentación de 10 jeringas precargadas, provistas de un sistema de seguridad automático de color naranja. Arixtra 7,5 mg/0,6 ml está disponible en una presentación de 10 jeringas precargadas, provistas de un sistema de seguridad automático de color rojo oscuro. Arixtra 10 mg/0,8 ml está disponible en una presentación de 10 jeringas precargadas, provistas de un sistema de seguridad automático de color violeta **Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones:** La administración subcutánea se realiza del mismo modo que con una jeringa clásica. La administración intravenosa debe realizarse a través de una vía intravenosa ya existente, bien de manera directa. o utilizando una minibolsa que contenga un pequeño volumen (25 ó 50 ml) de suero salino al 0,9%. En las soluciones parenterales debe comprobarse visualmente la ausencia de partículas y cambios de coloración antes de proceder a su administración. Las instrucciones para la autoadministración se mencionan en el prospecto del producto. El sistema de protección de la aguja de la jeringa precargada de Arixtra se ha diseñado con un sistema de seguridad automático para proteger de las lesiones por pinchazo de aguja después de la inyección. La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él. se realizará de acuerdo con las normativas locales. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** Glaxo Group Ltd. Greenford Middlesex, UB6 GNN, Reino Unido. **NÚMEROS DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** EU/1/02/206/005, EU/1/02/206/003. EU/1/02/206/011, EU/1/02/206/014, EU/1/02/206/017 **CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN:** Con receta médica. Aportación reducida. **Presentación: Arixtra 1,5 mg/0,3 ml solución inyectable, 7 jeringas precargadas:** PVL: 41,96 €, PVP: 62,83 €, PVP IVA: 65,35 €. **Arixtra 2,5/0,05 ml solución inyectable, 10 jeringas precargadas:** PVL: 66,44 €, PVP: 132,75 €, PVP IVA: 138,06 €. **Arixtra 5 mg/0,4 ml solución inyectable, 10 jeringas precargadas:** PVL: 144,38 €, PVP: 189,28 €, PVP IVA: 196,85 €. **Arixtra 7,5 mg/0,6 ml solución inyectable, 10 jeringas precargadas:** PVL: 168,92 €, PVP: 213,82 €, PVP IVA: 222,37 €. **Arixtra 10 mg/0,8 ml solución inyectable, 10 jeringas precargadas:** PVL: 168,92 €, PVP: 213,82 €, PVP IVA: 222,37 €. **FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN.** Fecha de la primera autorización: 21 de marzo 2002. Fecha de la última renovación: 21 de marzo 2007. **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO.** Octubre-2007. La información detallada de este medicamento está disponible en la página web de la Agencia Europea del Medicamento (EMEA) http://www.emea.europa.eu. *Las nuevas indicaciones de Arixtra para el tratamiento de la angina inestable o del infarto de miocardio sin elevación del segmento ST y con elevación del segmento ST, así encuentran pendientes de aprobación de reembolso pudiendo potencialmente ser variado el PVP tras su inclusión.*

REFERENCIAS: 1. *Turpie AGG et al. Arch Intern Med. 2002; 162 (16): 1833-40.* **2.** *Ficha Técnica de Arixtra® GlaxoSmithKline 2007.* **3.** *Sbıl J, Badia X. Pharmacoeconomics - Spanish Research Articles 2006; 3 (2): 75-88.*

BIOMET®

DePuy
a Johnson&Johnson company

AMBA

smith&nephew

stryker®

surgival
GRUPO COSIAS

ZIMMER