

# REC: CardioClinics

www.reccardioclinics.org

## 110.<sup>a</sup> Reunión de la Sociedad Castellana de Cardiología

19 y 20 de junio de 2020

### COMUNICACIONES ORALES FINALISTAS\*

#### 1. INSUFICIENCIA CARDIACA Y CLASE FUNCIONAL NYHA I: FACTORES PREDICTORES DE PROGRESIÓN EN PACIENTES CON APARENTE ESTABILIDAD CLÍNICA (PRIMER PREMIO)

Alexander Marschall, Ana Lorente Rubio, Freddy Andrés Delgado Calva, Carmen Dejuan Bitriá, Belén Biscotti Rodil, Juan Duarte Torres, Concepción Fernández Pascual, Hugo del Castillo Carnevalli, Salvador Álvarez Antón y David Martí Sánchez

Servicio de Cardiología, Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Madrid, España.

**Introducción y objetivos:** La insuficiencia cardiaca (IC) se caracteriza por una fase inicial de progresión subclínica que motiva una falsa imagen de estabilidad. Nuestro objetivo fue identificar variables sencillas que permitiesen predecir el empeoramiento clínico.

**Métodos:** Cohorte retrospectiva de pacientes consecutivos evaluados en consulta de IC entre enero de 2017 y diciembre de 2017. Se seleccionaron pacientes con diagnóstico de IC y FEVI reducida, que se encontrasen en NYHA I y sin ingresos por IC durante los 6 meses previos. Se definió progresión clínica como el combinado de muerte por IC, visita a urgencias u hospitalización por IC, o intensificación de tratamiento diurético.

**Resultados:** De 446 pacientes con FEVI < 50%, se identificaron 82 pacientes con NYHA I y seguimiento completo. La edad media fue de 74 ± 10 años y el 78% fueron varones. La incidencia acumulada de progresión clínica a 12 meses fue del 19%. En el modelo de regresión de Cox, la duración del QRS ≥ 120 ms y el producto de Cornell (PC) de ≥ 1800 fueron predictores de progresión clínica de la IC (HR: 4,2, p=0,01 y HR: 6,4, p=0,001, respectivamente). Además, una insuficiencia mitral (IM) > 1 y una FEVI < 40% predijeron la progresión clínica de manera significativa (HR: 7,5, p=0,001 y HR: 3,6, p=0,02).

**Conclusiones:** Aproximadamente 1 de cada 5 pacientes con IC «estable» experimentan deterioro clínico durante el siguiente año. Sencillos predictores electrocardiográficos (QRS ≥ 120 ms, PC ≥ 1800) y ecocardiográficos (IM > 1, FEVI < 40%) permiten identificar pacientes subsidiarios de un tratamiento y seguimiento exhaustivo.

#### 2. MIOCARDIOPATÍA POR EXTRASISTOLIA VENTRICULAR EN PACIENTES REMITIDOS PARA ABLACIÓN DE EXTRASISTOLIA VENTRICULAR DEL TRACTO DE SALIDA DE VENTRÍCULO DERECHO

Raquel Luna-López, Esteban González Torrecilla, Ángel Arenal Maíz, Felipe Atienza Fernández, Tomás Datino Romaniega, Pablo Ávila Alonso, Nina Soto Flores, Ricardo Sanz-Ruiz y Francisco Fernández-Avilés Díaz

Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, CIBERCV, Madrid, España.

**Introducción y objetivos:** La miocardiopatía inducida por extrasistolia ventricular (EV) es una condición que conlleva un deterioro de la función ventricular secundario a la ectopia frecuente reversible tras la desaparición de esta. El objetivo del estudio es evaluar la prevalencia de la miocardiopatía por EV en los pacientes con ectopia del tracto de salida del ventrículo derecho (TSVD), y establecer un perfil de estos pacientes.

**Métodos:** Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo a partir de los pacientes remitidos a ablación de EV de TSVD (n=121), evaluando, en aquellos que presentaban disfunción ventricular (FEVI ≤ 50%), la prevalencia de miocardiopatía por EV, definida con normalización o mejoría de la FEVI ≥ 10% pasados al menos 3 meses del procedimiento de ablación asociado a una reducción significativa de la carga arrítmica, independientemente de la presencia de cardiopatía previa. Analizamos en estos pacientes la presencia de los predictores de miocardiopatía por EV descritos en estudios previos (sexo masculino, ausencia de sintomatología, carga arrítmica, anchura del QRS, intervalo de acoplamiento, interpolación).

**Resultados:** De los pacientes con disfunción ventricular (n=37), 21 fueron diagnosticados de miocardiopatía por EV (17,4% del total). No hubo diferencias en edad, sexo o presencia de síntomas previos respecto a los pacientes que no recuperaron la función ventricular. Los pacientes con miocardiopatía por EV presentaban en menor medida cardiopatía previa y una carga arrítmica mayor, así como una tendencia no significativa a un intervalo de acoplamiento más corto en el ECG basal.

**Conclusiones:** La miocardiopatía por EV es frecuente en los pacientes con EV del TSVD y se asocia a la ausencia de cardiopatía previa, así como a una mayor carga arrítmica.

\*Las comunicaciones de este Especial Congreso han sido revisadas por el Comité Científico de la Sociedad correspondiente y se publican respetando el criterio de los autores. REC Publications no es responsable de errores o discrepancias.

### 3. DIAGNÓSTICO EN FASE ASINTOMÁTICA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR EN ESCLERODERMIA SISTÉMICA MEDIANTE ERGOESPIROMETRÍA

Paula Sánchez-Aguilera Sánchez-Paulete, María Lázaro Salvador, Alejandro Berenguel Senén, Clara Méndez Perles y Luis Rodríguez Padial

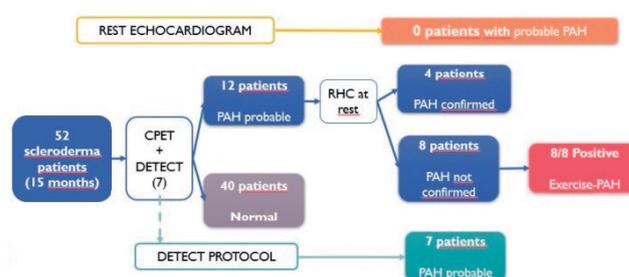
Servicio de Cardiología, Hospital Virgen de la Salud, Toledo, España.

**Introducción y objetivos:** La hipertensión pulmonar arterial (HAP) es una comorbilidad frecuente en esclerodermia sistémica, siendo la afectación pulmonar la principal causa de mortalidad. El cribado de HAP en estos pacientes se realiza, siguiendo las recomendaciones de las guías, mediante ecocardiografía anual y protocolo DETECT; sin embargo, el diagnóstico suele retrasarse, empeorando el pronóstico. La ergoespirometría (ERGE) permite medir parámetros de afectación cardiopulmonar, mostrando capacidad aeróbica disminuida, ineficiencia ventilatoria y alteración ventilación/perfusión en pacientes con hipertensión pulmonar. Podría ayudarnos a desvelar afectación asintomática de la vasculatura pulmonar más precozmente que el *screening* establecido.

**Métodos:** Mediante una ergoespirometría a todos los pacientes con esclerodermia de nuestra área junto al protocolo de *screening* habitual (ecocardiograma y DETECT anual): los pacientes cuya ERGE presente datos sugerentes de HAP serían sometidos a cateterismo cardiaco derecho (CCD) en reposo, como prueba diagnóstica; si el cateterismo en reposo fuera negativo, se realizaría en esfuerzo.

**Resultados:** Se realizaron 52 ergoespirometrías en 15 meses: 12 sugerían presencia de HAP. El CCD de reposo confirmó HAP en 4 de esos 12 pacientes, y el CCD de esfuerzo fue compatible con HAP desenmascarada por esfuerzo en los otros 8 (definición propuesta en la 6.ª Reunión Mundial sobre HAP, finalmente no consensuada). El protocolo DETECT había identificado a 7 de estos pacientes. Mientras que el ecocardiograma en reposo a ninguno.

**Conclusiones:** La ergoespirometría podría detectar pacientes con esclerodermia en fase asintomática y con afectación de la vasculatura pulmonar, más precozmente que *screening* existente (ecocardiograma y DETECT). Adelantar el diagnóstico y las medidas terapéuticas podría mejorar el pronóstico vital de estos pacientes.



### 4. INCIDENCIA DE MUERTE SÚBITA EN PACIENTES CON COVID-19

Lorena Martín Polo, Juan Ramón Rey Blas, Juan Caro Codon, Marcel Martínez Cossiani, Irene Marco Clement, Carlos Merino Argos, José María García De Veas Márquez, Laura Rodríguez Sotelo, Luis Alberto Martínez Marin, Emilio Arbas Redondo, Daniel Tébar Márquez, Ángel Manuel Iniesta Manjavacas, Sandra Ofelia Rosillo Rodríguez, Sergio Castrejón Castrejón y José Luis Merino Lloréns

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.

**Introducción y objetivos:** La muerte súbita (MS) tiene una incidencia en torno al 0.5%/1000 personas al año en poblaciones occidentales. Se ha descrito un incremento del 58% en la incidencia de MS extrahospitalaria durante la pandemia de COVID-19. Sin embargo, se desconoce si este incremento es debido a la propia enfermedad o si se produce por otros factores ajenos a ella como pudiera ser el retraso en la asistencia médica de otras enfermedades que pudieran resultar en MS. Nuestro objetivo fue estudiar la incidencia de MS en pacientes con COVID-19.

**Métodos:** Estudio unicéntrico retrospectivo de una cohorte de pacientes consecutivos con diagnóstico hospitalario de COVID-19, confirmado mediante PCR de SARS-Cov-2 positiva realizada desde el 1 de marzo de 2020. Se incluyó solo a pacientes con un seguimiento mínimo de 30 días o muerte antes de completar el mismo. Además del sistema de historia clínica electrónica, se completó el seguimiento mediante revisión del sistema central de información sanitaria que recoge los datos de todos los hospitales y centros de salud públicos de la región (Horus). Se definió MS de acuerdo con la defini-

Comunicación 4 – Tabla

Características basales	Todos (n=1476)	Muerte no MS (n=532)	MS (n=11)	p
Edad, años (media ± DS)	65.8 ± 20.9	81.0 ± 9.8	70.3 ± 24.9	<0.001
Sexo masculino, n (%)	841 (57.3)	339 (63.7)	7 (63.6)	1.000
Hipertensión arterial, n (%)	713 (48.6)	378 (71.2)	9 (81.8)	0.737
Diabetes, n (%)	304 (20.8)	163 (30.9)	5 (45.5)	0.331
Dislipemia, n (%)	576 (42.1)	306 (59.9)	6 (54.5)	1.000
Arteriopatía periférica, n (%)	122 (8.4)	83 (15.8)	2 (18.2)	0.688
Ictus/AIT, n (%)	120 (8.2)	83 (15.8)	1 (9.1)	1.000
Cardiopatía isquémica, n (%)	117 (8.0)	67 (12.7)	2 (18.2)	0.640
IC o FEVI ≤ 40%, n (%)	98 (6.7)	63 (11.8)	1 (9.1)	1.000
Enfermedad valvular o prótesis, n (%)	55 (3.7)	38 (7.1)	1 (9.1)	0.563
EPOC, n (%)	146 (10.0)	85 (16.0)	1 (9.1)	1.000
Insuficiencia renal crónica, n (%)	114 (7.8)	83 (15.8)	2 (18.2)	0.685
Tromboembolismo pulmonar, n (%)	54 (3.7)	33 (6.2)	1 (9.1)	0.512
Arritmias previas, n (%)	206 (14.0)	137 (25.9)	3 (27.3)	1.000

AIT: accidente isquémico transitorio; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; IC: insuficiencia cardíaca.

ción convencional, pero adaptada a la pandemia: muerte inesperada en un paciente sin otras patologías agudas aparte del COVID-19 en menos de una hora desde el inicio de síntomas o, en caso de no ser presenciada, sin deterioro respiratorio en las 24 horas antes del evento.

**Resultados:** Se revisaron 3416 pacientes y finalmente se incluyeron 1476 consecutivos ( $65.9 \pm 20.9$  años, 57.3% varones). Quinientos cuarenta y tres pacientes fallecieron (36.8%), de los cuales 11 (0.75%) lo hicieron por MS ( $70.3 \pm 24.9$  años, 7 varones). Cinco pacientes presentaban historia previa de cardiopatía estructural (cardiopatía isquémica en 2, miocardiopatía

no isquémica en 1 y enfermedad valvular en 1) o de tromboembolismo pulmonar (1 paciente). Todos ellos, excepto uno que fue encontrado muerto en su domicilio 3 días tras el alta hospitalaria, se encontraban hospitalizados fuera de cuidados intensivos, sin monitorización ECG continua y habían estado respiratoriamente estables con una saturación de oxígeno  $> 90\%$  previamente al evento.

**Conclusiones:** La incidencia de MS en pacientes con COVID-19 es al menos 10 veces superior a la esperada en la población general y no parece relacionada con el retraso en la asistencia de otras enfermedades concurrentes.