

descendido en los últimos años, debido a la mejora de la revascularización percutánea, esta sigue siendo importante. El objetivo de nuestro estudio es analizar las variables del SCA que se asocian con una mayor mortalidad en nuestro medio.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo de una serie de 400 pacientes ingresados por SCA en un hospital de tercer nivel. Se recogieron variables clínicas, analíticas, ecocardiográficas y en relación al cateterismo cardiaco y su relación con la mortalidad precoz (durante el ingreso y en los primeros 30 días).

**Resultados:** La mortalidad total de nuestra muestra fue del 6%. De entre los fallecidos, el 14,8% tenía afectación de 3 vasos y el 33% presentaban afectación de la DA, con una asociación significativa entre la afectación multivaso ( $p < 0,001$ ) y la arteria implicada ( $p = 0,006$ ) con la mortalidad precoz. Analizamos la correlación existente entre los niveles de troponina máxima recogida durante el ingreso y la FEVI, y observamos una asociación significativa ( $p < 0,05$ ) con relación inversa ( $r = -0,3$ ).

**Conclusiones:** La mortalidad asociada al SCA sigue siendo alta, especialmente en el primer mes tras el evento. En nuestro estudio, la mortalidad está relacionada de forma significativa con la arteria responsable del infarto y con el número de vasos afectados, siendo más frecuente cuando hay afectación multivaso y cuando está implicada la DA. Además, una mayor troponina pico se asocia con una menor FEVI y esto con un peor pronóstico.

#### 630/47. RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA DEL HOLTER SUBCUTÁNEO EN NUESTRO MEDIO

Manuel Luque Pérez, José Andrés Del Valle Montero, Félix Rosa Longobardo, María Teresa Moraleda Salas y Pablo Moraña Vázquez

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

**Introducción y objetivos:** Según las guías, el Holter subcutáneo estaría indicado en pacientes con síncope recurrente de origen incierto y diagnóstico de taquicardia recurrente no documentada. El objetivo es analizar su rentabilidad diagnóstica según indicación, eventos y actitud terapéutica.

**Métodos:** Estudio descriptivo-retrospectivo sobre implante de Holter subcutáneo en nuestro hospital.

**Resultados:** Incluimos 120 pacientes, 90% implantados por síncope, 7,5% por palpitaciones/taquicardia no documentada, 1,7% por extrasistolia ventricular y 0,8% en miocardiopatía hipertrófica obstructiva. En indicación por síncope inexplicado ( $n = 108$ ), el 76,9% ( $n = 83$ ) presentaba ECG en ritmo sinusal (RS) y el 6,5% ( $n = 7$ ) fibrilación auricular (FA). El 15,7% ( $n = 17$ ) presentaba algún tipo de trastorno de conducción (realizando medición del HV en el 29,4%, resultando normal). En el seguimiento ( $26,9 \pm 6,8$  meses), el 55,6% ( $n = 60$ ) no presentó eventos clínicos ni registros en Holter, el 17,6% ( $n = 19$ ) síncope clínico sin eventos arrítmicos en Holter, el 3,7% ( $n = 4$ ) síncope con asistolia por pausa sinusal, el 4,6% ( $n = 5$ ) síncope por bloqueo auriculoventricular (BAV) paroxístico. Se detectó FA asintomática en el 6,5% ( $n = 7$ ) y pausa sinusal con asistolia en el 4,6% ( $n = 5$ ). Ocho pacientes (8,5%) precisaron estimulación cardiaca definitiva. En indicación palpitaciones/taquicardia no documentada ( $n = 9$ ), se detectó FA asintomática en 1 paciente, 2 TPSV y una FA sintomática sometida a ablación de venas pulmonares. Independientemente de la indicación, se inició anticoagulación en el 6,7% de los pacientes por detectarse algún episodio de FA durante el seguimiento.

**Conclusiones:** El implante de Holter subcutáneo es una herramienta diagnóstica rentable en el estudio del síncope, detec-

tando en nuestro medio 1 paciente candidato a estimulación permanente por cada 12 dispositivos implantados. Cabe destacar la baja recurrencia de síncope tras implante del dispositivo (el 55% sin eventos clínicos ni en Holter).

#### 630/48. ESTUDIO DEL VALOR DEL ELECTROCARDIOGRAMA EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE FENOCOPIAS DE LA MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA Y DISTINTAS MUTACIONES SARCOMÉRICAS

Carlos Federico Gómez Navarro<sup>1</sup>, Isabel María Jorquera Lozano<sup>1</sup>, Remedios Garofano López<sup>2</sup>, Juan Jiménez Jáimez<sup>3</sup>, Elvira Carrión Ríos<sup>1</sup> y Ricardo Fajardo Molina<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería. <sup>2</sup>Unidad de Nefrología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería. <sup>3</sup>Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

**Introducción y objetivos:** La miocardiopatía hipertrófica (MCH) sarcomérica es la afectación genética cardiaca más frecuente. Las fenocopias de MCH presentan fenotipos indistinguibles, sin mutaciones sarcoméricas. Muchas son enfermedades de depósito, como la enfermedad de Fabry (EF), o síndrome por variantes del gen que codifica a subunidad reguladora de AMPK gamma 2 (SPRKAG2). El diagnóstico preciso y precoz de fenocopias tiene implicaciones pronósticas y terapéuticas. El electrocardiograma (ECG) es la primera herramienta diagnóstica y puede ofrecer pistas sobre el origen de una hipertrofia ventricular izquierda (HVI) inexplicada. El objetivo es describir hallazgos ECG diferenciales en poblaciones con EF y SPRKAG2 como grupo fenocopias y compararlo con una población de MCH.

**Métodos:** Fueron incluidos pacientes con EF ( $n = 13$ ) y SPRKAG2 ( $n = 7$ ) de la consulta de Cardiopatías familiares en nuestro centro. Las MCH sarcoméricas ( $n = 20$ ) se recogen en la consulta de familiares de 2 centros.

**Resultados:** La edad del grupo fenocopias ( $47,1 \pm 25$ ) frente MCH ( $43,6 \pm 25$ ), el 55% varones. El grosor VI máximo similar ( $15,4 \pm 4$  frente a  $15,8 \pm 6$ ). La FEVI fenocopias ( $59,2 \pm 15$ ) frente a MCH ( $55,9 \pm 22$ ). El intervalo PR en sarcoméricas  $170,2$  frente a fenocopia  $139,6$  msg ( $p = 0,041$ ). El intervalo QRS sarcomérica  $98,4$  frente a fenocopia  $120,2$  msg ( $p = 0,004$ ). Fenocopias con BRDHH en 7 frente a 0. Con imagen preexcitación en 7 fenocopias frente a 1.

**Conclusiones:** En las fenocopias encontramos un intervalo PR más corto, frecuentemente con imagen de preexcitación y un QRS más ancho con imagen BRDHH a diferencia de MCH.

#### 630/49. ANÁLISIS DEL DESPERTAR Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES EN COMA TRAS PARADA CARDIORRESPIRATORIA. MORTALIDAD Y PRONÓSTICO NEUROLÓGICO DEL DESPERTAR TARDÍO

María Rivadeneira Ruiz, Blanca Olivares Martínez, Néstor García González, Diego Félix Arroyo Moñino, Fernando Altarejos Salido y Juan Carlos García Rubira

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

**Introducción y objetivos:** La parada cardiorrespiratoria (PCR) tiene una elevada incidencia y morbimortalidad con datos de seguimiento escasos. Analizamos las características de los pacientes que despiertan y la relación del tiempo del desper-