

REC: CardioClinics

www.reccardioclinics.org

Congreso Astur Galaico de Cardiología

Avilés, 31 de mayo-1 de junio de 2019

COMUNICACIONES PÓSTER - MÉDICOS*

P01. INFLUENCIA DE LAS VARIACIONES EN LA AMPLITUD DEL COMPLEJO QRS EN LA PRECISIÓN DE LAS FÓRMULAS DE CORRECCIÓN DEL INTERVALO QT POR FRECUENCIA CARDÍACA

S. Colunga¹, R. Padrón², D. García-Iglesias², J. Rozado², L. Junquera², F. López-Iglesias³, J.M. Rubín², D. Pérez², P. Avanzas², C. Morís² y D. Calvo²

¹Hospital Universitario de Cabueñes. ²Hospital Universitario Central de Asturias. ³Hospital Universitario de San Agustín.

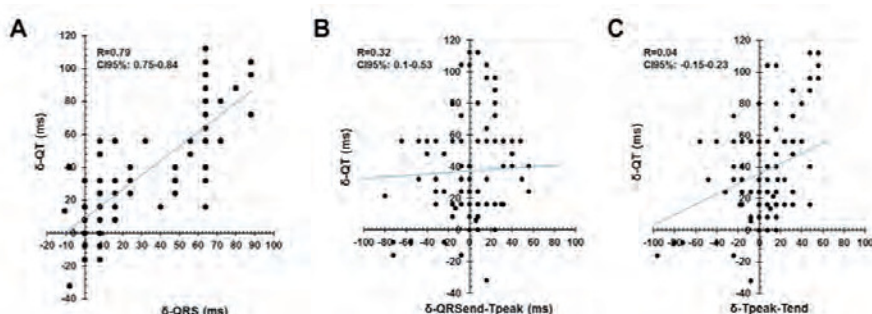
Introducción y objetivos: Hoy en día existe un interés creciente por desarrollar métodos apropiados para calcular el intervalo QT corregido en aquellos pacientes que presentan una despolarización ventricular prolongada (QRS ancho). El objetivo de nuestro estudio fue analizar el efecto que el ensanchamiento del complejo QRS presenta en la duración del intervalo QT así como en la precisión diagnóstica de los diferentes métodos de corrección por frecuencia cardíaca.

Métodos: Se reclutaron 28 pacientes admitidos para implantación de una prótesis aórtica percutánea autoexpandible. Se realizó una estimulación secuencial entre 50 y 120 lpm en el modo AAI en dos fases diferentes: antes e inmediatamente después de la liberación de la prótesis. Evaluamos la precisión de las fórmulas de Bazett, Fridericia, Framingham y

Hodges respecto del intervalo QT medido a 60 lpm (QTc/desviación = QT60-Fórmula).

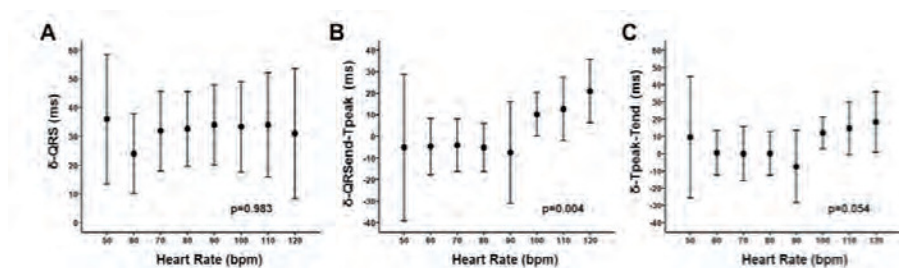
Resultados: El ensanchamiento del complejo QRS entre ambas fases del protocolo (d-QRS) fue el principal factor relacionado con la prolongación del intervalo QT (Pearson 0,79; IC95%: 0,75-0,84; fig. 1), con una contribución constante no alterada por las variaciones en la frecuencia cardíaca ($p = 0,983$). Como se muestra en la figura 2 observamos que la prolongación en otros intervalos que configuran el segmento ST y la onda T contribuyen significativamente a la prolongación del QT en el rango de frecuencia más alto ($p < 0,05$). La fórmula de Bazett mostró el QTc/desviación más alto, mientras que Framingham y Hodges presentaron los valores más bajo y el mejor ajuste ($p < 0,001$). Además demostró la mayor correlación entre las variaciones de QTc/desviación y el ensanchamiento del QRS (Pearson -0,54; $p < 0,001$) en comparación con las fórmulas de Fridericia, Framingham y Hodges (-0,51, -0,37 y -0,38 respectivamente; $p < 0,001$; fig. 3) y se observó una relación lineal entre la frecuencia cardíaca y las variaciones del QTc/desviación obtenida con la fórmula de Bazett ($p = 0,015$), que no se observaron para las otras fórmulas ($p = 0,108, 0,934$ y $0,973$ respectivamente).

Conclusiones: El retraso de la despolarización ventricular introduce una prolongación directa y lineal del intervalo QT, pero al mismo tiempo condiciona una distorsión no lineal en la repolarización que contribuye a la prolongación del QT en el rango de frecuencia más elevado. La fórmula de Bazett muestra una sensibilidad significativamente mayor a las variacio-

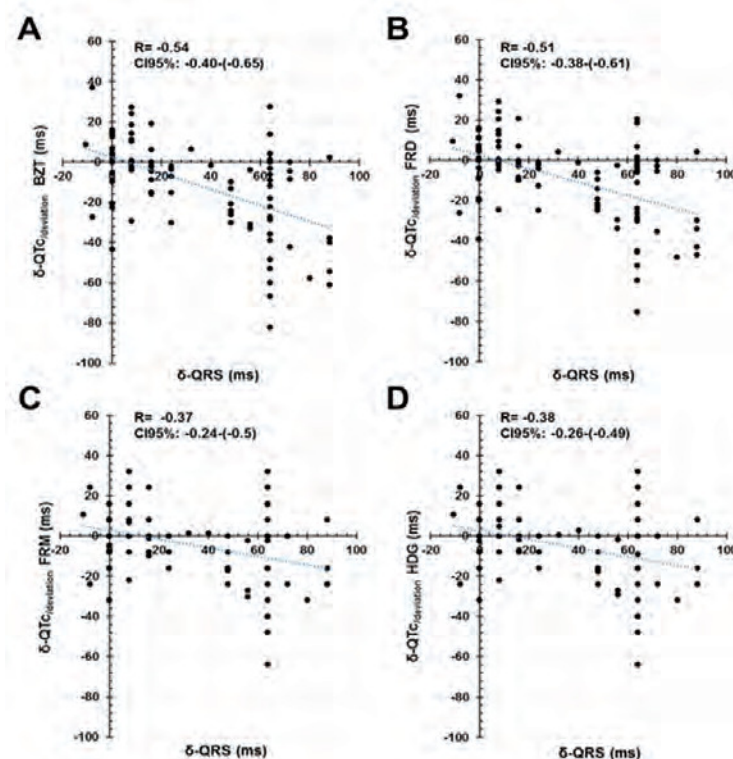


Póster P01 Figura 1

*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.



Póster P01 Figura 2



Póster P01 Figura 3

nes de los intervalos del ECG con respecto a otras fórmulas de corrección. Este hecho va a disminuir la precisión de las mediciones obtenidas con esta fórmula y hará conveniente emplear de forma preferente otros métodos de corrección.

P02. SÍNDROME DE WELLENS. UN AVISO ELECTROCARDIOGRÁFICO

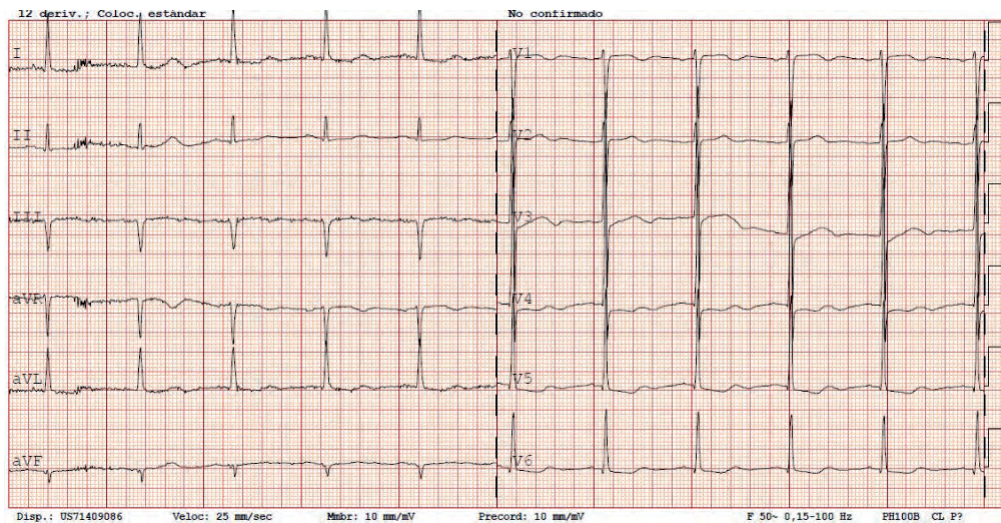
A. Junco Vicente, E.J. Banegas Deras, E. Astudillo Cortés y J. Rozado Castaño

Hospital Universitario Central de Asturias.

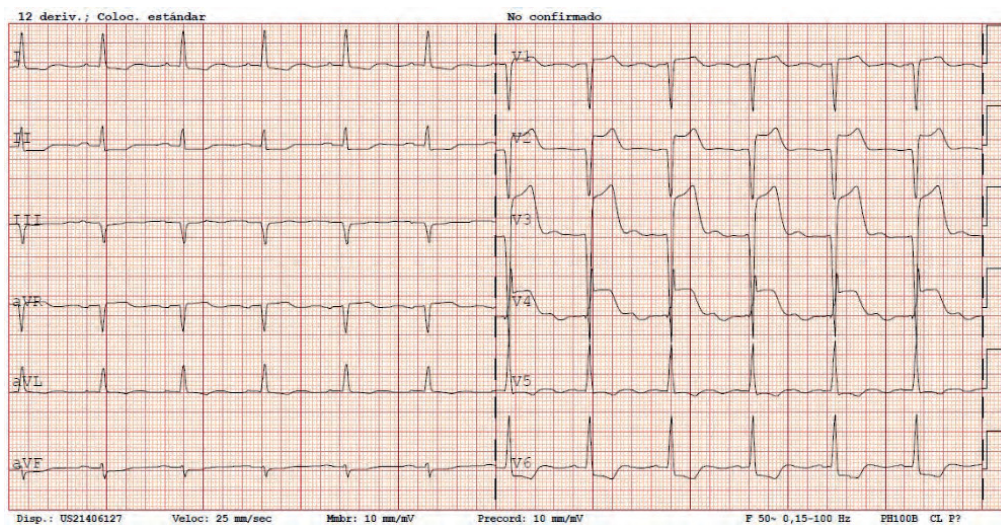
Introducción y objetivos: A pesar de navegar en la época de las pruebas de imagen y técnicas avanzadas, la electrocardiografía continúa jugando un papel esencial en la práctica clínica diaria cardiológica. Están descritos en la literatura patrones electrocardiográficos que predicen enfermedad coronaria grave. El síndrome de Wellens es uno de ellos.

Métodos: A modo representativo presentamos un caso clínico con este patrón predictivo en el electrocardiograma.

Resultados: Presentamos el caso de un varón de 85 años con enfermedad renal crónica estadio 5D en diálisis peritoneal que acude al servicio de urgencias por síndrome emético de 12 horas de evolución asociado a dispepsia. Además, como historia cardiológica tiene estenosis aortica moderada con FEVI preservada. En la exploración física se objetiva PA 70/85 mmHg, FC 83 lpm, SatO₂ 97%, T^a 35,6 °C, consciente y orientado, eupneico, AC con soplo sistólico rudo III/VI y segundo ruido conservado, ya conocido previamente. Auscultación pulmonar y exploración abdominal sin hallazgos patológicos. En miembros inferiores no se observan edemas. En el ECG se objetiva presencia de ondas T isodifásicas en V2-V4 que no presentaba en controles previos (fig. 1), con elevación significativa de troponina T ultrasensible (251 ng/L a 545 ng/L a las 3 horas), por lo que se solicita interconsulta con el Servicio de Cardiología. Ingresa como IAMSEST. A la mañana



Póster P02 Figura 1



Póster P02 Figura 2



Figura 3

siguiente, comienza con intensa opresión retroesternal, y en ECG se objetiva elevación del segmento ST en precordiales (fig. 2). Se realiza coronariografía documentándose estenosis del 99% de la arteria descendente anterior media (fig. 3) sobre la que se realiza angioplastia coronaria transluminal percutánea con implante de stent farmacoactivo. En la primera semana postinfarto el paciente permanece asintomático y es alta hospitalaria 8 días después del evento.

Conclusiones: El síndrome de Wellens, descrito en 1982, se define como la presencia de alteraciones electrocardiográficas que predicen la presencia de una lesión significativa del segmento proximal de la arteria descendente anterior, con una especificidad alta de aproximadamente el 89%. En la literatura se describen clásicamente dos patrones: tipo A con ondas T isodifásicas en derivaciones V2-V3, un 25% de los casos (como el presentado); y tipo B, ondas T negativas profundas en las mismas derivaciones precordiales, un 75% de los casos. El conocimiento y reconocimiento precoz de estas alteraciones es de vital importancia en la práctica clínica, ya que puede evitar un desenlace potencialmente nefasto.

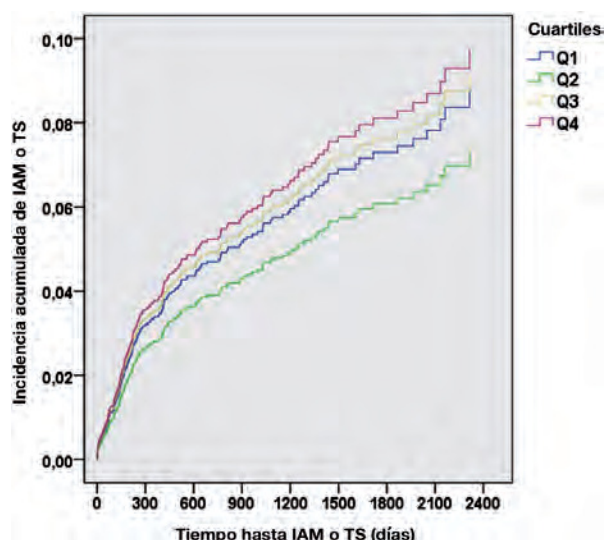
P03. RIESGO DE INFARTO DE MIOCARDIO O TROMBOSIS DEL STENT EN FUNCIÓN DE LA LONGITUD TOTAL DEL STENT EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO SOMETIDOS A INTERVENCIONISMO CORONARIO PERCUTÁNEO CON STENTS FARMACOACTIVOS DE SEGUNDA GENERACIÓN

B. Caneiro Queija, E. Abu Assi, S. Raposeiras Roubín, R. Cobas Paz, I. Muñoz Pousa, M. Cespón Fernández, L. Rioboo Lestón, K. Jamhour Chelh, S. Fernández Barbeira, F.E. Calvo Iglesias y A. Íñiguez Romo

Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro.

Introducción y objetivos: Poco se sabe acerca del impacto de la longitud total del stent en los reingresos por infarto de miocardio (IAM) y trombosis del stent (TS) tras el alta por un síndrome coronario agudo (SCA) tratado con intervencionismo coronario percutáneo (ICP) y stents farmacoactivos (DES) de segunda generación. Hemos examinado la relación entre la longitud del stent e IAM o TS en una cohorte contemporánea de pacientes con SCA tratados con DES de segunda generación.

Métodos: Retrospectivamente, en un hospital de tercer nivel entre 2010 y 2017, seleccionamos 3.263 pacientes consecutivos con SCA sometidos a ICP con implante de DES y que recibieron doble terapia antiagregante plaquetaria al alta. Los pacientes con triple terapia fueron excluidos del estudio. Analizamos los DES de segunda generación por cuartiles de longitud: Q1 (7-18 mm), Q2 (19-32 mm), Q3 (33-53 mm) y Q4 (> 53 mm). Se registraron el IAM y la TS durante el seguimiento en cada cuartil y se compararon con Q1 (cuartil de referencia). Calculamos las hazard ratio (HR) ajustadas y el intervalo de confianza al 95% empleando modelos de regresión multivariable de Cox.



Resultados: Un 26,6% de los pacientes pertenecían a Q1 (n = 867), 25,2% Q2 (n = 821), 24% Q3 (n = 783) y 24,3% Q4 (n = 792). El aumento en la longitud del stent se asociaba con mayor frecuencia a varones (p = 0,01), con mayor prevalencia de arteriopatía periférica (p = 0,04) e ICP previo (p = 0,03); pero con menor prevalencia de presentación como IAMSEST (frente a IAMCEST), (p = 0,003). Prasugrel y ticagrelor se emplearon en un 19% (n = 620) y 30% (n = 1.044), respectivamente. El empleo de ambos se incrementó de Q1 a Q4. Durante un seguimiento de 1,7 años (RIQ 1,1-4,1), 212 pacientes (6,5%) presentaron IAM/TS. La tasa de trombosis del stent fue de

0,8% (n = 27 pacientes). Después de ajustar por potenciales factores confusores y comparando con el primer cuartil, los pacientes en Q4 mostraban una tendencia a un mayor riesgo ajustado de IAM/TS (Q2, HR = 0,81 [IC95% 0,54-1,21]; Q3, HR = 1,0 [IC95% 0,67-1,50] y Q4, HR = 1,16 [IC95% 0,90-1,67]).

Conclusiones: El aumento en la longitud del stent tiende a asociarse con un aumento en el riesgo ajustado de IAM o TS en pacientes con SCA tratados con DES de segunda generación. A pesar del aumento significativo del riesgo trombótico en los cuartiles de mayor longitud, prasugrel y ticagrelor se emplearon en un porcentaje relativamente bajo de estos pacientes.

P04. EDEMA AGUDO DE PULMÓN EN EL CONTEXTO DE PERFORACIÓN VALVULAR COMO COMPLICACIÓN DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA SUBAGUDA

N. Barja González, V. León Argüero, M. Soroa Ortuño, A. Junco Vicente, J. Calvo Blanco, H. Cigarrán Sexto y C. Morís de la Tassa

Hospital Universitario Central de Asturias.

Introducción y objetivos: Presentamos el caso de un varón con cuadro de edema agudo de pulmón en el contexto de endocarditis infecciosa sobre válvula mitral nativa con perforación de velo posterior.

Métodos: Varón de 66 años con antecedentes de HTA y dislipemia, a seguimiento ambulatorio por insuficiencia mitral severa por prolapso de P2 y FEVI conservada. Presenta cuadro larvado de síndrome general y anemia ferropénica, comenzando semanas después con picos febriles sin foco etiológico claro y sin respuesta a antibioterapia empírica oral. Acude al servicio de Urgencias por cuadro de disnea rápidamente progresiva, taquipnea y edemas en miembros inferiores, con datos de congestión pulmonar y sistémica. Se realiza ecocardiograma transtorácico (ETT), que muestra imagen sugestiva de verruga sobre velo posterior de válvula mitral. El diagnóstico se completa con ecocardiograma transesofágico (ETE) y TC cardiaco, donde se objetiva gran vegetación a nivel de P2 en cara valvular mitral, con perforación del velo a dicho nivel. En hemocultivos se detecta crecimiento de *Staphylococcus oralis* multisensible, iniciándose antibioterapia dirigida. El paciente presenta datos de inestabilidad hemodinámica, con mala respuesta a tratamiento intensivo, por lo que se decide cirugía emergente, realizándose resección de tejido afecto y sustitución valvular mitral por prótesis St. Jude, con buena evolución posterior y resolución favorable del cuadro.

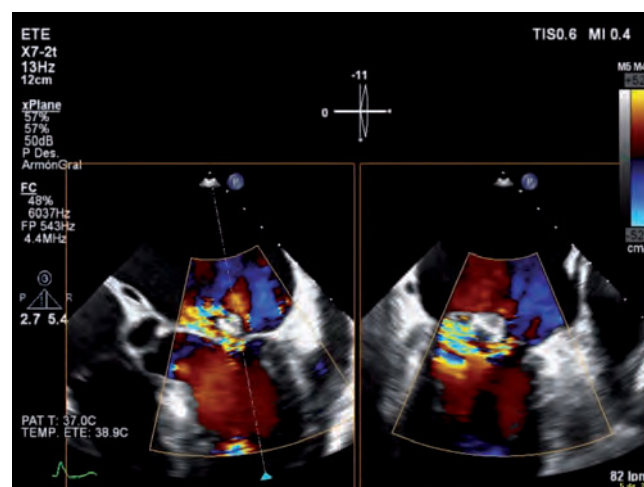


Figura 1



Figura 2

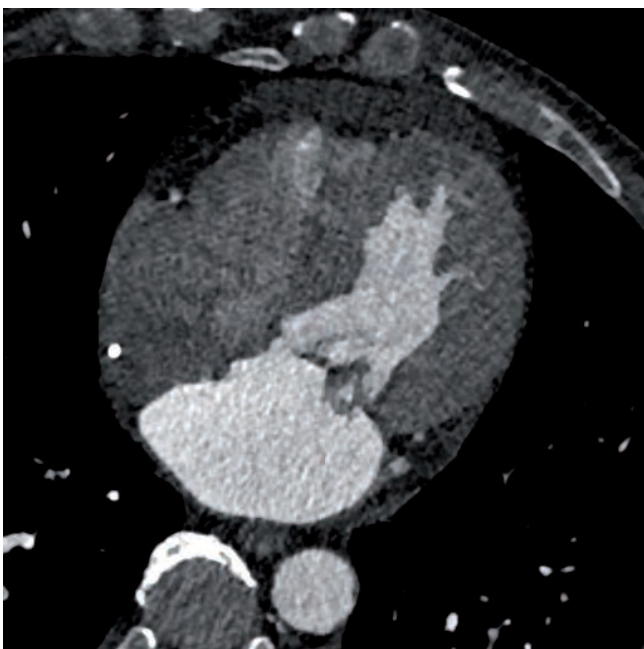


Figura 3

Conclusiones: El edema agudo de pulmón refractario a tratamiento en el contexto de endocarditis complicada con perforación valvular supone una entidad con elevada morbimortalidad, resultando prioritario el reconocimiento inicial del cuadro y el abordaje multidisciplinar del mismo. Las técnicas de imagen constituyen un pilar fundamental en el diagnóstico de endocarditis infecciosa, siendo la ecocardiografía la principal herramienta disponible en la actualidad.

P05. TROMBOSIS PROTÉSICA: ABORDAJE Y DIAGNÓSTICO, A PROPÓSITO DE UN CASO

R. Álvarez Velasco, C. Corros, J. Rozado, A. Adebá, N. Barja, M. Vigil-Escalera, E. Capín y J.M. de la Hera

Hospital Universitario Central de Asturias.

Métodos: Paciente de 77 años, hipertensa e intervenida hace 10 años de recambio valvular aórtico por estenosis aórtica severa, implantándose prótesis mecánica aórtica St. Jude. Acude al servicio de urgencias por aumento de su disnea en los últimos días con ortopnea y disnea paroxística nocturna. A su llegada la paciente se encuentra en situación de edema agudo de pulmón (EAP). Refiere ingreso previo hace 3 meses en el que fue intervenida de implante de prótesis de cadera. Se realiza ecocardiografía transtorácica en la que se objetiva gradientes aórticos elevados e insuficiencia aórtica severa. Se revisa la historia de la paciente y fue alta tras la cirugía de cadera con dosis infraterapéuticas de heparinas de bajo peso molecular. Por lo que con alta sospecha de trombosis protésica aórtica se realiza ecocardiografía transesofágica que muestra estenosis e insuficiencia aórtica severa y escasa movilidad de los discos. Con dicho diagnóstico de sospecha y dada la situación actual de la paciente en EAP y shock cardiogénico, es intervenida de forma emergente para recambio valvular aórtico. Durante la cirugía es imposible la retirada de circulación extracorpórea por lo que se implanta ECMO veno-arterial. Evoluciona de forma desfavorable tras la cirugía, en situación de shock cardiogénico refractario y finalmente fracaso multiorgánico, siendo exitus.

Conclusiones: La trombosis protésica es una entidad poco frecuente. Es más frecuente que ocurra en posición mitral y en las válvulas mecánicas. Clínicamente la presentación de las trombosis protésicas puede ser muy amplia, desde disnea progresiva, dolor torácico, insuficiencia cardíaca hasta shock cardiogénico. En estos pacientes las técnicas de imagen como la ecocardiografía transtorácica y transesofágica son esenciales en el diagnóstico. Observándose aumento de los gradientes transvalvulares, insuficiencias valvulares y movilidad reducida de las valvas o discos. En las prótesis mecánicas la realización de cinefluoroscopia para visualizar la movilidad de los discos protésicos es muy útil y ayuda al diagnóstico. La distinción entre trombosis y pannus presenta gran complejidad, es de gran utilidad para distinguirlo el TC cardíaco y la historia clínica; Aunque el diagnóstico definitivo se confirma con la inspección directa de la válvula o estudio anatomopatológico. El tratamiento de las trombosis protésicas es dependiente del grado de obstrucción valvular. En los pacientes con trombos no obstructivos la optimización de la anticoagulación es el tratamiento inicial. En los pacientes con obstrucción valvular el tratamiento de elección es la cirugía. En los que no son candidatos a cirugía se podría valorar la fibrinólisis.

P06. PORTADOR DE MARCAPASOS Y SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR

R. Álvarez Velasco, A. Adebá, M. Vigil-Escalera, E. Capín, N. Barja, A. Junco, M. Soroa, L. Gutiérrez, M. Martín, J.M. de la Hera y C. Morís

Hospital Universitario Central de Asturias.

Introducción y objetivos: El síndrome de vena cava superior (SVCS) como complicación tras implante de marcapasos es una entidad infrecuente. La sospecha clínica y las técnicas de imagen son esenciales en el diagnóstico.

Métodos: Paciente de 75 años hipertenso, diabético y dislipémico. Como antecedentes de interés es portador de un marcapasos Medtronic DDDR desde hace 20 años y presenta gammopatía monoclonal de significado incierto en situación estable. Acude al servicio de urgencias por clínica de edema y rubefacción facial, aumento de su disnea y varios episodios sincopales sin pródromos en los últimos días. Ante sos-

pecha de SVCS se realiza un TC tórax con contraste en el que se objetiva a nivel de la desembocadura de la vena ácigos una trombosis de la vena cava hasta su entrada en la aurícula con trombo organizado alrededor de los cables del marcapasos. Se decide realizar fibrinólisis local de la cava y angioplastia con balón a dicho nivel, con lo que el paciente presenta mejoría clínica con disminución de edema en esclavina y buena evolución. A los 3-4 meses comienza nuevamente con episodios sincopales frecuentes se repiten las pruebas de imagen que muestran persistencia de la trombosis y obstrucción de la vena cava por lo que se decide tratamiento quirúrgico con extracción de los electrodos y recanalización de la vena cava superior, con implante de marcapasos epicárdico VVI.

Conclusiones: El SVCS se presenta clínicamente como edema facial o de miembros superiores, disnea y distensión de las venas cervicales o del tórax. Las causas más frecuentes suelen ser malignas, que producen compresión extrínseca por masas mediastínicas. La trombosis de la vena cava superior como complicación tras implante de marcapasos presenta una incidencia menor al 0,5% de los casos. Aunque se cree que hasta un 30% podrían presentar trombosis de la vena cava asintomática. Se produce por daño mecánico del endotelio o por infecciones de los cables activando la cascada inflamatoria, produciéndose fibrosis y trombosis. El diagnóstico se realiza con TC tórax con contraste y también puede ser útil la ecocardiografía transesofágica. Puede ocurrir al tiempo inmediato del implante o desarrollarse años después. Esta patología es indicación para la extracción de los electrodos. El manejo de estos pacientes puede ser médico o quirúrgico. Las técnicas quirúrgicas incluyen desde abordaje percutáneo mediante fibrinólisis local, angioplastia con balón o hasta cirugía abierta con circulación extracorpórea.

P07. EL PAPEL DE LA AUSCULTACIÓN EN LA ERA DE LA IMAGEN AVANZADA

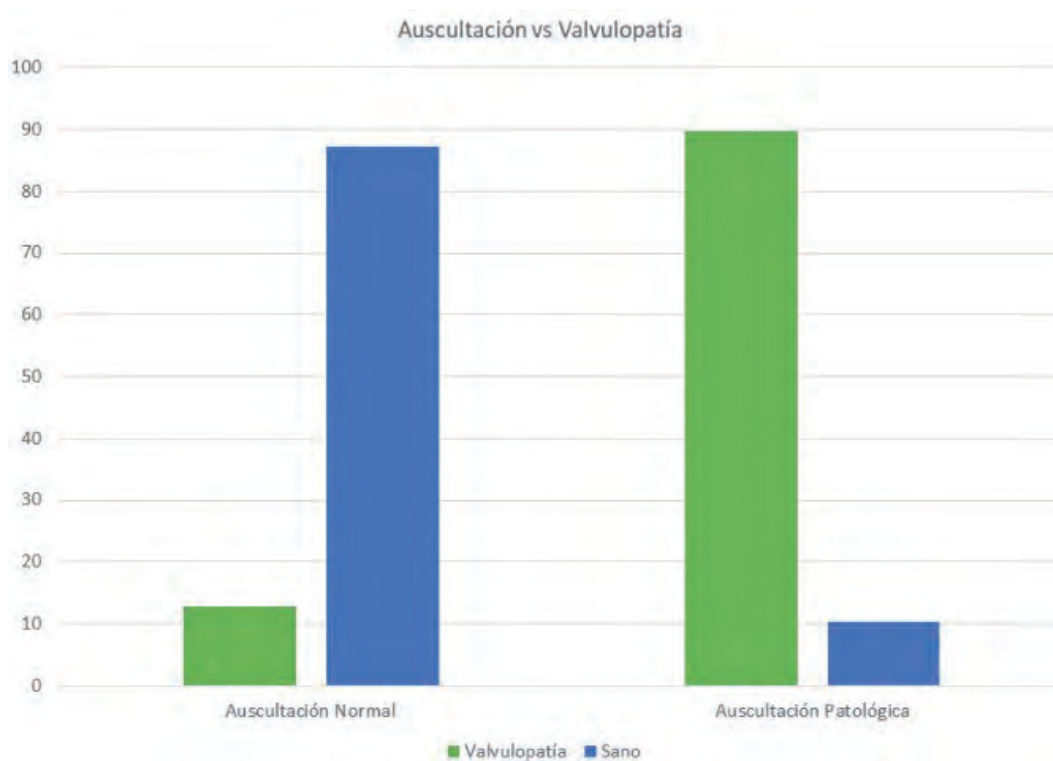
A. Adebá García, M. Vigil-Escalera Díaz, R. Álvarez Velasco, A. Martínez León, P. Flórez Llano, L. Gutiérrez de la Varga, M. Soroa Ortuño, M. Martín Fernández, L. García Pérez, J.M. de la Hera Galarza y C. Morís de la Tassa

Hospital Universitario Central de Asturias.

Introducción y objetivos: Evaluar el nivel de destreza adquirido durante los primeros años de la residencia de cardiología en la auscultación cardíaca a través del grado de correlación de la misma con los hallazgos ecocardiográficos.

Métodos: Se realizó una auscultación cardíaca sistemática, por un residente de cardiología de tercer año, de todos los pacientes a los que fuera a realizar un ecocardiograma transtórácico (ETT) en el laboratorio de imagen cardíaca de un hospital terciario entre los meses de agosto y octubre de 2018. La exploración física se realizaba previamente al ETT y sin conocer datos de la historia clínica del paciente ni del motivo de petición de la prueba. Se recogieron características de los soplos (localización, intensidad, irradiación...) y posteriormente la presencia de valvulopatías significativas (moderadas o graves) u otras cardiopatías relevantes (miocardiopatía hipertrófica, comunicación interventricular, válvula aórtica bicúspide, etc.) descritas en el ETT.

Resultados: El número total de pruebas realizadas el laboratorio de imagen cardíaca en dicho periodo fueron 2160. La muestra total son 115 pacientes, de los cuales 47 (41%) presentaban una auscultación cardíaca normal y 68 (59%) patológica. En el grupo de los pacientes con auscultación normal 41 (87%) no presentaban cardiopatía (valor predictivo negativo) mientras que tan solo 6 (13%) sí. Por otro lado, en el grupo con auscultación cardíaca patológica 61 pacientes (90%) presenta-



Póster P07 Figura

ban cardiopatía asociada (valor predictivo positivo) y 7 pacientes (10%) no. La patología cardíaca que más se relacionó con la presencia de auscultación patológica fue la insuficiencia mitral (31%) seguida de la insuficiencia aórtica (27%) y la estenosis aórtica (21%). Hasta en un 36% de los pacientes coexistían más de una valvulopatía. Calculamos asimismo el coeficiente kappa de Cohen (0,77) lo que nos indica una buena concordancia entre auscultación y ETT.

Conclusiones: Aun en la era de la imagen avanzada, la auscultación cardíaca exhaustiva dentro de la valoración global del paciente sigue teniendo un papel fundamental dado su elevado valor predictivo negativo para descartar valvulopatías significativas. Una adecuada formación en dicha materia evitaría realizar pruebas complementarias adicionales en pacientes con exploración física normal y baja probabilidad pretest.

P08. RIESGO ISQUÉMICO Y HEMORRÁGICO TRAS UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN PACIENTES CON HISTORIA PREVIA DE CÁNCER TRATADOS CON DOBLE ANTIAGREGACIÓN PLAQUETARIA

I. Muñoz Pousa¹, S. Raposeiras Roubín¹, E. Abu-Assi¹, S. Manzano Fernández², F. D'Ascenzo³, J.P. Simao Enríques⁴, J. Saucedo⁵, A. Ariza Solé⁶, F. Cambrero Sánchez⁷, P.J. Flores Blanco², M. Cespón Fernández¹, B. Caneiro Queija¹, R.J. Cobas Paz¹ y A. Íñiguez Romo¹

¹Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro. ²Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. ³University of Turin. ⁴Academic Medical Center of Amsterdam. ⁵NothShore University Hospital, Chicago. ⁶Hospital Universitario de Bellvitge. ⁷Hospital General Los Arcos del Mar Menor.

Introducción y objetivos: Pocos estudios clínicos incluyen pacientes con historia de cáncer. Con este estudio intentamos analizar el riesgo isquémico y hemorrágico de pacientes con historia previa de cáncer que fueron tratados con doble terapia antiplaquetaria (DAPT) después de un síndrome coronario agudo (SCA) sometidos a intervencionismo coronario percutáneo (ICP).

Métodos: Los datos analizados en este estudio fueron obtenidos de la fusión de 3 registros clínicos de pacientes con SCA: BleeMACS (2004-2013), CardioCHUVI/Arritxaca (2010-2016) y RENAMI (2013-2016). Los 3 registros incluyen pacientes dados de alta de forma consecutiva tras un SCA sometidos a ICP y tratados con DAPT, un total de 26.076 pacientes. Se realizó un análisis de emparejamiento por puntaje de propensión para igualar las características iniciales de los pacientes con y sin antecedentes de cáncer. El impacto del cáncer previo en el riesgo isquémico y hemorrágico se evaluó mediante un análisis de riesgos competitivos de Fine y Gray, siendo la muerte el evento competitivo. Para el riesgo isquémico, hemos considerado un nuevo infarto agudo de miocardio (IAM), mientras que para el riesgo hemorrágico hemos considerado un sangrado mayor (SM), definido como sangrado que requiere ingreso hospitalario. El tiempo de seguimiento finalizó con la retirada o suspensión de la DAPT.

Resultados: De los 26.076 pacientes con SCA, 1.661 tenían antecedentes de cáncer (6,4%). Estos pacientes eran mayores y con más factores de riesgo cardiovascular. La DAPT con prasugrel/ticagrelor se prescribió menos en pacientes con cáncer en comparación con el resto de la población (14,5% frente a 22,4%, $p < 0,001$). Durante un seguimiento medio de $12,2 \pm 4,8$ meses, murieron 964 pacientes (3,7%) y se registraron 640 IAM (25%) y 685 SM (2,6%). Las incidencias acumuladas de IAM y SM fueron mayores en pacientes con cáncer previo (5,1 y 5,2 por 100 pacientes/año, respectivamente). Después de igualar la puntuación de propensión, obtuvimos dos grupos emparejados de 1.656 pacientes. Los pacientes con cáncer previo mostraron un

riesgo mayor de IAM (sHR 1,44, IC95% 1,01-2,04, $p = 0,044$) pero no un riesgo mayor de SM (sHR 1,21, IC95% 0,88-1,68, $p = 0,248$), en comparación con las personas sin cáncer previo.

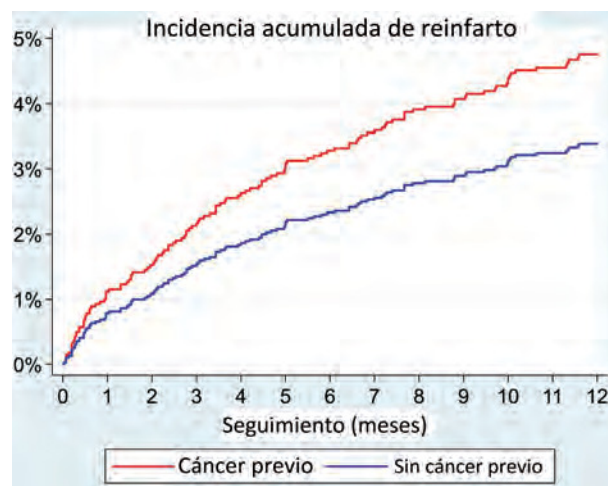


Figura 1

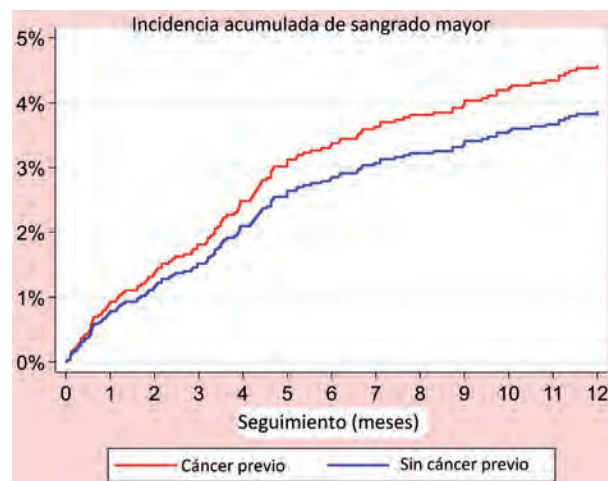


Figura 2

Conclusiones: En pacientes con SCA dados de alta con DAPT después del ICP, la historia previa de cáncer es un factor independiente de mayor riesgo isquémico, en términos de IAM, pero no es un predictor independiente del aumento de riesgo hemorrágico.

P09. EL ANÁLISIS ESPECTRAL DEL INTERVALO QT AUMENTA LA PRECISIÓN DE LA PREDICCIÓN DE LAS VARIABLES CLÍNICAS EN EL SÍNDROME DE BRUGADA

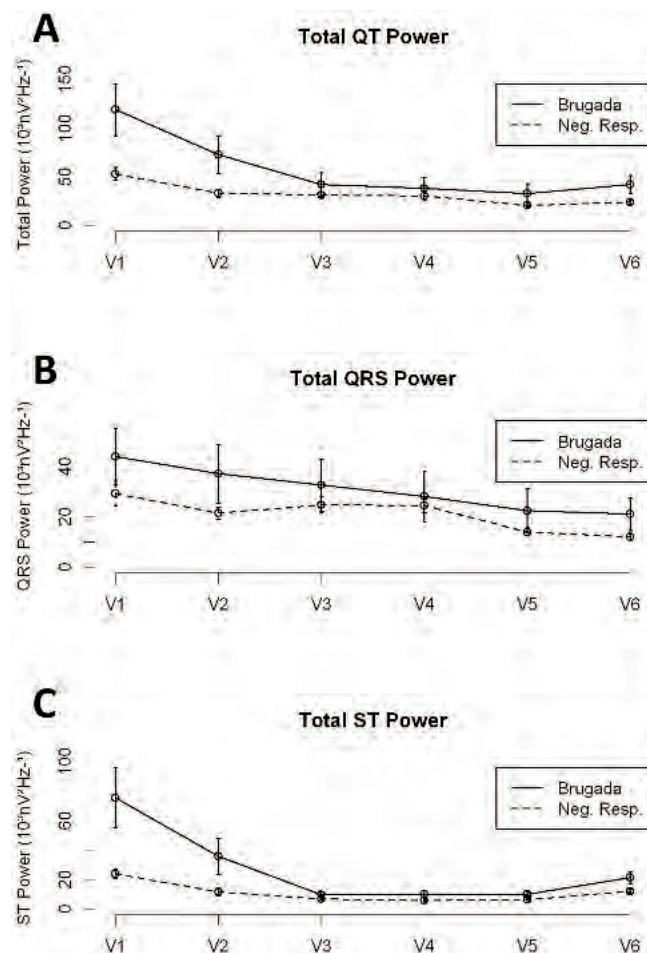
D. García Iglesias¹, J. Rubín López¹, D. Pérez Díez¹, P. Flórez Llano¹, A. Martínez León¹, A. Flores Fuentes¹, J. Reguero¹, J.M. de la Hera¹, P. Avanzas Fernández¹, J. Gómez¹, E. Coto¹, F.J. de Cos Juez², C. Morís de la Tassa¹ y D. Calvo Cuervo¹

¹Hospital Universitario Central de Asturias. ²Universidad de Oviedo.

Introducción y objetivos: Actualmente existe una gran incertidumbre en el manejo clínico de los pacientes con síndrome

de Brugada (BrS), lo que hace que en muchas ocasiones este sea subóptimo. Exploramos si el análisis espectral en el ECG puede ayudar en el diagnóstico y la predicción de eventos clínicos en los pacientes con BrS.

Métodos: Se analizaron los datos de 337 pacientes: 43 con patrón de electrocardiográfico de Brugada tipo I espontáneo (Espont-BrS), 112 inducido por fármacos (Induc-BrS) y 182 con una respuesta negativa al test farmacológico con bloqueadores de canales de sodio (respondedores negativos: NR). Los ECG digitalizados se procesaron utilizando la transformada de Wavelet, para analizar el contenido de alta frecuencia en el espectro de 85 a 130 Hz.



Contenido de alta frecuencia a lo largo de las derivaciones precordiales precordiales; Comparaciones entre pacientes con BrS y NR. Panel A: potencia total en el intervalo QT. Panel B: potencia total en el intervalo QRS. Panel C: potencia total en el intervalo ST. NR (Resp. Neg.): Respondedores negativos.

Resultados: La potencia total del contenido de alta frecuencia en el segmento ST (PotTotal-ST) fue mayor en los pacientes con BrS en comparación con los pacientes NR (Espont-BrS: 28,126 (7,274-48,978); frente a Induc-BrS: 26,635 (15,846-37,424); frente a NR: 11,13 (8,917-13,343) nV²/Hz⁻¹10³; p = 0,002). No se observaron diferencias entre los pacientes con BrS, comparando los patrones electrocardiográficos. Sin embargo, la PotTotal-ST de los pacientes con patrón electrocardiográfico no diagnóstico (tipo II o III) fue significativamente menor en los pacientes NR, comparada con los mismos patrones de ECG registrados en pacientes con BrS (BrS: 31,07 (16,856-45,283); frente a NR: 10,8 (7,248-14,352) nV²/Hz⁻¹10³; p = 0,007). El PotTo-

tal-ST, la edad y el historial familiar de BrS fueron predictores independientes de respuesta positiva en los test de provocación con fármacos. Al comparar los modelos, la PotTotal-ST incrementa el área bajo la curva ROC de manera significativa (con 0,607 frente a sin 0,528, p = 0,001). Solo el síncope se asoció con un mayor riesgo de eventos clínicos durante el seguimiento (55,8 ± 39,35 meses). Sin embargo, al añadir la PotTotal-ST al síncope el área bajo la curva ROC aumentó significativamente (con 0,784 frente a sin 0,715, p = 0,04).

Conclusiones: El contenido de alta frecuencia de las señales de ECG de superficie puede ser de importancia diagnóstica y pronóstica en los pacientes de BrS.

P10. GRADO DE CONOCIMIENTO DE LOS ANTICOAGULANTES ORALES DIRECTOS Y LA FIBRILACIÓN AURICULAR ENTRE LOS ODONTÓLOGOS ESPAÑOLES

J. Bayón¹, V. Gordo¹, Í. Lozano², M. Santas-Álvarez¹, R.A. Abellas-Sequeiros¹, R. Ríos-Vázquez¹, A. Testa-Fernández¹, A. López-López², R. Ocaranza-Sánchez¹ y C. González-Juanatey¹

¹Hospital Universitario Lucus Augusti. ²Hospital de Cabueñes.

Introducción y objetivos: La fibrilación auricular (FA) afecta entre 1-2% de la población mundial, y es la primera causa de eventos embólicos. La terapia anticoagulante previene la mayoría de ictus isquémicos y ha demostrado aumento de la supervivencia. Existe un número creciente de pacientes con problemas cardiovasculares que acuden a las consultas odontológicas, pero se desconoce el porcentaje de anticoagulados y tampoco se dispone de recomendaciones sólidas sobre el manejo de estos fármacos en odontología.

Métodos: Determinar el grado de conocimiento de los odontólogos de nuestro país sobre la fibrilación auricular y los anticoagulantes orales mediante una encuesta telefónica anonimizada a 150 odontólogos. El cuestionario incide en preguntas sobre el conocimiento de la FA, los anticoagulantes orales, haciendo hincapié, en los anticoagulantes directos (ACOD) y la posible existencia de protocolos específicos de suspensión de la anticoagulación de cara a distintos procedimientos odontológicos.

Resultados: Se realizaron 197 llamadas y 47 odontólogos (23,9%) rehusaron su participación. De los 150 encuestados, el 90% conocían el término FA, y el 73,3% los ACOD, así como su mecanismo de acción (57,3%). Menos del 40% conocía el nombre comercial o principio activo. En cuanto al estudio de la existencia de protocolos de manejo de la anticoagulación en procedimientos odontológicos, sólo reconoce tenerlos el 65,3% de los encuestados. El 20% suspenden los antagonistas de la vitamina K (AVK), 1,3% los ACOD y el 45,3% ambos. Los días de suspensión varían entre 2 días de media para los AVK y 1 día para los ACOD. El 76,7% de los odontólogos derivan a los pacientes a sus médicos responsables antes de suspender la anticoagulación. Sólo 50 encuestados (33,3%) conocían el posicionamiento de las sociedades científicas con respecto al manejo seguro de la anticoagulación.

Conclusiones: Los odontólogos españoles, aun conociendo la FA y los ACOD, sólo reconocen en una pequeña proporción sus nombres comerciales y su principio activo. Destaca la heterogeneidad en cuanto a los protocolos de suspensión, en función del tipo de anticoagulante, procedimiento y tiempo hasta el mismo. Esto muestra una falta de consenso en cuanto a la práctica clínica y supone una oportunidad de mejora, mediante la promoción y formación en dichos aspectos desde las sociedades científicas implicadas.

Póster P10 Tabla

Preguntas del cuestionario	No (%)	Sí (%)	NS/NC (%)
1.- ¿Sabe que es la fibrilación auricular?	15 (10%)	135 (90%)	
2.- ¿Conoce la existencia de los anticoagulantes orales directos?	40 (26,7%)	110 (73,3%)	
3.- ¿Conoce el nombre de los principios activos que se enumeran a continuación?:			
Dabigatrán	113 (75,3%)	37 (24,7%)	
Rivaroxabán	102 (68%)	48 (32%)	
Apixabán	121 (80,7%)	29 (19,3%)	
Edoxabán	135 (90%)	15 (10%)	
4.- ¿Conoce los nombres comerciales que se enumeran a continuación?:			
Pradaxa®	78 (52%)	72 (48%)	
Xarelto®	96 (64%)	54 (36%)	
Eliquis®	115 (76,7%)	35 (23,3%)	
Lixiana®	117 (78%)	33 (22%)	
5.- ¿Cree que existen diferentes mecanismos de acción entre los anticoagulantes clásicos (Sintrom, Warfarina) y los anticoagulantes orales directos (Pradaxa®, Xarelto®, Eliquis®, Lixiana®)?	16 (10,7%)	86 (57,3%)	48 (32%)
¿Suspende los distintos tipos de anticoagulantes a sus pacientes antes de realizar un procedimiento?	52 (34,7%)	98 (65,3%)	
No			
Sí			
- En todos			
- En algunos. ¿Cuál?			
Suspensión según procedimiento	52 (34,7%)	Todos los procedimientos: 35 (23,3%) Cirugía menor 49 (32,7%) Extracciones dentales 14 (9,3%)	
¿Utiliza usted distintos protocolos de suspensión de la anticoagulación según sean anticoagulantes clásicos (Sintrom, warfarina) o los anticoagulantes orales directos (Pradaxa, Xarelto, Eliquis, Lixiana)?			
No			
Si			
- Sintrom ¿Cuántos días antes?			
- ACODs ¿Cuántos días antes?			
* Consulta con AP/otros			
Suspensión según el anticoagulante	52 (34,7%)	Sintrom 28 (18,7%) ACOD 2 (1,3%) Todos 68 (45,3%)	
Días de suspensión del Sintrom	0 días 1 día 2 días 3 días 4 días 5 días 7 días	3 (2%) 7 (4,7%) 11 (7,4%) 6 (4%) 3 (2%) 2 (1,3%) 1 (0,7%)	
Días de suspensión del ACOD	0 días 1 día 2 días 3 días	2 (1,3%) 14 (9,3%) 2 (1,3%) 1 (0,7%)	
Deriva a AP/otros para tomar la decisión	45 (30%)	105 (70%)	
¿Cree que existe la posibilidad de algún evento adverso tras la retirada de la anticoagulación de estos pacientes?	35 (23,3%)	115 (76,7%)	
¿Conoce la frecuencia de ictus en pacientes con fibrilación auricular tras la retirada de la anticoagulación?	150 (100%)		
No			
Sí (%)			
¿Conoce el posicionamiento de la Asociación Dental Americana y de las Sociedades Dentales españolas con respecto al manejo seguro de la anticoagulación oral en los procedimientos odontológicos?	100 (66,7%)	50 (33,3%)	

P11. COMPARACIÓN DE MODELOS DE RIESGO PARA EL DIAGNÓSTICO DE DIABETES NO CONOCIDA EN PACIENTES CORONARIOS. UTILIDAD DE UN ALGORITMO DIAGNÓSTICO

J.M. Vegas Valle¹, E. Delgado Álvarez², E. Martín Hernández¹, J.M. García Ruiz¹, J. Rondán Murillo¹, Í. Lozano Martínez-Luengas¹ y J.M. de la Hera Galarza²

¹Hospital Universitario de Cabueñes. ²Hospital Universitario Central de Asturias.

Introducción y objetivos: La diabetes en una patología cada vez más frecuente. En pacientes con enfermedad cardiovascular se asocia a un peor pronóstico y a una mayor comorbilidad. Su diagnóstico precoz posibilita el inicio de medidas de prevención secundaria que han demostrado reducir el riesgo de eventos isquémicos. Aunque es conocido que la sobrecarga oral de glucosa (SOG) es el mejor método de screening, ésta no es muy usada en la práctica clínica. Nuestro objetivo es establecer un score de riesgo y un algoritmo que permitan optimizar el uso de esta SOG para el diagnóstico de diabetes no conocida en pacientes con enfermedad coronaria.

Métodos: Realizamos SOG a todos los pacientes no diabéticos sometidos a intervencionismo coronario durante el periodo de reclutamiento. Mediante estadística clásica y técnicas de inteligencia artificial establecimos modelos/scores de riesgo para la prevalencia de DM. Comprobamos su precisión diagnóstica y su calibración.

Resultados: La prevalencia de DM no conocida fue de 22,7% (IC95% 18,63-27,54). En los modelos predictores de riesgo las variables relacionadas con el metabolismo glucídico como la hemoglobina glicosilada o la glucemia basal (OR 4,743 (IC95% 2,376-9,47) $p > 0,001$ fueron las de mayor peso estadístico. En la tabla se evidencian las variables predictoras según los modelos. El score de prevalencia por regresión logística presenta un área bajo la curva (AUC) de 0,801 (IC95% 0,738-0,864), $p < 0,001$ frente a AUC 0,840 (IC95% 0,789-0,91), $p < 0,001$ conseguido con Random Forest. Ambos modelos presentan una sensibilidad superior al 85% y un valor predictivo negativo del 95%. La calibración fue excelente sin encontrar diferencias entre la prevalencia de DM predicha y la real observada [diferencia de

probabilidades 0,043 (DE 2,33), t-Student 0,252 $p < 0,802$]. Utilizando los modelos más precisos podemos establecer un algoritmo diagnóstico (fig.) con una elevada capacidad de discriminación [sensibilidad 91%, especificidad 58%, VPN 96% y VPP 39%. AUC = 0,854 (IC95% 0,804-0,904), $p < 0,001$].

Selección de predictores por regresión logística	Variables importantes según inteligencia artificial
Edad > 65 años	Edad (años)
Glucemia basal ≥ 100 mg/dL	Glucemia basal (mg/dL)
Enfermedad vascular	Enfermedad vascular
HbA1c > 5,5	HbA1c (%)
Disfunción ventricular	Filtrado glomerular (mL/min/
	LDL colesterol (mg/dL)

Factores predictores en los modelos de regresión logística y machine learning para la prevalencia de DM oculta.

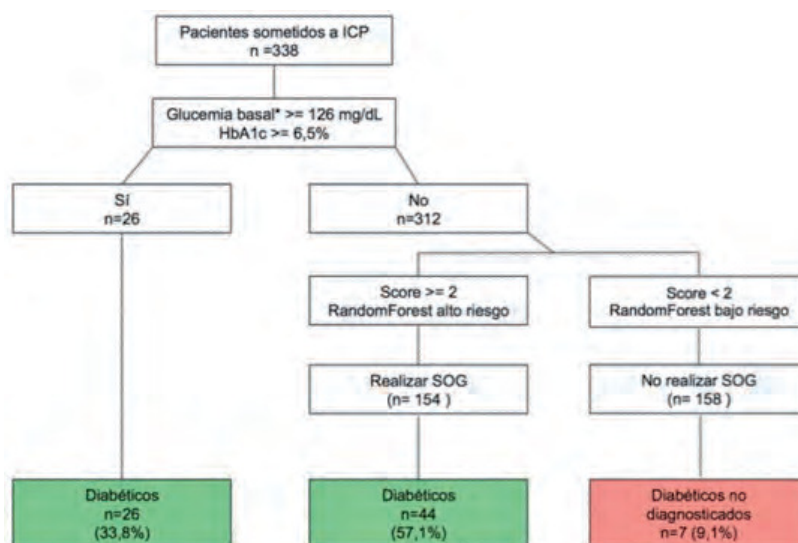
Conclusiones: La prevalencia de DM no conocida es elevada en pacientes sometidos a intervencionismo coronario. Aunque la realización universal de la SOG permite diagnosticar a todos los diabéticos no conocidos. Nuestro algoritmo permite optimizar y realizar un menor número de pruebas de SOG con una elevada capacidad diagnóstica. El modelo establecido por machine learning (Random Forest) es más preciso que el desarrollado por regresión logística binaria.

P12. A PROPÓSITO DE UN CASO. ANOMALÍA DE EBSTEIN

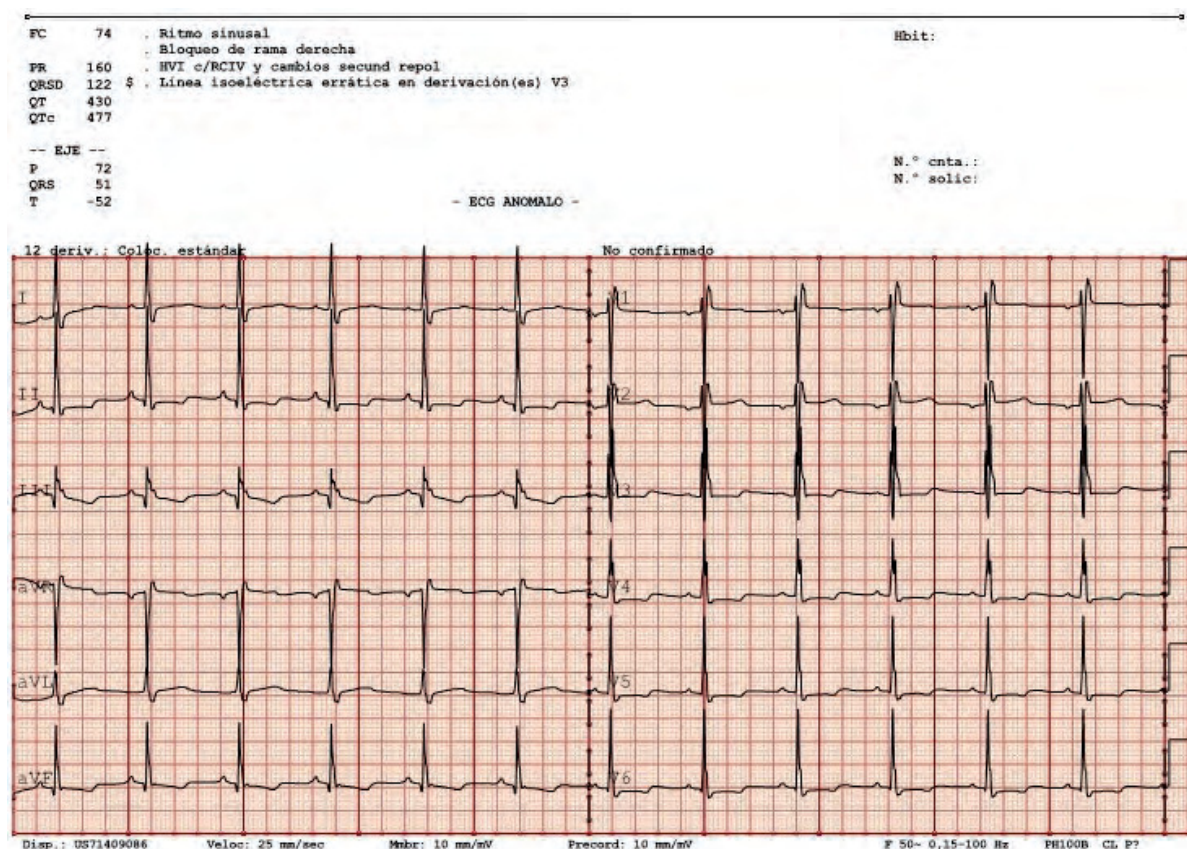
A. Junco Vicente, M. Martín Fernández, V. Barriales Álvarez, M. Soroa Ortuño, N. Barja González, A. Adebá García, R. Álvarez Velasco, M. Vigil-Escalera Díaz y C. Morís de la Tassa

Hospital Universitario Central de Asturias.

Introducción y objetivos: La anomalía de Ebstein es infrecuente (< 1% de todas las cardiopatías congénitas), y puede estar asociada a otros muy diversos defectos cardiacos. Alre-



* En pacientes con SCA la glucemia basal no debe realizarse en el momento agudo. Se recomienda hacer la SOG a las 2-3 semanas del alta.



Póster P12 Figura 1

dedor de la mitad de los pacientes con síndrome de Down padece algún tipo de cardiopatía, pero su asociación con el Ebstein es rara. El objetivo es la descripción de esta asociación mediante un caso clínico de la consulta de Cardiología. Presentamos un caso clínico, diagnosticado en el adulto como hallazgo casual, dado el interés docente por la baja prevalencia de esta anomalía congénita.

Métodos: Paciente de 47 años con síndrome de Down a seguimiento en Neurología por crisis epilépticas que derivan a la consulta de Cardiología por disnea de esfuerzo. Datos analíticos sin hallazgos relevantes y ECG en ritmo sinusal con bloqueo de rama derecha del haz de Hiss (fig. 1). En la consulta se

realiza ecocardiograma transtorácico que muestra un ventrículo izquierdo de dimensión y función normales, probable CIV perimembranosa con mecanismo de cierre. Válvulas mitral y aórtica normales. Aurícula derecha muy dilatada. Ventrículo derecho dilatado con función conservada por parámetros indirectos (TAPSE y DTI). Insuficiencia tricuspídea muy grave con desplazamiento apical del plano de inserción de ambos velos (velo septal con desplazamiento mayor de 8 mm/m² respecto al anillo auriculoventricular), compatible con anomalía de Ebstein tipo Carpentier A (figs. 2 y 3). Debido a la situación basal de la paciente no se amplían estudios al respecto, ajustando tratamiento médico.

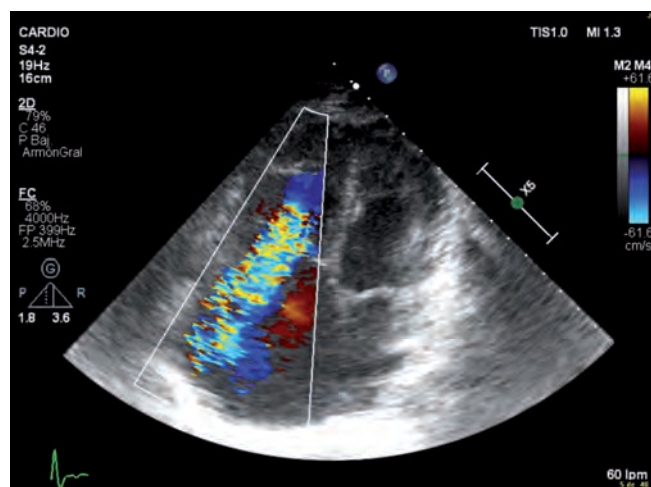


Figura 2

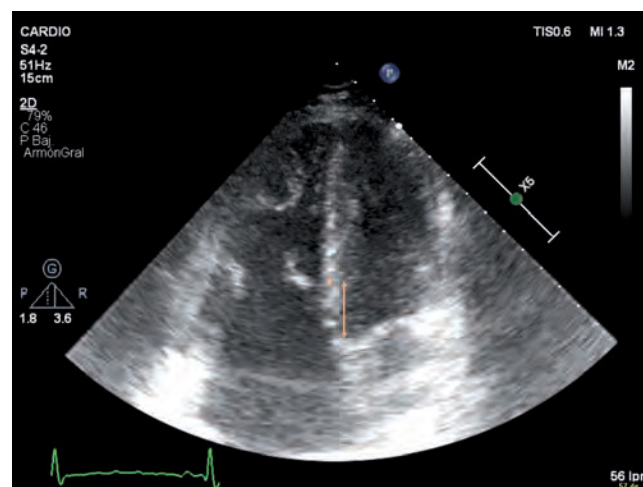


Figura 3

Conclusiones: La anomalía de Ebstein consiste en el desplazamiento de las valvas septal y postero-inferior de la válvula tricúspide hacia el ápex de ventrículo derecho, con la consiguiente "atrialización" de este ventrículo. Su presentación clínica es heterogénea, pudiendo encontrarse casos leves, que permanecen asintomáticos hasta la edad adulta con aceptable pronóstico a largo plazo. El diagnóstico se basa en la ecocardiografía. Otras técnicas de imagen como la resonancia cardiaca, describen mejor la malformación de cara a un posible tratamiento corrector quirúrgico. Pacientes asintomáticos pueden tratarse de forma conservadora y mantenerse bajo seguimiento estricto, mientras que la cirugía está indicada cuando hay dilatación de cavidades o deterioro progresivo de la función sistólica ventricular.

P13. BALANCE ISQUÉMICO-HEMORRÁGICO DE ACUERDO CON HISTORIA DE SANGRADO PREVIO EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN TRATAMIENTO CON DOBLE ANTIAGREGACIÓN PLAQUETARIA

P. Domínguez Erquicia¹, S. Raposeiras Roubín¹, E. Abu-Assi¹, F. D'Ascenzo², S. Manzano Fernández³, J. Saucedo⁴, J.P. Simao Henriques⁵, A. Ariza Solé⁶, M. Cespón Fernández¹, I. Muñoz Pousa¹, B. Caneiro Queija¹, R.J. Cobas Paz¹, L.M. Domínguez Rodríguez¹ y A. Íñiguez Romo¹

¹Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro. ²Universidad de Turín.

³Hospital Clínico Virgen de la Arrixaca. ⁴University of Chicago Medicine. ⁵Academic Medical Center of Amsterdam. ⁶Hospital Universitario de Bellvitge.

Introducción y objetivos: Las guías de la ESC recomiendan la pauta corta de DAPT en pacientes con alto riesgo de sangrado. Pacientes con ingreso previo por sangrado son considerados de alto riesgo de hemorrágico. Con nuestro estudio, nos propusimos mostrar el perfil isquémico-hemorrágico de los pacientes con sangrado previo en comparación con los que no tuvieron sangrados durante la DAPT.

Métodos. Los datos analizados fueron obtenidos de la fusión de 3 registros clínicos de pacientes con SCA: BleeMACS (2004-2013), CardioCHUVI/ARRIXACA (2010-2016) y RENAMI (2013-2016). Los 3 registros incluyen pacientes consecutivos dados de alta después de un SCA con DAPT y sometidos a ICP. El conjunto de datos fusionados contiene 26076 pacientes. Se realizó un análisis propensity-matched para igualar las características basales de los pacientes con y sin ingreso previo

por sangrado. El impacto por sangrado previo en el riesgo isquémico-hemorrágico fue evaluado mediante un análisis de riesgo competitivo, usando un modelo de regresión de Fine y Gray, siendo el desenlace muerte el evento competitivo. Para el riesgo isquémico hemos considerado un nuevo episodio de IAM, mientras que para el riesgo hemorrágico hemos considerado sangrado mayor definido como aquel sangrado que requiere ingreso hospitalario. El tiempo de seguimiento fue censurado por la suspensión/retiro de DAPT.

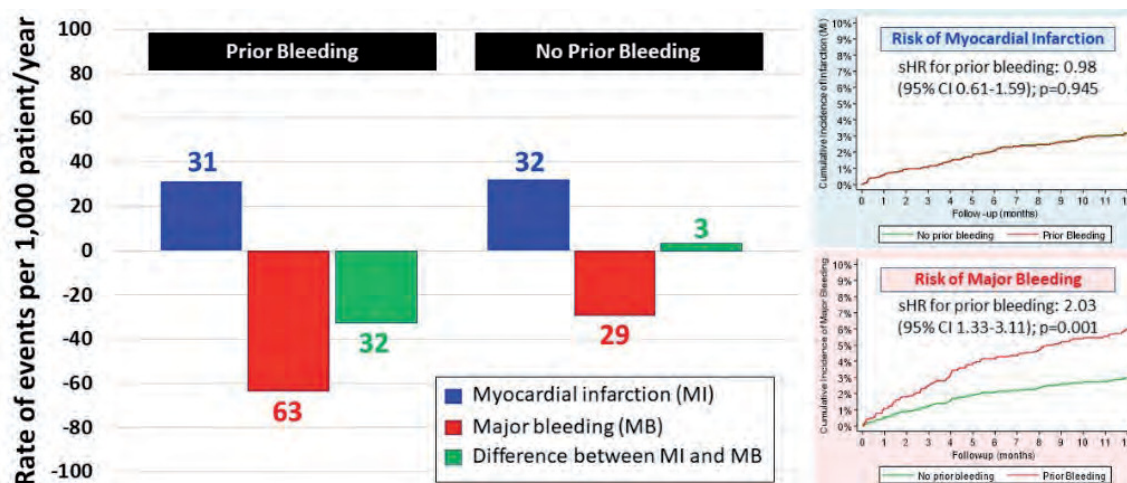
Resultados: De los 26.076 pacientes con SCA, 1105 tenían enfermedad arterial periférica (EAP) (4,2%). Durante un seguimiento medio de $12,2 \pm 4,8$ meses, 964 pacientes fallecieron (3,7%), 640 sufrieron un IAM (2,5%) y 685 tuvieron un sangrado mayor (2,6%). Después del propensity-score matching, dos grupos emparejados de 1.101 pacientes. En comparación con pacientes sin sangrado previo, los que tenían historia sangrado previo tuvieron mayor riesgo de sangrado mayor (sHR 2,03, IC95% 1,33-3,11, $p = 0,001$) con riesgo similar de IAM (sHR 0,98, IC95% 0,61-1,59, $p = 0,945$), comparativamente con los que no tenían EAP. La incidencia acumulada de IAM fue de 31 y 32 por 1.000 pacientes/año en pacientes con y sin hemorragia previa, respectivamente. La incidencia acumulada de hemorragia mayor fue de 63 y 29 por 1.000 pacientes/año en pacientes con y sin hemorragia previa, respectivamente. La diferencia entre tasa de IAM y tasa de sangrado mayor fue de -32 y +3 por 1.000 pacientes-año en pacientes con y sin hemorragia previa (fig.).

Conclusiones: Los pacientes con SCA y antecedentes de sangrado tienen un incremento significativo del riesgo de sangrado durante el tratamiento con DAPT. En estos pacientes, se recomienda la DAPT de corta duración (6 meses).

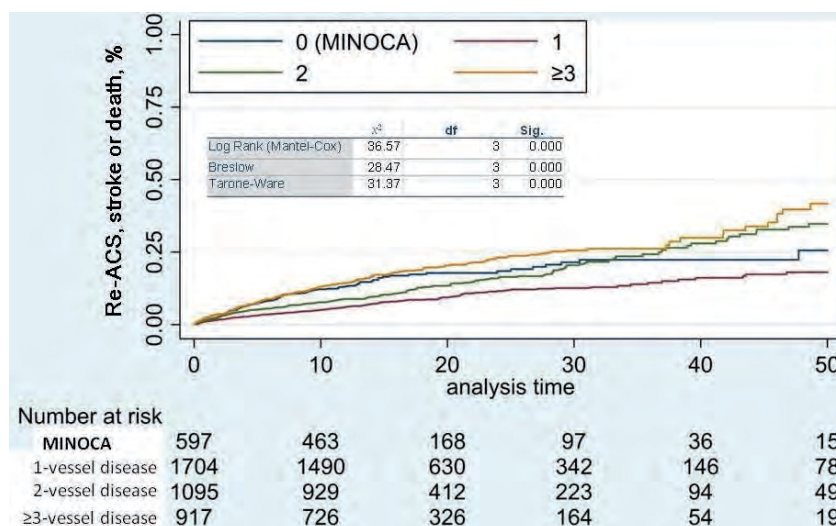
P14. COMPARACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS BASEALES Y EL PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES CON EL DIAGNÓSTICO DE MINOCA FRENTE A AQUELLOS CON LESIONES CORONARIAS OBSTRUCTIVAS

R.J. Cobas Paz, E. Abu-Assi, S. Raposeiras Roubín, B. Caneiro Queija, M. Cespón Fernández, I. Muñoz Pousa, P. Domínguez Erquicia, L.M. Domínguez Rodríguez, M. Castiñeira Busto, S. Fernández Barbeira y A. Íñiguez Romo
Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro.

Introducción y objetivos: El término MINOCA ha sido redefinido en las últimas guías de la ESC. El objetivo de nuestro estu-



Póster P13 Figura



Póster P14 Figura

dio fue analizar las características clínicas y el pronóstico a largo plazo de estos pacientes.

Métodos: Entre enero/2010 y diciembre/2016 se incluyeron retrospectivamente todos los pacientes que ingresaron de forma consecutiva en nuestro centro con el diagnóstico definitivo de IAM. En función del número de lesiones significativas objetivadas mediante angiografía coronaria, los pacientes se estratificaron en: 0 (MINOCA), 1, 2 y = 3 vasos. La definición de MINOCA se estableció de acuerdo con el documento de consenso del Grupo de trabajo de la ESC 2016. Se recogieron las características clínicas previas y durante el ingreso, así como datos analíticos y el tratamiento en el momento del alta hospitalaria. Se comparó el pronóstico de los pacientes con diagnóstico de MINOCA frente a MIOCA (EAC obstructiva) mediante la tasa de eventos combinada (reSCA, ictus y muerte) durante el seguimiento, realizando un análisis de supervivencia (Kaplan-Meier) y multivariado (regresión de Cox).

Resultados: Un 13,8% (n = 597) de los pacientes fueron clasificados como MINOCA. En comparación con el grupo MIOCA, estos eran mayores y predominantemente mujeres. El grupo MINOCA también tuvo un peor perfil de riesgo cardiovascular y presentó con más frecuencia FA durante el ingreso. El pico de troponina Ic fue menor en el MINOCA. Los pacientes con MINOCA tuvieron con más frecuencia historia previa de depresión y malignidad. Durante un seguimiento medio de 15 meses, 613 pacientes presentaron un nuevo SCA, ACV/AIT o muerte. La incidencia del endpoint combinado fue del 4,2% en MINOCA, 4,1% en EAC 1 vaso, 6,3% en EAC 2 vasos y 9,5% en EAC = 3 (p < 0,01) (fig.). Después de hacer un ajuste por edad, tipo de SCA, sexo, clase de Killip, HTA, DM, ACV/AIT, arteriopatía periférica, hemoglobina basal y tratamiento al alta la HR para el endpoint combinado fue de 1,02 (0,60-1,78; p = 0,93) en EAC de 1 vaso, 1,3 (0,7-2,2; p = 0,41) para EAC de 2 vasos y 1,6 (0,93-2,8; p = 0,08) en EAC = 3 vasos.

Conclusiones: En la presente cohorte, se clasificó como MINOCA a aproximadamente 1 de cada 14 pacientes ingresados con el diagnóstico de IAM. Estos pacientes tenían peor perfil de riesgo CV e historia previa de depresión. En comparación con el grupo de pacientes con lesiones obstructivas, tienen un impacto pronóstico en lo que respecta a rehospitalizaciones por SCA, ictus y muerte.

P15. CLASIFICACIÓN CAD-RADS EN EL ESTUDIO DEL DOLOR TORÁCICO EN URGENCIAS: UN MÉTODO SENCILLO Y SEGURO DE ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO

A.F. Borges de Jesús, F. Soto Loureiro, C. Delgado Sánchez-Gracián, M.C. Vázquez Caamaño, C. Trinidad López, M.C. Basalo Carbajales, A. Escudero González, M. Gutiérrez Feijoo, R. Guerola Segura, M. Vilar Freire, R. Fernández Álvarez, A. Silveira Correa, F.J. Tardáguila Montero y J.C. Arias Castaño

Hospital POVISA.

Introducción y objetivos: El dolor torácico sigue siendo el motivo más frecuente de atención en urgencias, por síntomas relacionado con patología cardiovascular; el TAC coronario, es un método fiable y rápido para detectar enfermedad coronaria significativa con baja radiación del paciente. El CAD-RADS una clasificación radiológica puede ayudar a una estratificación rápida de riesgo.

Métodos: De los pacientes que en el último año han solicitado consulta en nuestro centro hospitalario; hemos seleccionado 42 pacientes con el diagnóstico de dolor precordial a los que se ha realizado un TAC coronario. En nuestra serie predominan el sexo masculino y el tabaquismo como principal factor de riesgo, con una media de edad relativamente baja, el dolor precordial definido como atípico es el principal determinante de una categoría baja en la clasificación CAD-RADS. En los pacientes en lo que se dispone de un seguimiento (seis meses). Un CAD-RADS: 0-1 o 2 se relacionaron con un excelente pronóstico en el seguimiento, ausencia de eventos mayores cardiovasculares en el seguimiento (definido como muerte, muerte cardiovascular o SCA) y escasa frecuentación en urgencias. La dosis de radiación media empleada ha sido de 4,23 (± 5,25) cGy. Respecto a la selección de los pacientes, se han seleccionado pacientes que acuden por dolor precordial, sin elevación de marcadores de daño miocárdico (TnI media < 0,5 ng/ml) y sin cambios dinámicos del segmento ST.

Conclusiones: La categorización de los pacientes que acuden a un servicio de Urgencias; con el diagnóstico de dolor torácico con un riesgo bajo-intermedio, en base a la clasificación CAD-RADS, permite detectar de forma fiable y segura a los pacientes con enfermedad coronaria no significativa y con bajo riesgo de eventos graves en el seguimiento.

P16. VARIACIÓN DE LA FÓRMULA HUGE (EVALUACIÓN DEL RIESGO DE INSUFICIENCIA RENAL) EN PACIENTES ANCIANOS QUE PRESENTAN HIPOTENSIÓN TRANSITORIA DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO EN LA PLANTA DE CARDIOLOGÍA

F. Soto Loureiro, M. Gutiérrez Feijoo, R. Guerola Segura, M.C. Basalo Carbajales, A. Escudero González, M.C. Vázquez Caamaño, M. Vilar Freire, R. Fernández Álvarez, A. Silveira Correa y J.C. Arias Castaño

Hospital POVISA.

Introducción y objetivos: La fórmula HUGE es una alternativa; para el estudio de la función renal en pacientes ancianos; no es dependiente del filtrado glomerular; basándose en los siguientes parámetros; teniendo en cuenta la urea, el valor hematocrito y el género. Es frecuente que pacientes ingresados, especialmente aquellos sometidos a tratamiento diurético intensivo o bien en los que no se modifican las pautas terapéuticas domiciliarias.

Métodos: Hemos revisado los datos de 35 pacientes ingresados con una superior a los 75 años desde febrero de 2018 hasta enero de 2019 y que presentaron hipotensión transitoria durante su ingreso en planta de cardiología de un hospital secundario; con predominio del diagnóstico al ingreso de insuficiencia cardíaca y siendo la HTA el factor de riesgo más frecuente en estos pacientes. Así mismo todos los pacientes estaban polimedicados; apreciando una tendencia no significativa a presentar crisis de hipotensión precoz (en las primeras 48 horas) aquellos que recibían una combinación fija de vasodilatadores a altas dosis de forma crónica. Aplicando la ecuación HUGE; debemos destacar que los pacientes presentaron una variación del dicha ecuación (valores superiores a la unidad se consideran relevante), que resultó significativa en estos pacientes que presentaron crisis de hipotensión. Debido al reducido número de pacientes, no hemos encontrado diferencias significativas en el riesgo de desarrollar eventos que hemos definido como mayores (muerte, muerte por causa cardiovascular o reingreso en urgencias por insuficiencia cardíaca).

Conclusiones: Los pacientes ancianos que durante su ingreso desarrollan hipotensión transitoria presentan una variación significativa de la ecuación HUGE, que resulta marcador de riesgo de desarrollar insuficiencia renal. Dicha variación se asoció de forma significativa con el empleo de combinaciones fijas de vasodilatadores previas al ingreso y dosis altas de diuréticos endovenosos.

P17. FÍSTULA CORONARIO-BRONQUIAL: UN INFRECUENTE HALLAZGO EN EL LABORATORIO DE HEMODINÁMICA

P. Flórez Llano¹, A. Suárez Cuervo¹, E. Velasco Alonso², A. Alperi García¹, R.R. Padrón Escalada¹, A. Martínez León¹, A. Junco Vicente¹, N. Barja González¹, M. Soroa Ortuño¹, J. Calvo Blanco¹, H. Cigarrán Sexto¹ y C. Morís de la Tassa¹

¹Hospital Universitario Central de Asturias. ²Hospital Valle del Nalón.

Introducción y objetivos: La fístula arterial coronario-bronquial es una comunicación anormal entre las arterias coronarias y las arterias bronquiales, solo presente en el 0,5% de los pacientes sometidos a coronariografía. Presentamos un caso clínico de esta entidad infrecuente.

Métodos: Mujer de 74 años dislipémica, con el antecedente de bronquiectasias cilíndricas en llingula y lóbulo inferior izquierdo, que es estudiada en consulta de Cardiología por dolor torácico y disnea de esfuerzo. En la ecocardiografía no se

objetivan alteraciones, con un ventrículo izquierdo de tamaño y función normales. Sin embargo, la ergometría simple resulta positiva clínica y eléctrica por aparición de dolor torácico en el primer estadio de Bruce con depresión del segmento ST de 2 mm en la cara inferior, motivo por el que se remite a la paciente para coronariografía. En la coronariografía, no se objetivan lesiones obstructivas significativas, destacando el hallazgo de una fístula dependiente de la arteria circunfleja (fig. 1). Para una mejor caracterización de la fístula, se realiza sondaje selectivo de la arteria circunfleja mediante el catéter Amicath para inyección de contraste intracoronario, observando un trayecto fistuloso largo y tortuoso que termina en el lecho pulmonar (fig. 2). Se decide completar el estudio mediante una angiografía computarizada de arterias coronarias, que confirman el hallazgo definiendo una fístula de arteria coronaria circunfleja a arterias bronquiales de lóbulo inferior izquierdo (figs. 3 y 4). En la ergometría con isótopos, no se evidencia defectos de perfusión miocárdica, por lo que se mantiene a la paciente bajo tratamiento médico y seguimiento clínico.



Figura 1. Coronariografía en proyección AP neutra. Se observa trayecto fistuloso desde circunfleja a lecho pulmonar.



Figura 2. Coronariografía en proyección AP neutra. Sondaje selectivo con Amicath de arteria circunfleja.

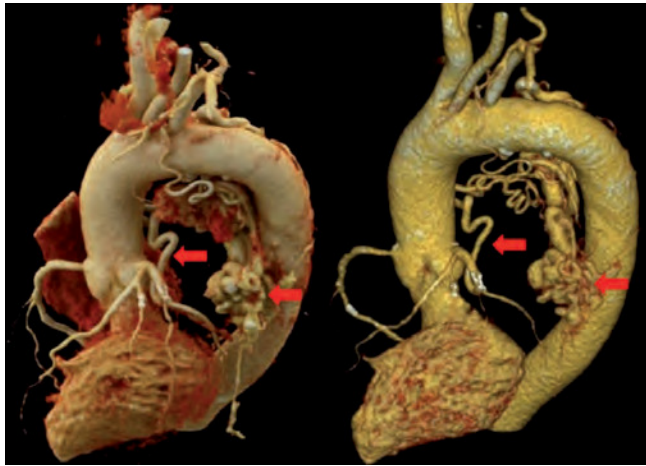


Figura 3. TC de tórax con reconstrucción 3D en visión lateral. La flecha roja señala el trayecto fistuloso desde coronaria circunfleja hacia arteria bronquial.



Figura 4. TC de tórax con reconstrucción 3D en visión posterior. La flecha roja señala el inicio de la fístula en arteria coronaria circunfleja.

P18. FLUTTER ATÍPICO TRAS TRASPLANTE CARDIACO ORTOTÓPICO: RETOS DEL ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO

A. Martínez León, D. Pérez Díez, P. Flórez Llano, A.Y. Flores Fuentes, L. Gutiérrez de la Varga, M.G. Almendárez Lacayo, L. Díaz-Chirón Sánchez, A. Adebá García, M. Vigil-Escalera Díaz, R. Álvarez Velasco, M. Soroa Ortuño, N. Barja González, D. Calvo Cuervo, J.M. Rubín López y C. Morís de la Tassa

Hospital Universitario Central de Asturias.

Métodos: Se presenta el caso de un paciente varón de 51 años sin antecedentes personales ni familiares de interés hasta hace 7 años que requirió trasplante cardiaco ortotópico (mediante técnica de anastomosis biauricular) de forma urgente (Urgencia 0) tras ingreso por miocardiopatía dilatada idiopática con disfunción severa de VI en shock cardiogénico que precisó apoyo con dispositivo de asistencia ventricular hasta la intervención. Presentó rechazo agudo 1R en biopsia endomiocárdica (BEM), requiriendo tratamiento esteroideo. Seguimiento en Unidad de Insuficiencia Cardíaca Avanzada de nuestro

centro con BEM mensuales hasta el año del trasplante donde no presentaba evidencia de rechazo. Cuatro años después, debuta con palpitaciones paroxísticas por las que consulta en varias ocasiones, diagnosticándose finalmente un flutter atípico (fig. 1). Ecocardiograma transtorácico con función sistólica de ventrículo izquierdo (VI) conservada y levemente afecta la de ventrículo derecho (VD). La BEM descarta rechazo agudo y coronariografía sin evidencia de enfermedad vascular del injerto significativa. Es remitido a consulta específica de arritmias realizándose un estudio electrofisiológico. El mapeo intracavitario demostró una taquicardia macro-reentrante con relación aurícula receptora (AuR) - aurícula donante (AuD) variable, existiendo un gradiente de frecuencia establecido desde la AuR (longitud de ciclo más corta y regular) a la AuD (longitud de ciclo más larga, con periodicidad tipo Wenckebach) (fig. 2.A). Guiado por cartografía, se delimitan las dos aurículas derechas y se realiza un mapa de activación de la AuD para localizar punto de entrada, que se localiza a nivel anterolateral (fig. 2.B). Se realizan aplicaciones de radiofrecuencia obteniéndose disociación eléctrica AuR-AuD, permaneciendo la receptora en flutter mientras que la donante muestra ritmo sinusal. El procedimiento tiene lugar sin complicaciones y el paciente permanece asintomático al respecto y en ritmo sinusal hasta la fecha.

Conclusiones: En el trasplante cardiaco, la anastomosis biauricular es una técnica ampliamente utilizada. Ocasiona distorsión en la geometría y hemodinámica de la aurícula derecha conllevando una mayor incidencia de flutter auricular. Las formas más frecuentes son las dependientes del istmo cavo-tricuspidé. Sin embargo, cuando existe conducción eléctrica entre la AuR y la AuD a través de la anastomosis auricular, la AuR podría contribuir al desarrollo de arritmias en el corazón donante como en el caso que nos ocupa. Dado que el diagnóstico electrocardiográfico a menudo resulta complicado y puede requerirse la realización de un estudio electrofisiológico, se debería estudiar la conducción eléctrica entre la AuR y la AuD como parte de un estudio sistematizado en este tipo de pacientes.

P19. REVASCULARIZACIÓN PERCUTÁNEA DE TRONCO CORONARIO E IMPLANTE DE PRÓTESIS AÓRTICA TRANSCATÉTER: COMPLEJIDADES DE UN CASO

P. Flórez Llano, A. Suárez Cuervo, C. Corros Vicente, A. Junco Vicente, A. Martínez León, A. Alperi García, R.R. Padrón Escalada, R. Álvarez Velasco, A. Adebá García, M. Vigil-Escalera Díaz, P. Avanzas Fernández, R. Valle Fernández y C. Morís de la Tassa

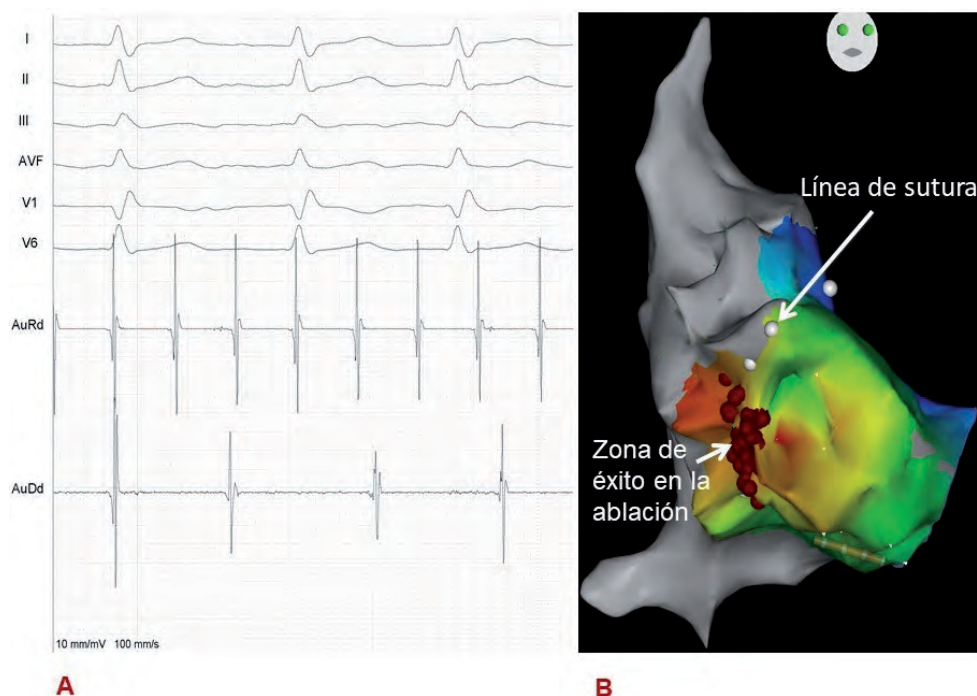
Hospital Universitario Central de Asturias.

Introducción y objetivos: La radioterapia a nivel torácica se ha mostrado como un factor de riesgo tanto para la aparición de enfermedad coronaria como para el desarrollo de cardiopatía valvular degenerativa precoz, considerándose además un factor pronóstico deletéreo para la cirugía cardíaca. En este escenario, crece la necesidad de expandir los procedimientos percutáneos de revascularización coronaria e implante de prótesis valvulares, como se muestra en el caso que presentamos a continuación.

Métodos: Mujer de 74 años exfumadora, hipertensa y dislipémica a tratamiento farmacológico, con el antecedente de carcinoma de mama izquierda sometido a radioterapia y posterior cirugía, que ingresa en Cardiología por disnea de mínimos esfuerzos asociada a dolor torácico. Tras los estudios iniciales, se realiza el diagnóstico de estenosis aórtica severa con FEVI 42% y enfermedad coronaria de tronco y tres vasos con severa calcificación (imagen 1). Presentado el caso



Póster P18 Figura 1



Póster P18 Figura 2

en sesión médico-quirúrgica, es rechaza para cirugía por alto riesgo (aorta en porcelana -imagen 2), decidiéndose revascularización coronaria percutánea y posterior implante de prótesis aórtica transcáteter. En un primer tiempo, se realiza por vía radial derecha angioplastia de tronco coronario a descendente anterior con apoyo de catéter Sheathless para avance de guía a arteria descendente anterior distal, no consiguiendo paso de guía a través de la lesión proximal de la arteria circunfleja, implantando a continuación un stent fármacoactivo liberador de Biolimus ajustado a tronco coronario ostial hacia

arteria descendente anterior, con buen resultado angiográfico y flujo TIMI 3 final (fig. 3). En un segundo tiempo, por vía femoral izquierda mediante introductor eSheath de 14 F, se realiza implante percutáneo de prótesis aórtica Centra 26 mm con ausencia de gradiente transvalvular final y sin regurgitación residual (fig. 4), finalizando el procedimiento mediante cierre femoral con Proglide. La evolución clínica tras ambos procedimientos resultó favorable sin complicaciones, por lo que la paciente pudo ser alta, con un adecuado seguimiento ambulatorio hasta la fecha.

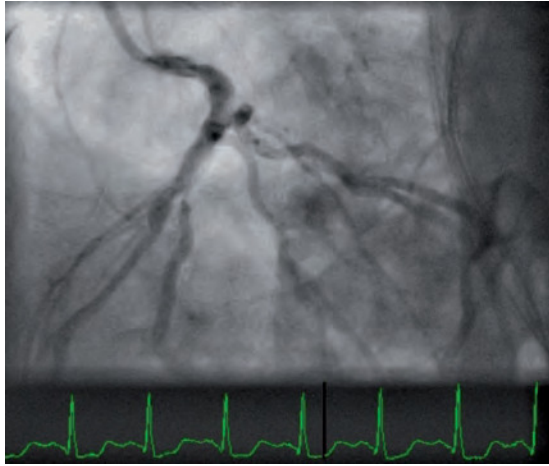


Figura 1. Coronariografía en proyección oblicua izquierda craneal colimada. Se observa estenosis grave de TC.

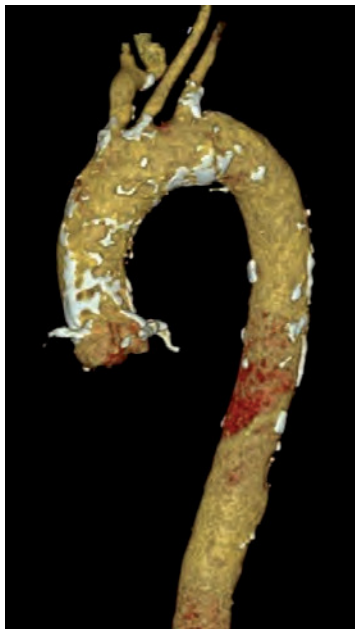


Figura 2. TC de tórax en reconstrucción 3D. Se observa aorta en porcelana.

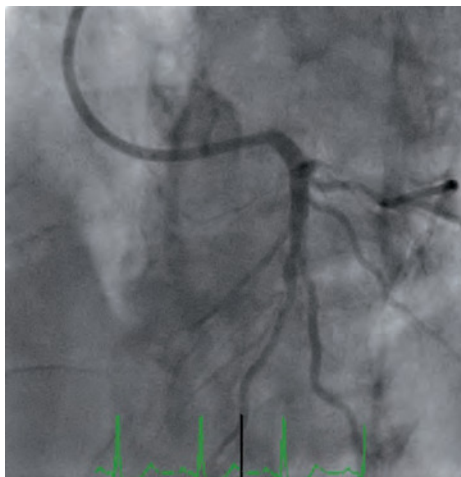


Figura 3. Coronariografía en proyección craneal neutra. Resultado final de TCI tras implante de stent.

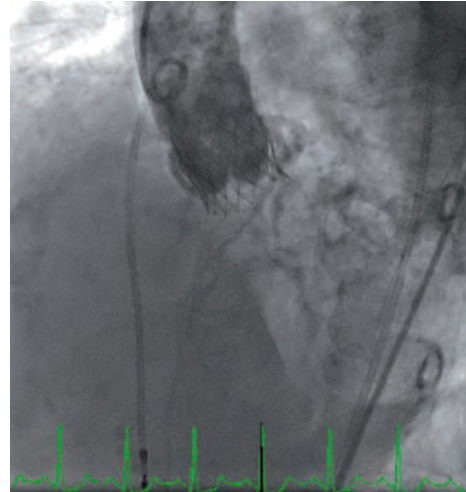


Figura 4. Aortografía tras implante de Centera 26 mm. Se observa ausencia de insuficiencia aórtica.

P20. SÍNDROME DE LA CIMITARRA: IMPORTANCIA DE LA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA EN EL DIAGNÓSTICO

P. Flórez Llano, M. Martín Fernández, J. Calvo Blanco, H. Cigarrán Sexto, A. Martínez León, L. Gutiérrez de la Varga, M. Almendárez Lacayo, L. Díaz-Chirón Sánchez, S. Hevia Nava, V. Barriales Álvarez y C. Morís de la Tassa

Hospital Universitario Central de Asturias.

Métodos: Se presenta un caso de una mujer de 77 años sin factores de riesgo cardiovascular y con el diagnóstico previo de una cardiopatía estructural no filiada, portadora de marcapasos bicameral por enfermedad del nodo sinusal y anticoagulada por fibrilación auricular paroxística, asintomática y con buen grado funcional, que presenta en el estudio ecocardiográfico transtorácico inicial una dilatación de cavidades derechas con hipertensión pulmonar moderada (fig. 1). La radiografía de tórax muestra signos sugestivos de hipertensión pulmonar, además del conocido como signo de la cimitarra (fig. 2). Ante la sospecha de un drenaje pulmonar venoso anómalo, se decide realizar un angioTC torácico, confirmandose la sospecha previa, y objetivándose dilatación de las cavidades derechas y de la arteria pulmonar, con un drenaje venoso anómalo de las venas pulmonares derechas a la vena cava inferior (figs. 3 y 4).

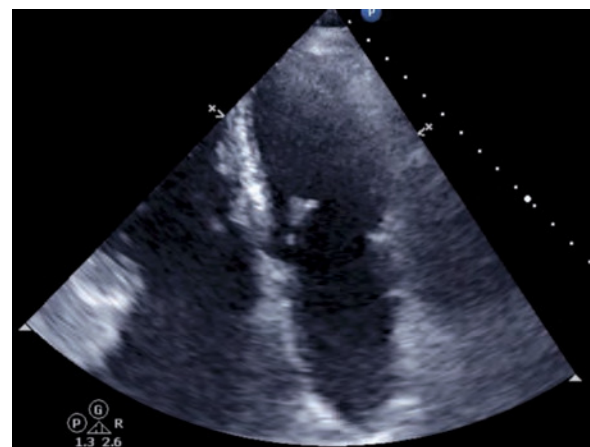


Figura 1. Ecocardiografía transtorácica en proyección 4 cámaras. Dilatación de cavidades derechas.

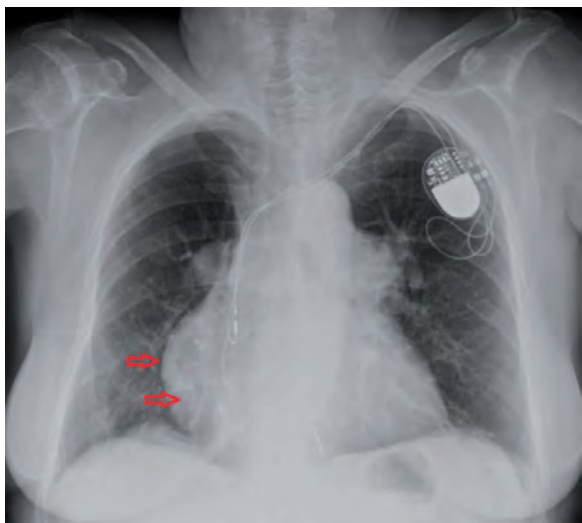


Figura 2. Radiografía de tórax en proyección PA. Cardiomegalia a expensas de cavidades derechas. Las flechas indican el signo de la cimitarra.



Figura 3. TC de tórax con reconstrucción sagital. La flecha roja señala el drenaje venoso pulmonar anómalo.



Figura 4. TC de tórax con reconstrucción tridimensional. La flecha roja señala el drenaje venoso pulmonar anómalo hacia la vena cava inferior.

Conclusiones: El síndrome de la cimitarra es una patología infrecuente asociada a otras malformaciones cardíacas congénitas en la infancia, siendo más raro aún su diagnóstico en la adultez. En una revisión reciente de Wang et al, solo el 34% de los casos diagnosticados se presentó de forma aislada en el paciente adulto, con una incidencia global de 1 a 3 casos por 100.000 nacimientos. Los defectos del tabique interauricular e interventricular son las anomalías cardíacas más frecuentemente asociadas, que en nuestro paciente no se objetivaron. El diagnóstico en la edad adulta se relaciona con un mejor pronóstico en ausencia de otras anomalías cardíacas, siendo el tratamiento conservador una alternativa a la cirugía, que presenta una complejidad alta con una mortalidad elevada. En nuestro caso, teniendo en cuenta la edad de la paciente y el buen grado funcional en ausencia de síntomas o signos de insuficiencia cardíaca, se optó por un manejo conservador, siendo la evolución hasta la fecha favorable.

P21. MINOCA (MIOCARDIAL INFARCTION WITH NON-OBSTRUCTIVE CORONARY ARTERIES) EN EL CÓDIGO INFARTO: CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN

A. Martínez León, A. Suárez Cuervo,
P. Avanzas Fernández, P. Flórez Llano,
A.Y. Flores Fuentes, A. Alperi García,
R.R. Padrón Escalada y C. Morís de la Tassa

Hospital Universitario Central de Asturias.

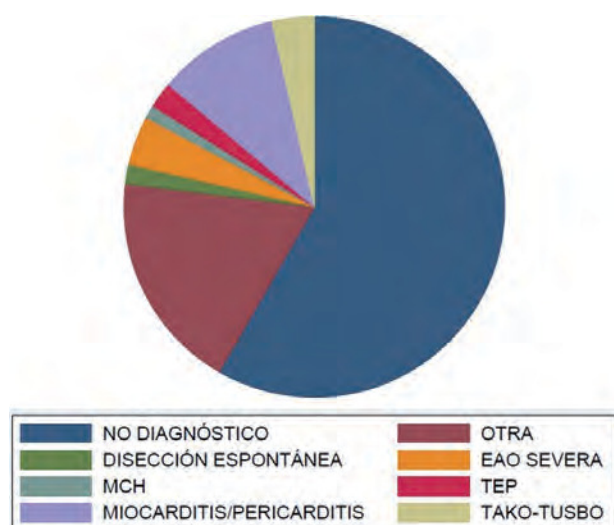
Introducción y objetivos: El MINOCA es una entidad heterogénea con una prevalencia entre el 1 y el 13% de todos los pacientes con diagnóstico clínico de infarto agudo de miocardio (IAM) que está adquiriendo gran relevancia en la actualidad. Para su diagnóstico, requiere la presencia de clínica sugestiva de IAM combinado con elevación de marcadores de daño miocárdico (preferiblemente troponina) y arterias coronarias sin lesiones obstructivas en coronariografía. El objetivo de este estudio es determinar las características de la población con diagnóstico de MINOCA tras realizar coronariografía emergente por activación de Código IAM para la realización de ACTP primaria.

Métodos: Registro observacional prospectivo de todos los pacientes remitidos a nuestro centro para la realización de ACTP primaria por diagnóstico de síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST) entre enero de 2014 y diciembre de 2017. De forma basal, se recogieron los datos demográficos, clínicos y analíticos de los pacientes. Posteriormente, se realizó seguimiento hospitalario para determinar diagnóstico de alta.

Resultados: Durante este periodo, se realizaron 1.425 coronariografías emergentes de las cuales 185 (12,98%) fueron diagnosticados de IAM con coronarias normales o sin lesiones angiográficas significativas. De estos pacientes, el 63% fueron varones con una edad media de 63,69 años ($\pm 14,18$). El factor de riesgo cardiovascular más prevalente fue la hipertensión arterial, presente en el 51,1% seguido del tabaquismo (42,31%). En el ecocardiograma transtorácico, la FEVI promedio fue del 55,04% y en el 4% se realizó la coronariografía en el contexto de PCR. 19 pacientes (10,27%) fueron diagnosticados de miocarditis al alta, 7 grave (3,78%) de síndrome de Tako-Tsubo, 4,32% (8) de estenosis aórtica GRAVE, 2,16% (4) de tromboembolismo pulmonar, 3 (1,62%) de disección coronaria y 2 (1,08%) de miocardiopatía hipertrófica. El 58,92% (109 pacientes) no recibió diagnóstico específico al alta al no encontrarse la etiología del cuadro.

Características poblacionales	N=185
Edad – media (SD)	63.69 (14.17)
Sexo masculino – n° (%)	118 (63.78%)
Diabetes Mellitus – n° (%)	41 (23.38%)
HTA – n° (%)	93 (51.10%)
Dislipemia – n° (%)	67 (36.81%)
Tabaquismo – n° (%)	77 (42.31%)
Insuficiencia renal – n° (%)	25 (13.74%)

Características poblacionales.



Distribución de los diagnósticos al alta.

Conclusiones: El MINOCA es un desafío diagnóstico y terapéutico para la cardiología actual, sobre todo en aquellos pacientes remitidos para ACTP primaria por sospecha de SCACEST, en los que un 58,92% no obtuvo diagnóstico etiológico específico al alta. El empleo de nuevas pruebas complementarias como técnicas de imagen intravascular o la mayor disponibilidad de otras como la RM cardíaca podría reducir este porcentaje, si bien en la bibliografía previa, este se sitúa en torno al 33% para todos los pacientes con diagnóstico de IAM.

P22. IMPACTO DEL CÓDIGO CORAZÓN EN LOS PACIENTES ANCIANOS CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST

M.N. Solís Marquín¹, J.J. Rondán Murillo², M. Pérez Otero³, Í. Lozano Martínez-Luengas² y J.M. Vegas Valle²

¹Hospital Álvarez Buylla. ²Hospital de Cabueñes. ³Hospital Universitario Central de Asturias.

Introducción y objetivos: Analizar la mortalidad a corto y largo plazo (5 años) y los diferentes eventos (reingresos, reinfartos y revascularizaciones) de los pacientes = 75 años ingresados en el Hospital de Cabueñes por síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST) en 2 periodos de tiempo: antes y después de la implantación de la Unidad Coronaria, la Unidad de Hemodinámica, el programa Código Corazón y la creación de una guardia presencial de cardiología. **Métodos:** Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron los pacientes con una edad = 75 años diagnosticados

de SCACEST. En la fase Pre-Código (marzo-diciembre 2009) se reclutaron 22 pacientes, y en la Post-Código (marzo-diciembre 2012), 37. Se analizaron variables demográficas y de tratamiento, realizándose seguimiento a los 5 años.

Resultados: El intervencionismo coronario percutáneo (ICP) primario fue la técnica de elección en el 86,5% de los casos en la fase Post-Código, reservándose el tratamiento médico al 13,5% de los pacientes y no utilizándose la fibrinólisis en ningún caso. En la Pre-Código, en el 55% de los pacientes se mantuvo una actitud conservadora, se realizó ICP primario en un 4,5% y se realizó fibrinólisis en un 40%, precisando en el 25% de los casos una angioplastia de rescate. La mortalidad intrahospitalaria pasó del 18,2% al 8,1% ($p = 0,247$), a los 30 días del 27,3% al 8,1% ($p = 0,048$) y al final de seguimiento del 59,1% al 37,8% ($p = 0,176$). Además, los pacientes Post-Código fueron dados de alta con una mejor función ventricular. Los reingresos de origen cardiológico pasaron del 33,3% al 14,7% ($p = 0,118$), sin encontrarse diferencias en cuanto a los reinfartos (0% frente a 2,9%, $p = 0,475$) o la necesidad de revascularización (5,6% frente a 5,9%, $p = 1,000$). Entre la fase Pre-Código y la Post-Código, se observó un claro descenso de la estancia hospitalaria, pasando de una mediana de 9 a 5 días ($p < 0,001$).

Conclusiones: Tras la implantación del "Código Corazón" la angioplastia primaria se ha establecido como estrategia principal de perfusión en los pacientes mayores de 75 años con SCACEST. El pronóstico de estos pacientes ha mejorado notablemente, reduciéndose la mortalidad intrahospitalaria un 55,5%, a 30 días un 70,3% y a 5 años un 36%. La tasa de reingresos de origen cardiológico se ha reducido un 55,9%. La estancia media hospitalaria disminuyó 4 días.

P23. TUMOR CARDIACO METASTÁSICO

A. Junco Vicente, M. Soroa Ortuño, N. Barja González, A. Adebá García, M. Vigil-Escalera Díaz, R. Álvarez Velasco, V. León Argüero, M. Martín Fernández y V. Barriales Álvarez

Hospital Universitario Central de Asturias.

Introducción y objetivos: La cardiotoxicidad por quimioterápicos es frecuente siendo un tema de plena actualidad clínica. La más conocida es la provocada por antraciclinas, fármacos usados en el tratamiento del cáncer de mama, entre otros tipos de tumores. A pesar de este conocimiento, muchos casos siguen sin ser derivados para valoración y manejo por el cardiólogo. Su detección precoz mediante protocolos de screening debería implantarse en nuestros centros ya que presenta gran beneficio para los pacientes. Una vez aparezcan los síntomas y signos cardiológicos los estudios de imagen son obligados, pudiendo aparecer en ocasiones hallazgos inesperados como en este caso.

Métodos: Se presenta un caso clínico de la práctica diaria donde se diagnostica una metástasis cardíaca durante el despistaje de cardiotoxicidad secundaria a quimioterápicos.

Resultados: Mujer de 66 años en tratamiento quimioterápico (trabectedina 1.600 µg + doxorubicina 90 mg) debido a un sarcoma endometrial en estadio IV. Consulta por disnea y palpitaciones, hallándose un flutter auricular común a 140 lpm y situación de insuficiencia cardíaca congestiva con pro-BNP 8.869 pg/mL. Se realiza un ecocardiograma transtorácico como despistaje de cardiotoxicidad, donde se observa una masa intracardiaca adherida a pared de ventrículo derecho (fig. 1) sugestiva de metástasis cardíaca. Dicho hallazgo es congruente con la imagen del PET/TC (lesión hipermetabólica a nivel miocárdico) (fig. 2) realizado en el estudio de extensión. La paciente en la actualidad continúa con su tratamiento.

to quimioterápico y seguimiento clínico por el servicio de Oncología Médica.

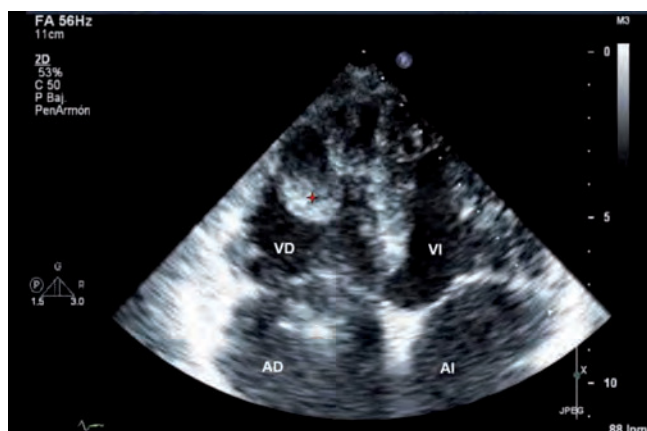


Figura 1

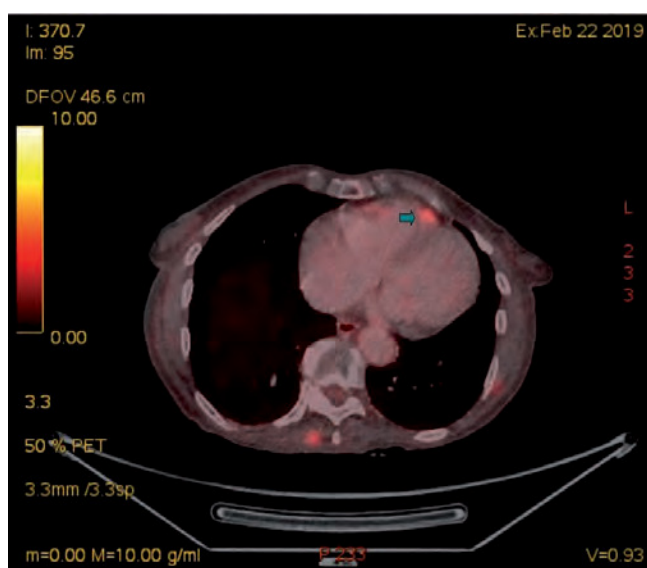


Figura 2

Conclusiones: Las metástasis cardíacas son más comunes que los tumores cardíacos primarios. El melanoma, es el tumor que más frecuentemente metastatiza a nivel cardíaco, pero también los sarcomas y otros carcinomas como el pulmonar. Suelen sospecharse cuando aparece derrame pericárdico, sin embargo también pueden dar otros síntomas, como las arritmias. La ecocardiografía sigue siendo el primer paso en su diagnóstico, seguido de resonancia cardíaca o PET/TC. Dado su carácter, el tratamiento de las metástasis cardíacas tiene, en general, malos resultados.

P24. UNA GRAVE COMPLICACIÓN CADA VEZ MENOS FRECUENTE CON UNA COMPLEJA SOLUCIÓN

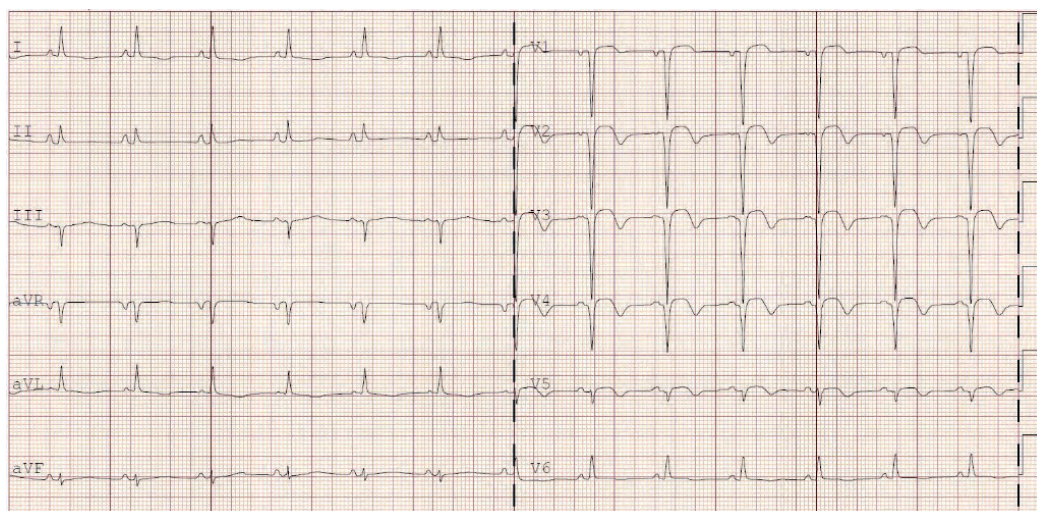
A. Adeba García, R. Álvarez Velasco, M. Vigil-Escalera Díaz, L. Díaz-Chirón Sánchez, M.G. Almendárez Lacayo, A.Y. Flores Fuentes, N. Barja González, A. Junco Vicente, M.I. Soto Ruiz, H. Cigarrán Sexto y J. Silva Guisasola

Hospital Universitario Central de Asturias.

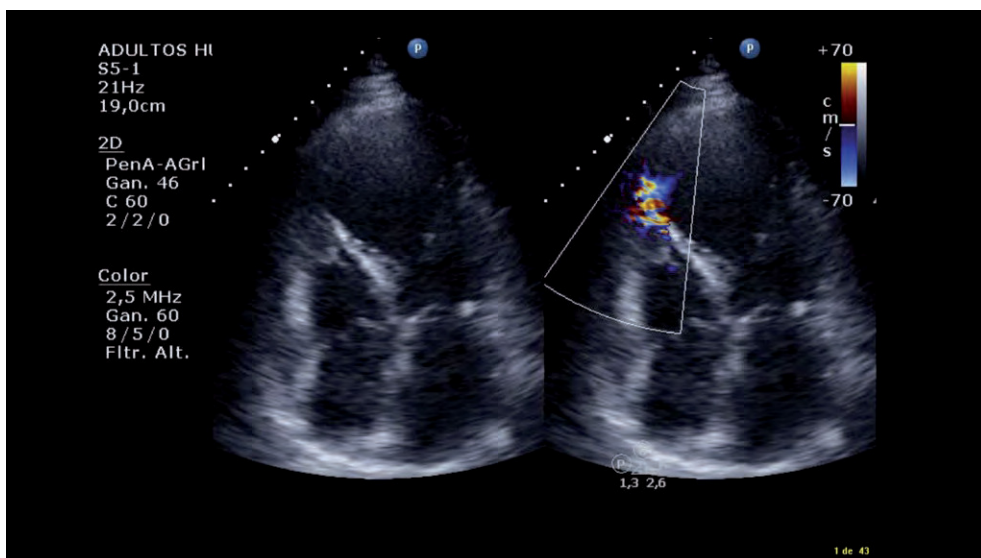
Introducción y objetivos: Las complicaciones mecánicas de un infarto agudo de miocardio (IAM) son cada vez menos frecuentes en la era de la angioplastia primaria. Presentamos el caso de un paciente que en el contexto de un IAM evolucionado desarrolla una comunicación intraventricular (CIV) con una reparación quirúrgica compleja.

Métodos: Varón de 59 años que consulta por disnea progresiva. A la anamnesis refiere haber presentado 7 días antes un dolor centrotorácico de 2 horas de duración por el que no consultó. A la exploración física destaca un soplo pansistólico rudo en mesocardio y semiología de insuficiencia cardíaca. En el ECG realizado presenta ondas Q con elevación del segmento ST y T negativas en derivaciones anteriores (fig. 1). En el ecocardiograma transtorácico (ETT) (fig. 2) se objetiva un ventrículo izquierdo dilatado con acinesia de los segmentos apicales y dilatación aneurismática que condiciona una FEVI gravemente afecta. Además, una CIV a nivel septal apical con gradiente de 60 mmHg sin otras valvulopatías. Se realiza coronariografía en la que presenta enfermedad de 3 vasos: oclusión en DAm, estenosis severa en OMm y oclusión de CD.

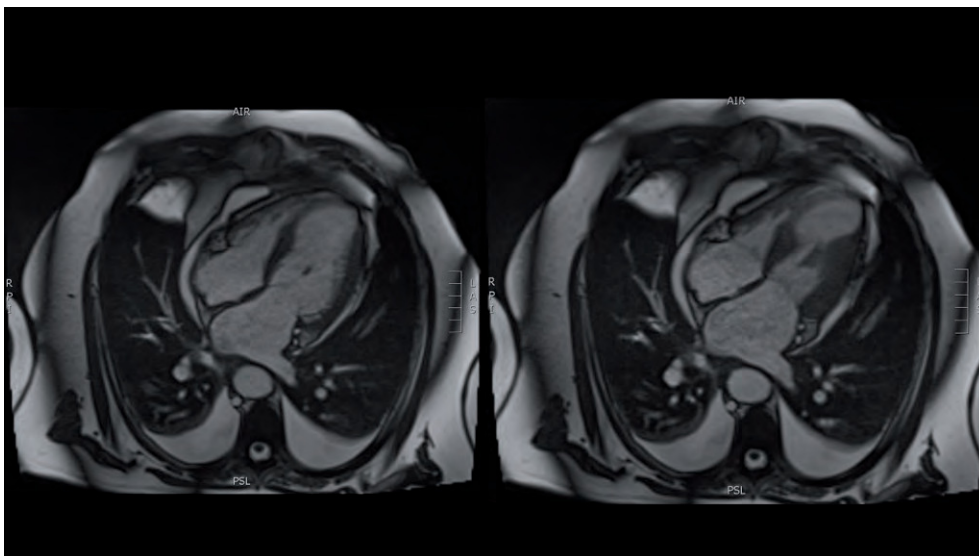
Resultados: El paciente evoluciona favorablemente con tratamiento diurético y vasodilatador, no obstante, se realiza resonancia magnética cardíaca (RMN) (fig. 3) en la que se objetiva



Póster P24 Figura 1



Póster P24 Figura 2



Póster P24 Figura 3

el aneurisma apical con CIV anterosseptal apical y acinesia del casquete apical y segmentos medios septales y anteriores con ausencia de viabilidad e hipocinesia de segmentos basales anterosseptales y anterior. Por ello se decide realizar, previo implante de balón de contrapulsación intraaórtico (BCIAo), revascularización coronaria quirúrgica con by-pass de arteria mamaria a DA y safena a OM y endoventriculoplastia con cirugía tipo Dor con cierre del aneurisma incluyendo CIV. El postoperatorio transcurre sin incidencias, aunque el paciente presenta una mejoría lenta. Previo al alta se realiza nuevo ETT y presenta una FEVI moderadamente afecta con parche de pericardio a nivel apical sin CIV. Tras 6 meses se mantiene en una clase funcional NYHA II y sin angina.

Conclusiones: La CIV es una complicación mecánica grave del IAM y con una alta mortalidad. Su tratamiento inicial se basa en fármacos vasodilatadores y BCIAo aunque el tratamiento definitivo requiere de la reparación de la misma. Presentamos el caso de un paciente con una CIV tras IAM anterior evolucionado con enfermedad de tres vasos en el que la localización de la CIV junto con la presencia de un aneurisma

apical lleva a realizar una endoventriculoplastia con cierre del aneurisma.

P25. TRATAMIENTO DE LA HIPERCOLESTEROLEMIA CON INHIBIDORES DE LA PCSK9 EN RECEPTORES DE TRASPLANTE CARDIACO. PRIMERA EXPERIENCIA EN ESPAÑA

P. Fernández de Aspe¹, S. Castillo García², R. Vázquez García¹, C.M. Rivadulla Varela¹, M.V. Groba Marco³, G. Barge Caballero¹, E. Barge Caballero¹, D. Couto Mallón¹, M.J. Paniagua Martín¹, P. Pardo Martínez¹, J.M. Vázquez Rodríguez¹ y M.G. Crespo Leiro¹

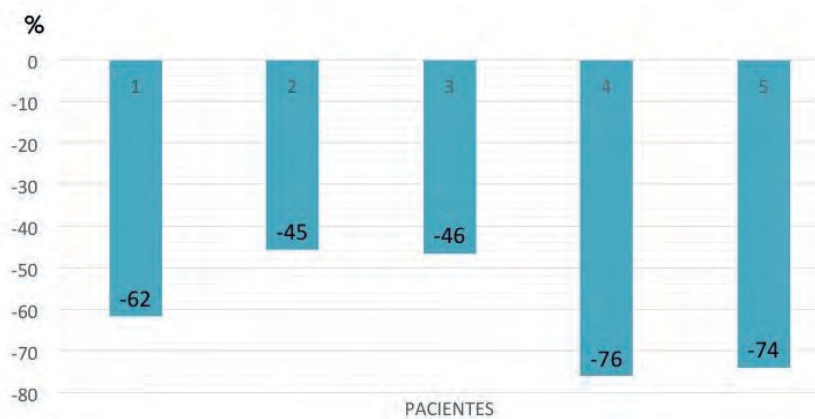
¹Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. ²Complejo Asistencial Universitario de León. ³Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín.

Introducción y objetivos: La hipercolesterolemia es una comorbilidad frecuente en receptores de trasplante cardíaco

Paciente	Edad (años)	Tiempo desde TC (años)	Régimen de IS	Estatina inicial	Estatina final	Duración tratamiento con iPCSK9 (meses)	LDLc basal (mg/dL)	LDLc final (mg/dL)
1	68	9.1	TAC+EVL+Corticoides	Rosuvastatina 40mg/día	Rosuvastatina 20mg/día	15	175	67
2	48	9	CsA+MMF+Corticoides	Rosuvastatina 40mg/día	Rosuvastatina 40mg/día	5.6	180	98
3	58	10.5	TAC+EVL+Corticoides	No	Pitavastatina 1mg/día	21.4	129	69
4	73	13.4	CsA+EVL+Corticoides	Pitavastatina 4mg/día	Pitavastatina 4mg/día	23.6	146	35
5	59	22.9	TAC+EVL+Corticoides	Rosuvastatina 40mg/día	Rosuvastatina 40mg/día	12.3	146	38

TC: Trasplante cardíaco. IS: Inmunosupresión. iPCSK9: Inhibidor de la proteína convertasa subtilisina/kexina tipo 9. LDL: Low density lipoprotein (lipoproteína de baja densidad). TAC: Tacrolimus. EVL: Everolimus. CsA: Ciclosporina. MMF: Micofenolato de mofetilo.

Póster P25 Tabla



Póster P25 Figura

(TC), asociándose a un incremento del riesgo cardiovascular. Las estatinas son el tratamiento de elección, pero en ocasiones resultan insuficientes o son mal toleradas. Los inhibidores de la PCSK9 podrían ser una alternativa en este contexto. El objetivo de esta comunicación es evaluar la seguridad y eficacia de los iPCSK9 en pacientes receptores de TC.

Métodos: Presentamos una serie de 5 pacientes receptores de TC en los que se inició un iPCSK9 por presentar un LDLc > 100 mg/dl a pesar de ezetimibe y la dosis máxima de estatina tolerada. Todos eran varones, con una edad media de $58,8 \pm 8$ años y un tiempo medio de evolución post-TC de $13 \pm 5,2$ años. Todos los pacientes estaban tratados con tres fármacos inmunosupresores y en tres de ellos (3, 4 y 5) se había demostrado previamente la presencia de enfermedad vascular del injerto (EVI). Los pacientes 1, 2 y 5 se encontraban con una combinación de rosuvastatina 40 mg/día y ezetimibe 10 mg/día, el paciente 3 exclusivamente con ezetimibe 10 mg/día dado el antecedente de toxicidad hepática y muscular con diferentes estatinas y el paciente 4 con una combinación de pitavastatina 4 mg/día y ezetimibe 10 mg/día tras haber presentado toxicidad muscular con otras estatinas

de mayor potencia (tabla). El iPCSK9 utilizado fue alirocumab 75 mg/14 días por vía subcutánea durante un tiempo medio de $15,6 \pm 6,5$ meses.

Resultados: Todos los pacientes alcanzaron el objetivo de LDLc < 100 mg/dL con un rango de reducción porcentual entre el 45 y el 76% (fig.). La utilización del fármaco no se asoció a efectos secundarios específicos como reacción local en la zona de inyección o prurito, ni se detectaron alteraciones del perfil hepático ni de la CPK. Ningún paciente presentó fluctuaciones inexplicadas en los niveles de inmunosupresores ni episodios de rechazo o infección. Sólo hubo una discontinuación del tratamiento por voluntad propia (paciente 2). El paciente 3 presentó dos IAM no Q y un ictus isquémico, a los 2, 7 y 12 meses del inicio del iPCSK9 respectivamente. Cabe destacar que el paciente presentaba EVI previamente revascularizada y hasta el tercer evento los valores de LDLc se mantuvieron > 100 mg/dl.

Conclusiones: Presentamos la primera serie de pacientes receptores de TC bajo tratamiento con iPCSK9 en nuestro país y la de mayor seguimiento comunicada hasta la fecha, que sugiere su eficacia y seguridad en este grupo de pacientes.

P26. UN ORIGEN ANÓMALO DE UNA ARTERIA CORONARIA TROMBOSADA

L. Gutiérrez de la Varga, M. Almendárez Lacayo, L. Díaz-Chirón Sánchez, A. Martínez León, P. Flórez Llano, A. Adebá García, R. Álvarez Velasco, E. Capín Sampedro, J. Rozado Castaño y L. García Pérez

Hospital Universitario Central de Asturias.

Métodos: Presentamos el caso de un paciente varón de 80 años de edad, que ingresa en Cardiología por un síndrome coronario agudo sin elevación del ST tipo IAM no Q. Como antecedentes de interés destaca: FRCV: exfumador, sin metabolopatías. No historia cardiológica conocida. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica tipo enfisema a tratamiento con broncodilatadores. Acude a Urgencias por dolor centrotorácico opresivo con irradiación a miembro superior izquierdo y cortejo vegetativo asociado de fuerte intensidad y de inicio nocturno. A su llegada se realiza ECG donde se visualizan ondas T negativas en derivaciones inferolaterales con normalización sucesiva en ECG siguientes tras la desaparición del dolor. En analíticas se objetiva elevación de marcadores de daño miocárdico en rango de necrosis miocárdica con TnT ultrasensible de hasta 697. Se decide ingreso en Cardiología con diagnóstico de SCASEST tipo IAM no Q. Se realiza ecocardiograma transtorácico en el ingreso donde se visualiza un ventrículo izquierdo levemente hipertrófico con función sistólica conservada e hipoquinesia GRAVE de pared inferior y segmento basal de pared posterior con diástole prolongada. Se realiza coronariografía al día siguiente donde se visualiza un origen anómalo de la arteria circunfleja desde el seno coronario derecha; presentando además la arteria circunfleja una oclusión trombótica en el tercio proximal. Posteriormente y tras predilatar con balón no compliant se procede al implante de un stent liberador de everolimus con buen resultado angiográfico final. Debido a lo prolongado del procedimiento, el paciente presenta una nefropatía por contraste poscoronariografía con fracaso renal agudo que mejoró tras administración de fluidoterapia. Se realizó ETT posangioplastia observando función ventricular conservada. Durante su estancia en planta, se visualiza una fibrilación auricular en telemetría, por lo que al tratarse de un CHADS-VASc de riesgo elevado (4) se procede a anticoagulación siendo alta domiciliaria con triple terapia: doble antiagregación con aspirina y clopidogrel y un nuevo anticoagulante.

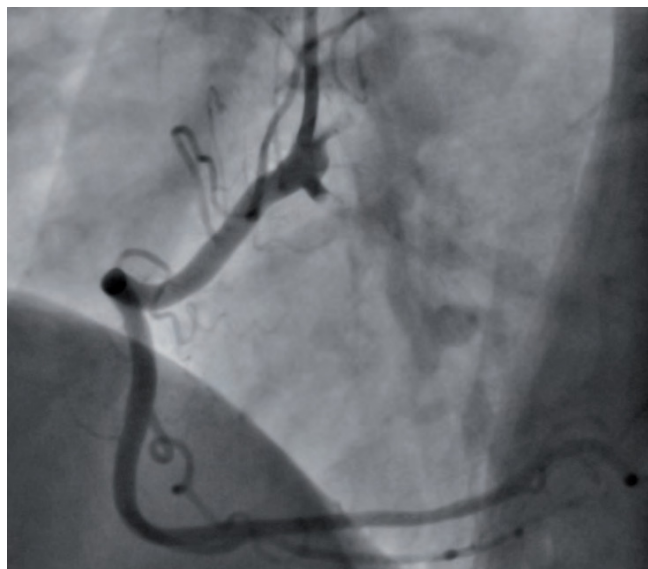


Figura 1



Figura 2

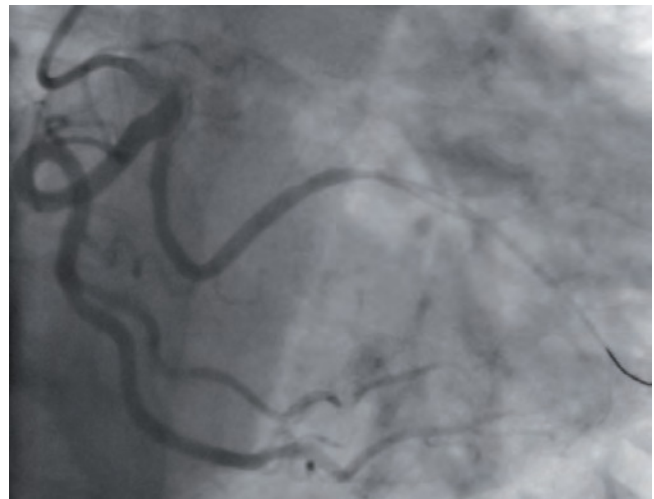


Figura 3

Conclusiones: Las anomalías coronarias es una causa relativamente frecuente de muerte súbita especialmente en aquellos casos con trayecto interarterial de la anomalía. Las principales herramientas diagnósticas de imagen son el TAC y la RMN cardíaco. La mayoría de los pacientes suelen encontrarse asintomáticos siendo un hallazgo casual en autopsias o coronariografías, como en este caso.

P27. SORPRESAS INTRAOPERATORIAS

B. Meana, C. Vigil-Escalera, P. Mencía, A. Escalera, R. Álvarez y J. Silva

Hospital Universitario Central de Asturias.

Introducción y objetivos: A pesar de los recursos actuales y de la correcta valoración de los pacientes previamente a enviarlos a quirófano, en ocasiones, en cirugía cardíaca, nos encontramos sorpresas intraoperatorias que obligan a un cambio de decisión o actitud en el momento, con las implicaciones que esto supone.

Métodos: Presentamos el caso de un paciente varón 61 años. Hipertenso, diabético, dislipémico y fumador que ingresa por

SCASEST con diagnóstico final de enfermedad de tronco coronario izquierdo y 3 vasos. En la ecografía que se le realiza, se informa la presencia de hipocinesia global severa con una fracción de eyección del 35% y sin alteraciones valvulares. El paciente es aceptado para cirugía en el ingreso. Una vez iniciada la cirugía y hecha la esternotomía, el anestesista completa el estudio del paciente con una ecografía transesofágica en la que se observa una masa circular en la válvula aórtica, que dada la ausencia de clínica infecciosa y las características de la imagen, impresiona de fibroelastoma. Este hallazgo obliga a cirugía con circulación extracorpórea y clampaje de aorta para revisar la válvula. Efectivamente, el hallazgo es una masa de 0,5-0,7 mm sobre el velo no coronario, con una base de implantación estrecha que permite su extirpación sin afectar al velo. Además se realiza un cuádruple by-pass consiguiendo revascularización completa. Se comprueba a la salida de bomba el correcto funcionamiento de la válvula aórtica. El paciente evoluciona de forma favorable con extubación precoz y sin movilización enzimática significativa.

Conclusiones: A pesar del correcto estudio de los pacientes, la posibilidad de errores diagnósticos lleva en ocasiones a sorpresas intraoperatorias. Casos como el que presentamos, avalan aún más la necesidad de disponer de ecografía transesofágica en quirófano, independientemente del tipo de cirugía al que va a ser sometido el paciente y a la correcta formación del personal responsable del mismo. Aunque es cierto que no es el momento adecuado para evaluar de forma fidedigna determinadas patologías como puede ser el grado de una insuficiencia mitral, ya que la hemodinámica del pa-

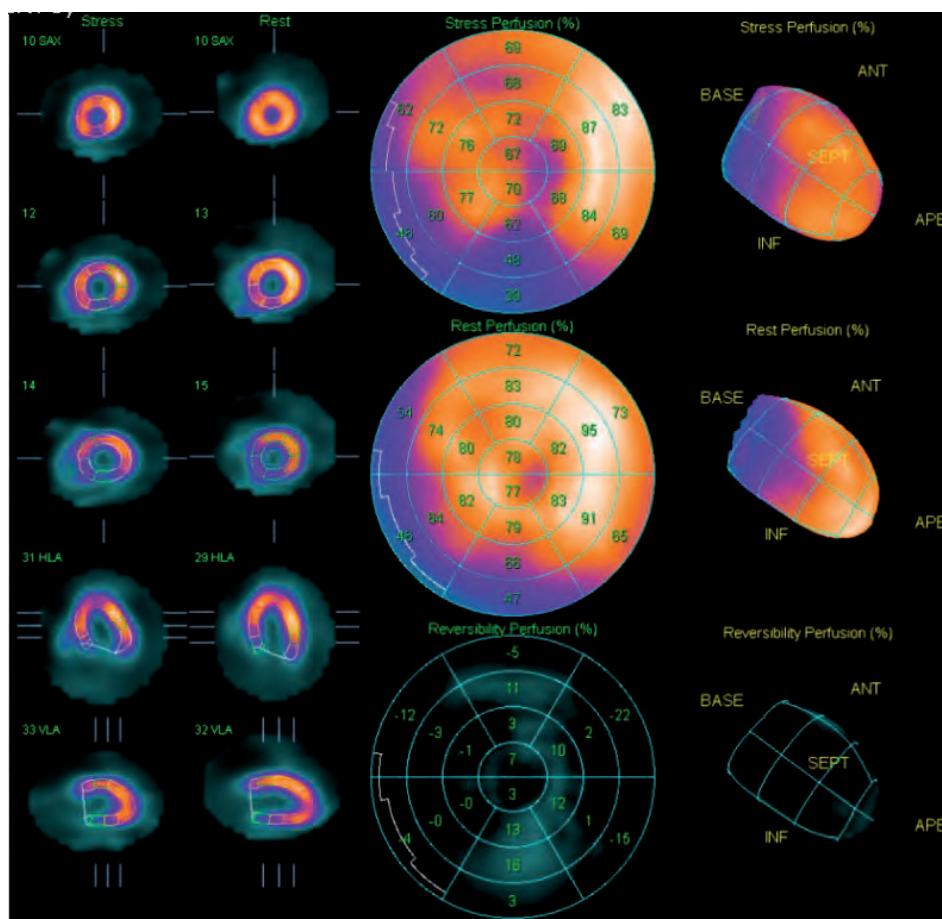
ciente sedado e intubado no es la basal, si que puede ser de gran utilidad para afianzar el diagnóstico previo o para evitar sorpresas como en nuestro paciente, que habrían obligado a una reintervención segura.

P28. PERFIL DE SEGURIDAD DEL REGADENOSÓN EN PRUEBAS DE DETECCIÓN DE ISQUEMIA MIOCÁRDICA FARMACOLÓGICA CON RADIOISÓTOPOS

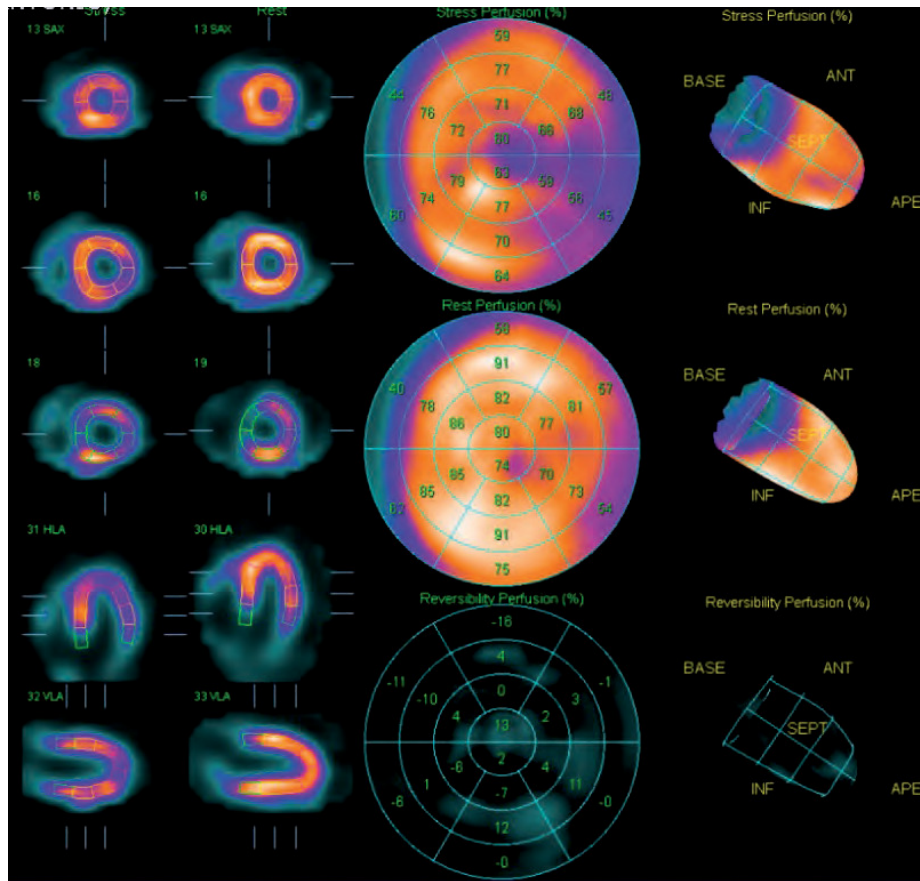
A. Junco Vicente, A. Adebá García, M. Martín Fernández, J.S. Hevia Nava y V. Barriales Álvarez

Hospital Universitario Central de Asturias.

Introducción y objetivos: La gammagrafía de perfusión miocárdica por SPECT se utiliza en el diagnóstico y evaluación de la cardiopatía isquémica con una mayor sensibilidad y especificidad que la prueba de esfuerzo convencional. La prueba con regadenosón, derivado de adenosina y agonista del receptor A2A (coronario selectivo), es una prueba de estrés por vasodilatación y está especialmente indicada en pacientes incapaces de alcanzar una taquicardización del 80-85% de la FCMT o con limitaciones ortopédicas o cardiopulmonares para realizar un esfuerzo valorable. El mecanismo consiste en que la vasodilatación genera un incremento del flujo en las regiones coronarias sanas en contra del escaso o nulo aumento de las regiones con estenosis fijas. El objetivo de este estudio descriptivo es analizar la seguridad de este fármaco de nuevo uso, en una



Póster P28 Figura 1. SPECT de perfusión miocárdica con dos dosis de 20 mCi de ^{99m}Tc -MYOWIEW. Isquemia Inferior extensa (17%) con reversibilidad total que corresponde al territorio de la arteria coronaria derecha.



Póster P28 Figura 2. SPECT de perfusión miocárdica con dos dosis de 20 mCi de ^{99m}Tc -MYOWIEW. Isquemia extensa reversible en cara lateral e inferolateral.

población sometida a test de detección de isquemia miocárdica con SPECT y regadenosón en un hospital de tercer nivel.

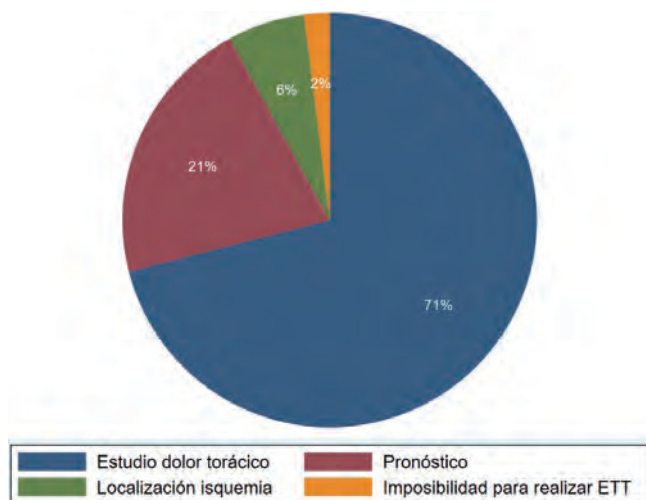


Figura 3.

Métodos: Estudio retrospectivo que incluye 100 pacientes consecutivos sometidos a SPECT con regadenosón durante 2018. Analizamos motivo de petición, características de la población así como datos de seguridad del fármaco.

Resultados: 100 pacientes incluidos con edad media $70 (\pm 9 \text{ DE})$ años y 56% varones. De ellos, 13% fumadores, 72% HTA,

43% diabetes mellitus, 61% dislipemia, 20% ERC, 16% enfermedad arterial periférica. Se indicó el SPECT con regadenosón en el 67% de los casos por limitación de la deambulación, y en el resto de los casos por edad avanzada e incapacidad para alcanzar el 85% de la FCMT. El motivo de estudio fue en el 71% estudio de dolor torácico, 21% estudio pronóstico, 6% localización de isquemia y 2% imposibilidad de realizar ecografía de estrés debido a mala ventana acústica. El 35% fueron positivos para isquemia miocárdica. Únicamente hubo un 8% de complicaciones menores (mareo y episodio autolimitado de hipotensión sintomática) y ninguna mayor.

Conclusiones: El SPECT con regadenosón se solicita a un perfil de pacientes mayores con problemas para la deambulación o incapacidad para realizar un test de esfuerzo submáximo. En nuestra muestra, queda reflejada la seguridad del fármaco usado y su gran utilidad diagnóstica en este tipo de pacientes.

P29. LA RESONANCIA CARDIACA COMO TÉCNICA DIAGNÓSTICA FUNDAMENTAL EN EL PROCESO DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

L. Díaz-Chirón, M. Almendárez, L. Gutiérrez, R. Álvarez, A. Adebá, M. Vigil-Escalera, A. Martínez, P. Flórez, A.Y. Flores, L. García y C. Morís

Hospital Universitario Central de Asturias.

Introducción y objetivos: El infarto agudo de miocardio (IAM) en ausencia de enfermedad coronaria obstructiva, término conocido como MINOCA, se encuentra del 5-6% de los IAM que se derivan para angiografía coronaria. Hay una variedad

de causas. Es importante que los pacientes reciban un diagnóstico adecuado y se realice una evaluación para descubrir la causa correcta para que, cuando sea posible, se puedan prescribir terapias específicas para tratar la causa subyacente. Dentro de los estudios complementarios, la resonancia magnética cardíaca (RM) se recomienda como un estudio clave en MINOCA porque puede excluir miocarditis, síndrome de Takotsubo y cardiomiopatías, así como la confirmación del IAM.

Métodos: Presentamos el caso de un varón con MINOCA, que refleja la importancia de la RM en el estudio diagnóstico. Varón de 78 años, hipertenso y neuralgia del trigémino como únicos antecedentes que consulta en nuestro centro por dolor centrotorácico opresivo con irradiación a brazo izquierdo y mandíbula, con cortejo vegetativo asociado e inicio en reposo. El ECG presenta bloqueo de rama izquierda, con persistencia de la clínica anginosa por lo que se decide activar código corazón. En la exploración física destacan crepitantes bibasales únicamente. Se realiza coronariografía emergente, que muestra coronarias sin lesiones angiográficamente significativas. Ingresa en la unidad coronaria donde se realiza un ecocardiograma que muestra ventrículo izquierdo (VI) de grosor normal, levemente dilatado con movimiento anómalo del septo, con FEVI del 36%, sin evidencia de acinesias. Válvula mitral, calcificada, con insuficiencia moderada. En la analítica presenta movilización de marcadores de daño miocárdico con troponina T pico de 750 ng/ml y creatinina pico de 335 U/L. Ante situación clínica, se decide solicitar RM, que muestra VI dilatado, FEVI del 35%, hipoquinesia del segmento inferior medio y segmentos apicales con acinesia del segmento inferior apical. Realce tardío transmural de origen isquémico en segmento inferior apical y pequeño foco en segmento inferior medio. Ante estos hallazgos se diagnostica de IAM, en situación hemodinámica KK II, con disfunción ventricular. Se instauro tratamiento habitual de cardiopatía isquémica y actualmente está pendiente de ecocardiograma de control para reevaluar función ventricular por si precisa de desfibrilador implantable.

Conclusiones: MINOCA es un diagnóstico clínico con muchas causas fisiopatológicas diferentes. La evaluación óptima debe dirigirse a determinar la causa específica, para que se puedan utilizar terapias dirigidas, y es aquí donde la RM juega un papel fundamental, ya que nos permite diferenciar multitud de causas, cómo podemos observar en el caso presentado.

P30. INTERCONSULTAS DE NEUROLOGÍA A CARDIOLOGÍA: ESTUDIO DESCRIPTIVO

A. Gil Sánchez, C. Corros Vicente, A. Fidalgo, J. Rozado Castaño, J. Martínez González, N. Barja, R. Álvarez Velasco, A. Adebá García, M. Soroa Ortuño, J.M. de la Hera Galarza y V. León Argüero

Hospital Universitario Central de Asturias.

Introducción y objetivos: Las interconsultas (IC) propuestas por otros servicios son una parte de la asistencia hospitalaria poco estudiada y valorada; sin embargo, es una actividad asistencial que se realiza diariamente y que consume tiempo y recursos. Hemos realizado un estudio descriptivo de las interconsultas realizadas desde Neurología, que es una especialidad que comparte factores de riesgo, patogenia y etiologías que hacen frecuentes los casos en común. Objetivo: Evaluar las interconsultas desde Neurología a Cardiología.

Métodos: Se ha realizado un estudio retrospectivo de las IC recibidas desde el Servicio de Neurología del Hospital Universitario Central de Asturias entre 2016 y febrero de 2019, valorando el origen, urgencia y motivo de la petición.

Resultados: Entre enero de 2016 y febrero de 2019 se solicitaron 595 IC (178 en 2016, 192 en 2017, 198 en 2018). De ellas 100 (16,8%) desde Neurología general, 430 (72,2%) desde Neurología Vascular y 65 (8,9%) de pacientes asignados a otros servicios. El 28% fueron Urgentes, 19% preferentes y el 53% ordinarias. Los motivos de petición fueron variados, destacando la presencia de bradicardia/bloqueo (20%), seguimiento de pacientes con cardiopatía ingresados en Neurología (17%), fibrilación auricular de nuevo diagnóstico o mal control (14%), taquicardias o alteración del ritmo detectadas en la monitorización de la Unidad de Ictus (12%), endocarditis infecciosa sospechada o confirmada (12%), insuficiencia cardíaca (7%) y la valoración de dolor torácico o elevación de marcadores de daños miocárdico (9%) Entre los pacientes valorados por bradicardia o bloqueo (120), tres precisaron implante de marcapasos durante el ingreso, y otros tres durante el seguimiento.

Conclusiones: Este trabajo pretende poner de manifiesto el volumen y características de las interconsultas desde Neurología, y los motivos más prevalentes de las mismas. Protocolos específicos y la formación transversal entre neurólogos y cardiólogos puede reducir las consultas, facilitando y reduciendo la carga de trabajo que suponen.

P31. QUE LOS ÁRBOLES NO NOS IMPIDAN VER EL BOSQUE. A PROPÓSITO DE UN CASO DE ASOCIACIÓN FAMILIAR DE DEFECTOS SEPTALES CARDIACOS Y MIOCARDIOPATÍA NO COMPACTADA

M. Vigil-Escalera Díaz¹, B. Bouzas Zubeldía², T. Rodríguez Miguélez², A. Adebá García¹, R. Álvarez Velasco¹, I. Martínez Bendayán², S. Marcos Alonso², R. Barriales Villa² y F. Rueda Núñez²

¹Hospital Universitario Central de Asturias. ²Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

Métodos: Se presenta el caso de una paciente de 33 años que acude a consultas de Cardiopatías congénitas del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC). Se trata de una paciente diagnosticada e intervenida a los cuatro meses de vida de una comunicación interauricular tipo ostium secundum (CIA-OS) y una comunicación interventricular (CIV), con posterior diagnóstico de miocardiopatía no compactada. Antecedente familiar, paterno, de miocardiopatía no compactada y CIA. Durante su vida realizó seguimiento en varios centros hospitalarios pues en la primera intervención quirúrgica de cierre de CIA persistió un defecto residual por dehiscencia del parche de pericardio. El seguimiento en uno de los Centros en Madrid se orientó únicamente hacia la valoración y cierre de ese defecto, destacando una evolución con complicaciones derivadas de un procedimiento intervencionista con un estudio previo insuficiente. Sin embargo, destaca la valoración multidisciplinar realizada en el CHUAC, por parte del grupo de Cardiopatías Congénitas, Cardiología Infantil y Cardiopatías Familiares. Juntos afinaron en el diagnóstico de miocardiopatía no compactada con asociación de defectos septales (mutación E101K en la actina cardíaca); profundizando tanto en el estudio familiar (fundamental en estos casos) como en las pruebas complementarias, y acordaron la mejor solución del defecto septal. Con este caso se pretende remarcar la importancia de considerar la heredabilidad de los defectos septales y la posible asociación con miocardiopatías como el caso actual. Veremos los datos en la historia clínica y las pruebas complementarias que hacían pensar que este caso no era "solo" una CIA. Se señalará que es fundamental el estudio de las familias para poner en evidencia este tipo de patologías. La evolución de esta paciente, con seguimiento en

varios Centros, permite revisar las indicaciones de cierre de CIA. Por todo ello se considera de interés, permitiendo además subrayar la importancia del trabajo multidisciplinar coordinado en pacientes con cardiopatías congénitas.

P32. TRADICAR, PROGRAMA DE FORMACIÓN CONTINUADA EN DIABETES PARA EL CARDIÓLOGO DE HOY

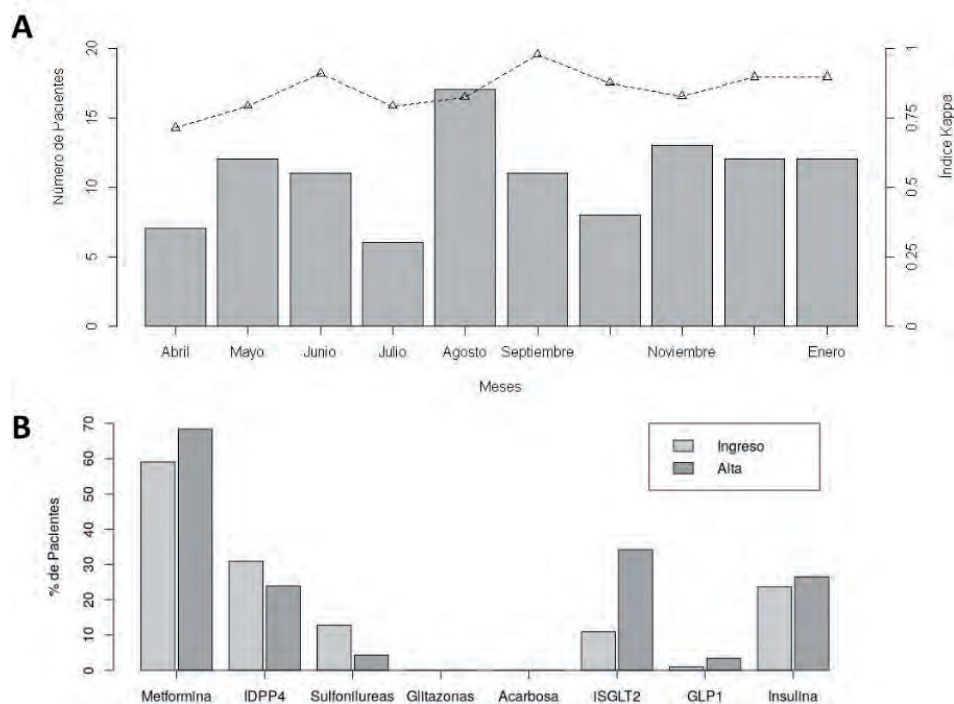
A. Junco, M. Soroa, N. Barja, D. García, J. Rozado, L. García, E. Capín, M.L. Rodríguez, E. Delgado y J.M. de la Hera

Hospital Universitario Central de Asturias.

Introducción y objetivos: La diabetes mellitus (DM) es uno de los principales FRCV y en los últimos años los fármacos anti-diabéticos han demostrado mejorar el pronóstico cardiovascular. Por ello, creemos que son necesarios programas de

formación específicos en DM para cardiólogos. Hemos desarrollado una plataforma web que permite al cardiólogo guiar el tratamiento antidiabético de sus pacientes y proporcionarle herramientas didácticas para a largo plazo tomar decisiones de manera autónoma. **Objetivo:** Evaluar las características basales de nuestra población de pacientes diabéticos que ingresan en cardiología, y el impacto en las estrategias activas de control glucémico tras el implante de un sistema de formación continuada.

Métodos: Hemos creado una plataforma web (www.tradicar.es) que permite al cardiólogo consultar de forma directa con expertos en diabetes y cardiología de nuestro centro, obteniendo de manera inmediata una recomendación sobre la mejor actitud en cada caso. Además, el usuario propone siempre una actuación, lo que permite monitorizar sus respuestas y determinar la progresión en su formación. De forma prospectiva se incluyen en el programa todos los pacientes que ingresaron en cardiología de nuestro centro



Póster P32 Figura

Antecedentes Personales		
	N	%
Diabetes Mellitus	74	85,06
Hipertensión Arterial	55	63,22
Dislipemia	51	58,62
Enfermedad Renal Crónica	27	31,03
Enfermedad Vascular Periférica	13	14,94
ACV	10	11,49
Insuficiencia Cardíaca	17	19,54
Cardiopatía Isquémica	29	33,33
Infarto Agudo de Miocardio	10	11,49
Antecedentes Diabetológicos		
	N	%
Retinopatía	7	8,05
Neuropatía	7	8,05
Amputaciones	0	0
Hipoglucemias	7	8,05
Infecciones Genitales	1	1,15

Tratamiento Previo		
	N	%
Antiagregación	40	45,98
Anticoagulación	16	18,39
Betabloqueantes	27	31,03
Calcioantagonistas	14	16,09
IECA / ARAII	42	48,28
Diuréticos de ASA	17	19,54
Diurético Inhib. Mineralocorticoide	6	6,9
Estatina	50	57,47
Ezetimibe	5	5,75
Ranolazina	1	1,15
Nitratos	10	11,49

Póster P32 Tabla

(abril/2018-febrero/2019) con antecedentes de DM o diagnosticados durante el ingreso. Se registran sus antecedentes personales, el tratamiento previo al ingreso (cardiológico y diabetológico), el tratamiento propuesto por el cardiólogo, la recomendación del equipo experto y el tratamiento definitivo al alta. Para la comparativa entre tratamientos propuestos por cardiólogos y recomendado por expertos empleamos una kappa de Cohen, y para la comparativa entre el tratamiento previo y prescrito al alta, se realizó un test de chi cuadrado.

Resultados: En total se analizaron los datos de 117 pacientes, 72 de ellos (64,86%) varones, con una edad media de 70,51 ($\pm 16,2$) años. El resto de variables clínicas se pueden apreciar en la tabla. En 105 pacientes (89,74%) se tomó una estrategia

activa en el control glucémico, lo que se tradujo en un aumento de la prescripción de tratamiento antidiabético. En concreto el tratamiento con iSGLT2 se incrementó de manera significativa de 12 (10,91%) a 40 (34,19%) pacientes, $p < 0,001$. El índice de coincidencia se incrementa de un 0,763 ($\pm 0,212$) en los primeros 4 meses de programa, a un 0,896 ($\pm 0,146$) en los últimos 4 meses del programa, $p = 0,026$.

Conclusiones: El impacto pronóstico cardiovascular de los nuevos tratamiento antidiabéticos obliga al cardiólogo a actualizar y ampliar su formación en DM. Las herramientas electrónicas como Tradicar (TRAIning in DIabetes for CARDiologist), con posibilidad de contacto directo e inmediato, son fundamentales para una adecuada formación cardiológica y para mejorar la asistencia médica que ofrecemos.