

## REC: CardioClinics

[www.reccardioclinics.org](http://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 PRECISSION DE LAS FÓRMULAS DE CORRECCIÓN DEL INTERVALO QT POR FRECUENCIA CARDIACA

S. Colunga<sup>1</sup>, R. Padrón<sup>2</sup>, D. García-Iglesias<sup>2</sup>, J. Rozado<sup>2</sup>, L. Junquera<sup>2</sup>, F. López-Iglesias<sup>3</sup>, J.M. Rubín<sup>2</sup>, D. Pérez<sup>2</sup>, P. Avanzas<sup>2</sup>, C. Morís<sup>2</sup> y D. Calvo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario de Cabueñes. <sup>2</sup>Hospital Universitario Central de Asturias. <sup>3</sup>Hospital Universitario de San Agustín.

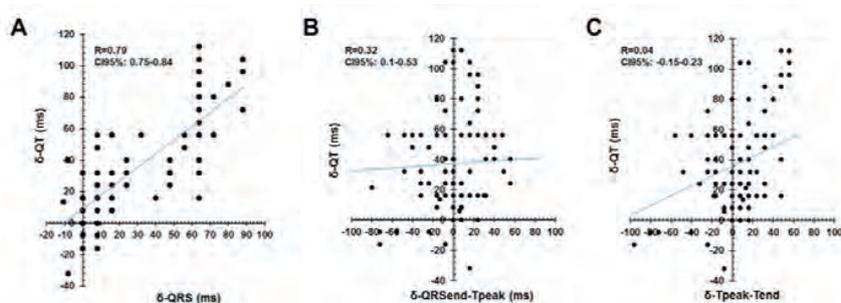
**Introducción y objetivos:** Hoy en día existe un interés creciente por desarrollar métodos apropiados para calcular el intervalo QT corregido en aquellos pacientes que presentan una despolarización ventricular prolongada (QRS ancho). El objetivo de nuestro estudio fue analizar el efecto que el ensanchamiento 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).

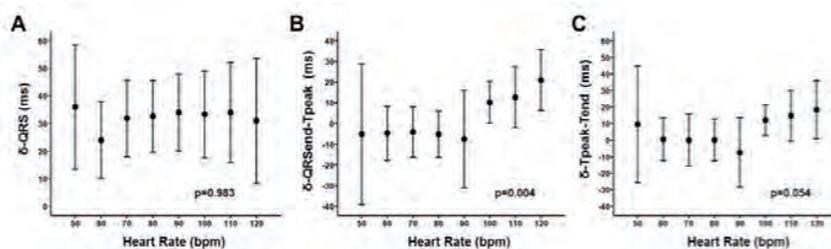
**Resultados:** El ensanchamiento del complejo QRS entre ambas fases del protocolo (d-QRS) fue el principal factor relacionado con la prolongación del intervalo QT (Pearson 0,79; IC95%: 0,75-0,84; fig. 1), con una contribución constante no alterada por las variaciones en la frecuencia cardíaca (p = 0,983). 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-

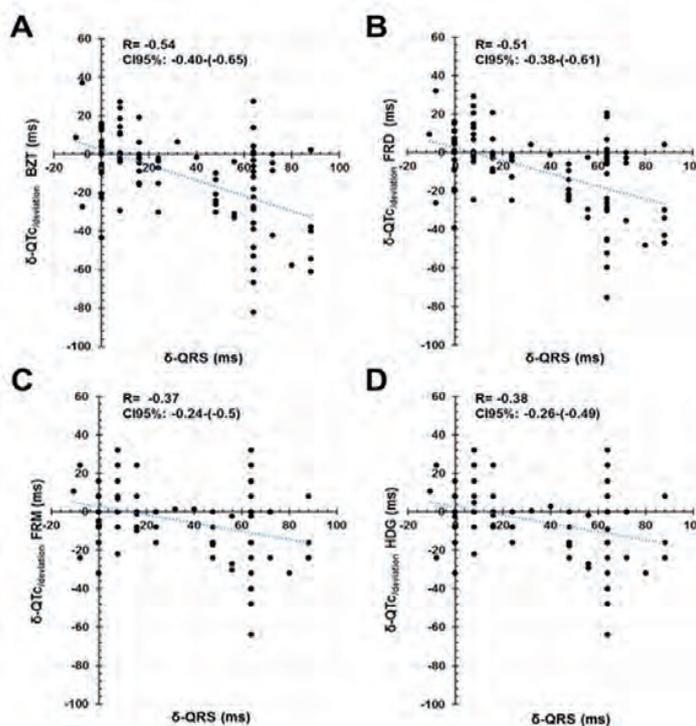


Póster P01 Figura 1

\*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

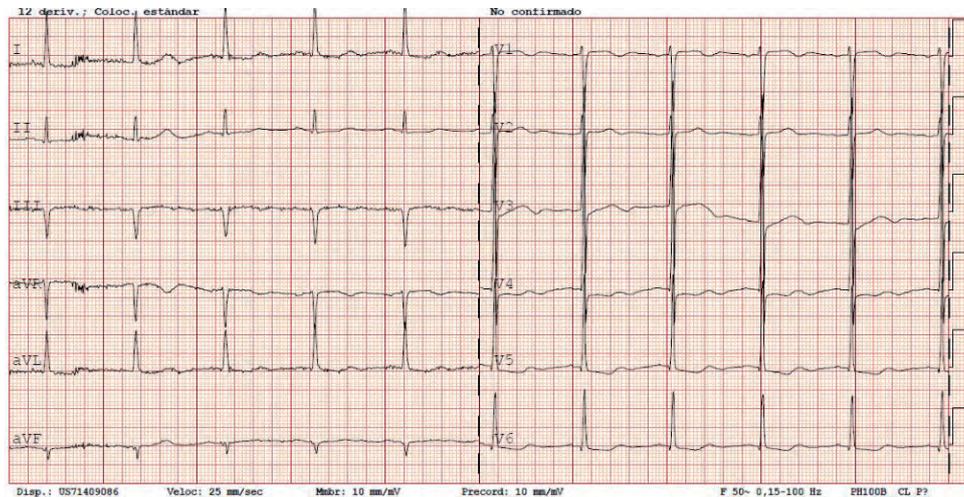
A. Junco Vicente, E.J. Banegas Deras, E. Astudillo Cortés y J. Rozado Castaño

Hospital Universitario Central de Asturias.

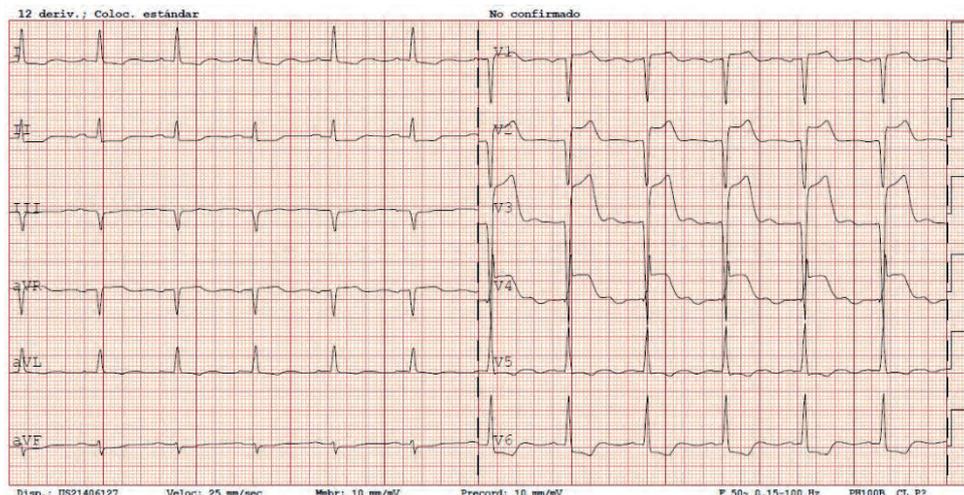
**Introducción y objetivos:** A pesar de navegar en la época de las pruebas de imagen y técnicas avanzadas, la electrocardiografía continúa jugando un papel esencial en la práctica clínica diaria cardiológica. Están descritos en la literatura patrones electrocardiográficos que predicen enfermedad coronaria 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, SatO<sub>2</sub> 97%, T<sup>a</sup> 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.

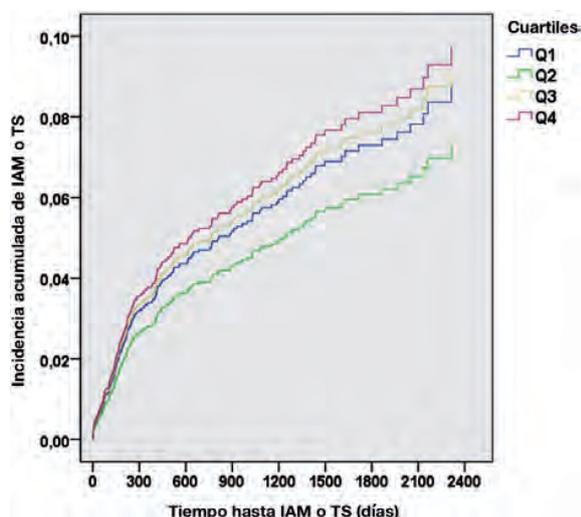
### P03. RIESGO DE INFARTO DE MIOCARDIO O TROMBOSIS DEL STENT EN FUNCIÓN DE LA LONGITUD TOTAL DEL STENT EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO SOMETIDOS A INTERVENCIONISMO CORONARIO PERCUTÁNEO CON STENTS FARMACOACTIVOS DE SEGUNDA GENERACIÓN

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.

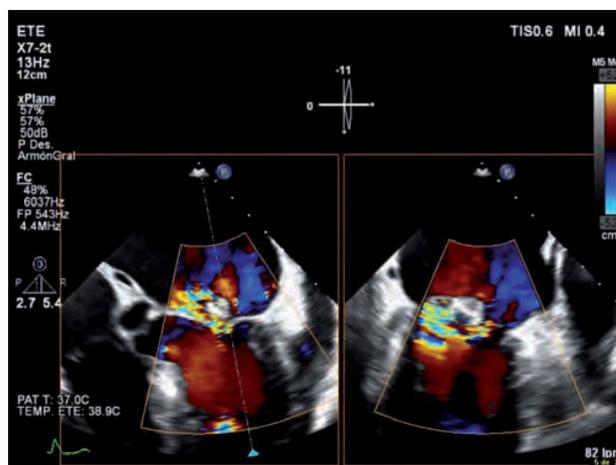


Figura 1



Figura 2

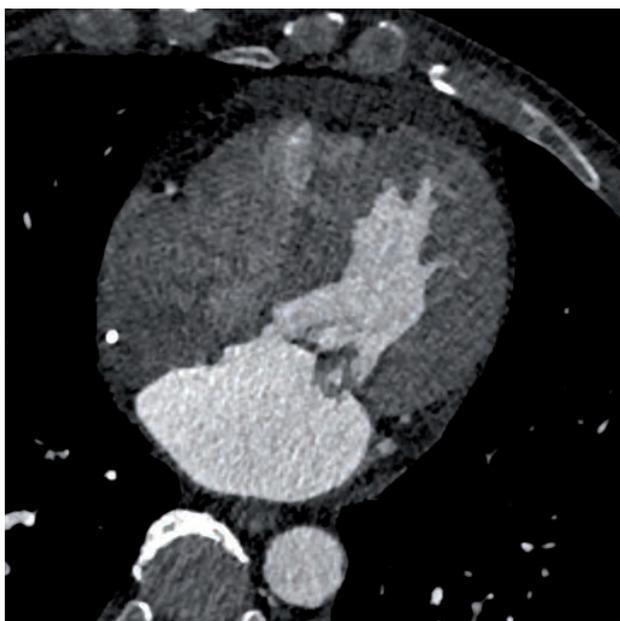


Figura 3

**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. Adeba, 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. Adeba, 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 gammapatía 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 pródomos 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

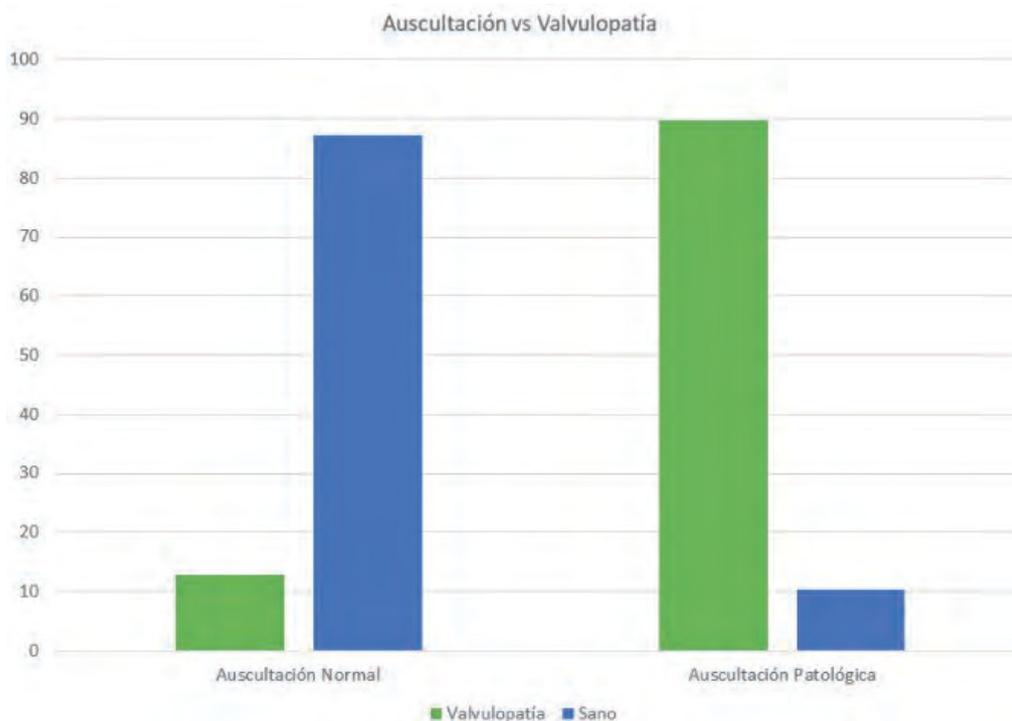
A. Adeba García, M. Vigil-Escalera Díaz, R. Álvarez Velasco, A. Martínez León, P. Flórez Llano, L. Gutiérrez de la Varga, M. Soroa Ortuño, M. Martín Fernández, L. García Pérez, J.M. de la Hera Galarza y C. Moris de la Tassa

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 cardiaca a través del grado de correlación de la misma con los hallazgos ecocardiográficos.

**Métodos:** Se realizó una auscultación cardiaca 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 cardiaca 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 en el laboratorio de imagen cardiaca en dicho periodo fueron 2160. La muestra total son 115 pacientes, de los cuales 47 (41%) presentaban una auscultación cardiaca 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 cardiaca 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 Pousa<sup>1</sup>, S. Raposeiras Roubín<sup>1</sup>, E. Abu-Assi<sup>1</sup>, S. Manzano Fernández<sup>2</sup>, F. D'Ascenzo<sup>3</sup>, J.P. Simao Enriques<sup>4</sup>, J. Saucedo<sup>5</sup>, A. Ariza Solé<sup>6</sup>, F. Cambronero Sánchez<sup>7</sup>, P.J. Flores Blanco<sup>2</sup>, M. Cespón Fernández<sup>1</sup>, B. Caneiro Queija<sup>1</sup>, R.J. Cobas Paz<sup>1</sup> y A. Íñiguez Romo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro. <sup>2</sup>Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. <sup>3</sup>University of Turin. <sup>4</sup>Academic Medical Center of Amsterdam. <sup>5</sup>NothShore University Hospital, Chicago. <sup>6</sup>Hospital Universitario de Bellvitge. <sup>7</sup>Hospital 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 era 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.

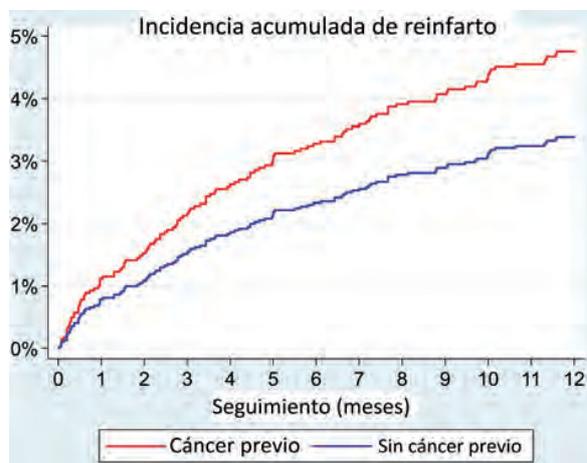


Figura 1

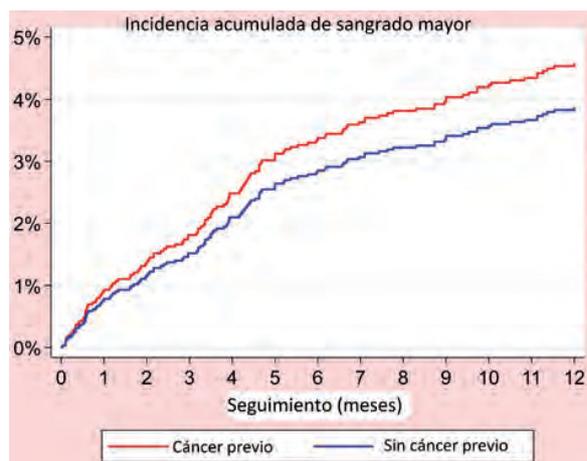


Figura 2

**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

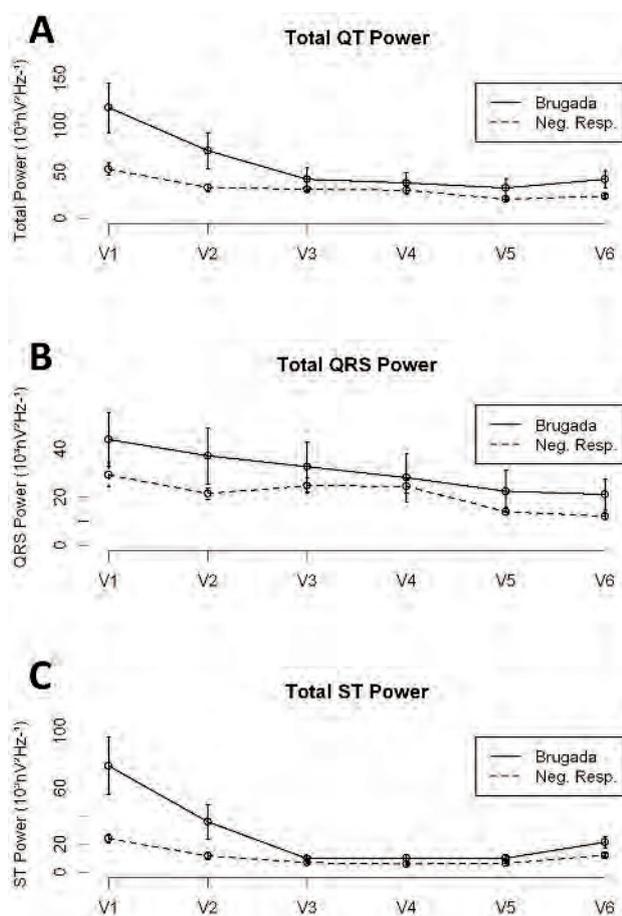
D. García Iglesias<sup>1</sup>, J. Rubín López<sup>1</sup>, D. Pérez Díez<sup>1</sup>, P. Flórez Llano<sup>1</sup>, A. Martínez León<sup>1</sup>, A. Flores Fuentes<sup>1</sup>, J. Reguero<sup>1</sup>, J.M. de la Hera<sup>1</sup>, P. Avanzas Fernández<sup>1</sup>, J. Gómez<sup>1</sup>, E. Coto<sup>1</sup>, F.J. de Cos Juez<sup>2</sup>, C. Morís de la Tassa<sup>1</sup> y D. Calvo Cuervo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Central de Asturias. <sup>2</sup>Universidad 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; 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)  $\text{nV}^2/\text{Hz}^{-1} \cdot 10^3$ ;  $p = 0,002$ ). 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)  $\text{nV}^2/\text{Hz}^{-1} \cdot 10^3$ ;  $p = 0,007$ ). 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 ( $55,8 \pm 39,35$  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. Bayón<sup>1</sup>, V. Gordo<sup>1</sup>, Í. Lozano<sup>2</sup>, M. Santos-Álvarez<sup>1</sup>, R.A. Abellas-Sequeiros<sup>1</sup>, R. Ríos-Vázquez<sup>1</sup>, A. Testa-Fernández<sup>1</sup>, A. López-López<sup>1</sup>, R. Ocaranza-Sánchez<sup>1</sup> y C. González-Juanatey<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Lucus Augusti. <sup>2</sup>Hospital 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%)	