



6019-618. FRAGMENTACIÓN DEL COMPLEJO QRS EN PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA DILATADA Y CARDIOMIOPATÍA ISQUÉMICA: DIFERENCIAS BÁSICAS

Herminio Morillas Climent¹, Diego Plaza López¹, Ignacio Sánchez Lázaro¹, Luis Martínez Dolz¹, Esther Roselló Lletí², José Miguel Rivera Otero², Antonio Salvador Sanz¹ y Luis Almenar Bonet¹ del ¹Hospital Politécnico y Universitario La Fe, Valencia y ²Fundación para la Investigación del Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

Resumen

Objetivos: La aparición de QRS fragmentado (QRSf) se ha relacionado con la existencia de anomalías en la conducción y escara miocárdica en cardiopatía isquémica (CI) y miocardiopatía dilatada idiopática (MCDI). Pretendemos describir la prevalencia de QRSf en cada una de estas cardiopatías e identificar los factores asociados a su aparición.

Métodos: Se define como QRSf todo aquel con duración menor de 120 milisegundos (ms) y al menos una muesca en la onda R o S en dos o más derivaciones pertenecientes al mismo territorio coronario, sin morfología de bloqueo de rama. Se reclutaron para el estudio 100 pacientes consecutivos atendidos en consultas externas de insuficiencia cardiaca avanzada durante 2012, tras excluir 270 pacientes seguidos en dichas consultas durante el mismo año por presentar etiologías diferentes de CI o MCDI, BCRIHH, BCRDHH, QRS mayor de 120 ms y ritmo estimulado por marcapasos. Se analizó la relación de QRSf con diversas variables: HTA, dislipemia, diabetes, tabaquismo y alcohol, eje del QRS, duración de los intervalos PR, QRS y QTc, sexo, edad, FEVI y clase funcional. Como test estadísticos se emplearon la prueba t de Student, el test χ^2 de Pearson y la regresión logística.

Resultados: Se apreció QRSf en 15 de 33 pacientes con MCDI (45,45%) y 28 de 67 con CI (41,79%). Los resultados se muestran en la tabla.

Conclusiones: No existen diferencias significativas en la prevalencia de QRSf entre MCDI y CI. Mientras que la duración del QRS y la edad se asociaron de forma independiente con la QRSf en CI, no se encontró ningún factor relacionado con la aparición del mismo en MCDI.

Factores asociados con la aparición de QRSf en MCDI y CI						
	MCDI			CI		
Factor	QRS	QRSf	p	QRS	QRSf	p

PR (ms)	172	180	0,361	173,27	178,48	0,444
QRS (ms)	98,06	100,73	0,435	95,15	103,82	< 0,001
QTc (ms)	444,17	449,33	0,647	437,77	440,75	0,749
EJE (°)	8,89	15,27	0,655	11,79	-3,65	0,204
Edad (años)	51,61	50,33	0,783	65,63	57,48	0,002
FEVI (%)	28,75	26,53	0,628	41,22	35,53	0,129
RS	83,3	93	0,381	94,8	96,4	0,761
Hombres	66,6	80	0,392	84,6	89,2	0,580
HTA	50	46	0,858	86,6	66,6	0,114
Dislipemia	26,6	33	0,706	85,2	82,6	0,785
Diabetes	13	23	0,453	61,5	45	0,264
Tabaquismo	26	21	0,862	30	41,1	0,285
Alcohol	11	0	0,109	0	0,7	0,447
EF NYHA I	37,5	33	0,848	43,7	14,2	0,047

<p class="01Numero">6019-619</N> <p class="01Titular"><T>El papel de un cardiólogo en el siglo XXI dentro de un hospital: la interconsulta médica a un servicio de cardiología</T> <p class="02AutoresFiliacin"><A>Eduardo Villacorta Argüelles, Eduardo Zatarain Nicolás, Teresa Mombiola Remírez de Ganuza, María Eugenia Vázquez Álvarez, M^a Ángeles Espinosa Castro, Pablo Díez Villanueva, Pedro Luis Sánchez Fernández y Francisco Fernández-Avilés Díaz del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

<X>Introducción y objetivos: Dentro de la actividad asistencial hospitalaria nos encontramos con la interconsulta médica (IC). Esta actividad tiene una gran importancia, ya que cumple la función de aportar conocimientos específicos a otras especialidades. Sin embargo, la actividad de las ICs en los hospitales ha sido siempre denostada, con poca preocupación por parte de los gerentes y así percibida por los facultativos.

Por este motivo nuestro servicio ha creado un equipo de cardiólogos dedicados exclusivamente a las interconsultas. Nuestro objetivo ha sido realizar un estudio descriptivo de las interconsultas realizadas en un centro terciario.

Métodos: Hemos realizado un análisis descriptivo de las interconsultas realizadas de forma consecutiva en un centro terciario en el periodo comprendido entre febrero de 2011 y febrero de 2013.

Resultados: Durante estos 24 meses se han realizado 1.605 interconsultas al servicio de cardiología, el 60% de los pacientes (p) eran varones (n = 963) y la edad media fue de 70 años (62-81). Por la complejidad de los casos, aproximadamente un tercio de las ICs (35%) requirió seguimiento y su duración media fue de 4 días. El 13% de los p vistos durante las interconsultas presentaron patología cardiaca significativa, por lo que fue necesario trasladar a nuestro servicio. En 11% de los p fueron trasladados a la unidad coronaria. La patología cardiovascular más prevalente fue la insuficiencia cardiaca (18%), seguida de taquiarritmias (17%), cardiopatía isquémica/dolor torácico (16%), valvulopatías (9%), bradiarritmias/síncope (8%), valoración de tratamiento farmacológico (7%), cardiopatía estructural (7%) y valoración preoperatoria (6%). Los servicios peticionarios más comunes fueron: medicina interna (26%), aparato digestivo (11%), neumología (9%), cirugía vascular (7%), cirugía general (6%) y oncología (5%). Al 59% de los p se les solicita al menos una prueba diagnóstica. Las pruebas más frecuentes fueron ecocardiograma (77%), prueba de detección de isquemia (9%) y coronariografía (14%).

Conclusiones: Actualmente los p ingresados en un hospital son más complejos, ya que presentan un mayor número de comorbilidades. La patología más frecuente fue la insuficiencia cardiaca y el servicio más peticionario fue medicina interna. Es necesario interactuar con médicos de otras especialidades para colaborar en el tratamiento óptimo de los pacientes interdisciplinarios.