

630/57. VARIABILIDAD ENTRE CENTROS EN EL EMPLEO DE ANTICOAGULANTES DIRECTOS EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN ACTIVO Y FIBRILACIÓN AURICULAR. DATOS DEL REGISTRO CANAC-FA

Inara María Alarcón de la Lastra Cubiles¹,
José Javier Sánchez Fernández²,
Alberto Piserra López-Fernández De Heredia³,
María Inmaculada Fernández Valenzuela⁴,
Magdalena Carrillo Bailén⁵, Arancha Díaz Expósito⁶,
Marinela Chaparro Muñoz⁴, Javier Torres Llergo⁵,
Alejandro Pérez Cabeza⁶ y Martín Ruiz Ortiz³

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. ²Unidad de Cardiología, Hospital Universitario de Ceuta, Ceuta. ³Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ⁴Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ⁵Unidad de Cardiología, Hospital Universitario de Jaén, Jaén. ⁶Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción y objetivos: El manejo antitrombótico de los pacientes con cáncer activo y fibrilación auricular (FA) es complejo por el elevado riesgo trombotico y hemorrágico. El objetivo principal del estudio consistió en investigar la variabilidad en la prescripción de anticoagulación en pacientes con cáncer de pulmón activo y FA.

Métodos: Se analizaron datos del registro CANAC-FA, un estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico realizado en 5 hospitales españoles de tercer nivel. Se seleccionaron pacientes con cáncer de pulmón activo (<1 año del diagnóstico) y FA entre enero de 2017 y diciembre de 2019 y se analizó la variabilidad en la prescripción de anticoagulantes en la visita basal.

Resultados: Se incluyeron 255 pacientes. Tanto las características basales de los pacientes como la prescripción de anticoagulantes fueron significativamente diferentes, especialmente en anticoagulantes directos (ACOD) y antivitamina K ($p < 0,05$). Las diferencias en la prescripción de tratamiento anticoagulante desaparecieron tras el análisis multivariado, pero no así las observadas en la indicación de ACOD, aun tras ajustar por las características basales (OR: 4,1; IC95%, 1,6-10,4; $p = 0,003$; OR: 4,0; IC95%, 1,7-9,5; $p = 0,002$; OR: 7,8; IC95%, 1,6-38,6; $p = 0,01$; y OR: 14,0; IC95%, 4,9-39,7; $p < 0,0005$, para los 4 centros con mayor prescripción, tomando como referencia el que tenía la menor frecuencia de indicación).

Conclusiones: Se observó una variabilidad significativa en el empleo de anticoagulación que puede explicarse, en parte, por las diferentes características basales de los pacientes. Sin embargo, y pese a los ajustes requeridos, las diferencias en cuanto a la prescripción de ACOD entre centros se mantuvo.

630/58. ANÁLISIS DEL CONTROL GLUCÉMICO EN LOS PACIENTES DE CONSULTAS EXTERNAS DE CARDIOLOGÍA SEGÚN CÓDIGO POSTAL Y ETNIA

Manuel Apellaniz Sillero¹, Francisca Montoro Ballesteros²,
Francisco García Lanzas³, José María Miralles Ibarra³
y José Javier Sánchez Fernández³

¹Unidad de Medicina Interna, Hospital Universitario de Ceuta, Ceuta. ²Unidad de Neumología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. ³Unidad de Cardiología, Hospital Universitario de Ceuta, Ceuta.

Introducción y objetivos: La aparición de diabetes mellitus tipo 2 y el control glucémico se ven influenciados por la educación sociosanitaria y el entorno cultural. Nuestro objetivo fue analizar las posibles diferencias en la prevalencia de dia-

betes mellitus tipo 2 y en el control de glucemias según características basales y el código postal de residencia en una ciudad en la que conviven diferentes etnias y culturas.

Métodos: Entre septiembre de 2021 y febrero de 2022 se reclutaron todos los pacientes con hemoglobina glucosilada (HbA1c) mayor del 9% en los 12 meses previos que acudieron a consultas de cardiología de nuestro centro, así como una cohorte de pacientes seleccionados aleatoriamente con HbA1c menor del 9%. Se analizaron características basales y demográficas y se comparó la HbA1c según esas variables mediante t-Student y ANOVA.

Resultados: Se incluyeron 107 pacientes (edad 65,1 ± 9,7 años; 60,4% varones), 51 de ellos con HbA1c mayor al 9%. La HbA1c media del grupo con glucemias elevadas fue del 10,39% frente a la HbA1c media del 6,62% en el grupo control. Se observó que los varones (el 9,06 frente al 7,50%; $p < 0,001$), los residentes en la periferia (HbA1c, 7,64% frente a HbA1c, 8,63%; $p < 0,001$) y los pacientes de etnia árabe (HbA1c, 9,01% frente a HbA1c, 7,99%; $p < 0,001$) presentaron cifras de HbA1c mayores. No se observaron diferencias en HbA1c según edad ($p = 0,756$).

Conclusiones: Se observaron diferencias estadísticamente significativas en el control glucémico de los pacientes según el código postal de residencia, el sexo y la etnia de los pacientes

630/60. ANÁLISIS Y RESULTADOS DE LA REVASCULARIZACIÓN PRECOZ EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST

Alejandro Gómez González, Luis López Flores,
Néstor García González, Gloria Rocío Padilla Rodríguez,
Marta Lucas García, Fernando Altarejos Salido,
Paula Marín Andreu, Antonio Pablo Rivas García,
Rafael J. Hidalgo Urbano y Juan Carlos García Rubira

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: El tiempo hasta la coronariografía diagnóstica en pacientes que presentan un síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST), se plantea como uno de los principales factores pronósticos en los pacientes de mayor riesgo.

Métodos: Incluimos los pacientes ingresados en la unidad coronaria de un hospital de 3.º nivel desde enero de 2011 hasta febrero de 2022 por SCASEST. Nos planteamos examinar si las características clínicas de los pacientes en los que se realiza coronariografía precoz (Cp), difieren de aquellos en los que se realiza más tardíamente.

Resultados: Se incluyeron 1.092 pacientes (72,3% hombres y 27,7% mujeres), 65 años de edad media, en los que 334 (30,6%) de ellos se realizó Cp. Inicialmente encontramos pacientes más jóvenes, más fumadores (el 41 frente al 31,5; $p = 0,008$), mayor frecuencia de cambios electrocardiográficos de riesgo ($p = 0,000$), mayor necesidad de diuréticos y vasodilatadores ($p = 0,02$ y $p = 0,09$), menor número de coronarias normales ($p = 0,02$), mayor necesidad de revascularización quirúrgica ($p = 0,047$), peor Killip-Kimball (KK) durante la estancia hospitalaria ($p = 0,003$), así como mayor frecuencia de shock cardiogénico ($p = 0,002$) entre los pacientes en los que se realizó Cp. Aunque la mortalidad intrahospitalaria fue superior en los pacientes en los que se realizó Cp, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas. No se obtuvieron diferencias en otros parámetros clínicos estudiados.

Conclusiones: En nuestro estudio observamos que en pacientes ingresados por SCASEST, realizamos con mayor frecuencia Cp en pacientes con peor pronóstico sin observarse diferencias significativas en mortalidad intrahospitalaria ni