

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

en FEVI poscateterismo. Los resultados sugieren que la Cp mejora el pronóstico en el grupo de peor perfil clínico.

630/61. REACTANTES DE FASE AGUDA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN PACIENTES INGRESADOS POR INFARTO EN CARDIOLOGIA ENTRE 2020 Y 2021

José Gregorio Soto Rojas, Miriam Parra Rubio, Fabiola Nicolás Cañadas y Ricardo Fajardo Molina

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería

Introducción y objetivos: Es conocido que en el infarto se produce una respuesta inflamatoria con aumento de los reactantes de fase aguda (RFA). El objetivo de este estudio es analizar la posible relación entre los RFA y las características clínicas de pacientes ingresados por infarto.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de una serie de 398 pacientes consecutivos con infarto que ingresan en un hospital de tercer nivel. Se realizó un análisis de correlación entre los valores de NT-proBNP y PCR inicial y máxima durante el ingreso y otras características demográficas, clínicas, ecocardiográficas y la mortalidad intrahospitalaria y precoz (primeros 30 días).

Resultados: Los pacientes con infarto presentaron una PCR media al ingreso de 1,9 mg/dl, una PCR máxima media de 5,5 mg/dl y un NT-proBNP medio de 4.265 pg/ml. Obtuvimos una discreta correlación significativa inversa entre la FEVI y el valor de PCR inicial (-0,135), PCR máxima (-0,285) y de NT-proBNP (-0,33). También encontramos una relación significativa entre una PCR > 1,5 mg/dl y la presencia de arritmias malignas y muerte cardiovascular ($p < 0,05$), así como entre valores de NT-proBNP > 1.000 pg/ml y el sexo femenino y la mortalidad cardiovascular ($p < 0,05$).

Conclusiones: Dentro de los mecanismos fisiopatológicos del infarto se produce una respuesta inflamatoria que conlleva un aumento de los RFA. En nuestro estudio encontramos una relación significativa entre los valores elevados de PCR y NT-proBNP con una FEVI disminuida y la mortalidad cardiovascular. Recalcamos la importancia de la monitorización de los RFA durante el ingreso, ya que aportan información de gran utilidad pronóstica en la valoración del paciente con infarto agudo de miocardio.

630/62. PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES MENORES DE 50 AÑOS CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

José Gregorio Soto Rojas, Beatriz Girela Pérez, Fabiola Nicolás Cañadas y Ricardo Fajardo Molina

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción y objetivos: Son bien conocidos los FRCV que predisponen al desarrollo de la cardiopatía isquémica y tradicionalmente se han asociado a edades avanzadas, sin embargo, la incidencia de cardiopatía isquémica en jóvenes ha aumentado en los últimos años. El objetivo es analizar la prevalencia de FRCV en personas jóvenes.

Métodos: Estudio observacional descriptivo de la prevalencia de FRCV en pacientes ingresados por infarto en un hospital terciario en función de la edad y su relación con la mortalidad.

Resultados: Dividimos la muestra según la edad diferenciando entre menores y mayores de 50 años (el 10,3 frente al 89,7%). En los más jóvenes había una menor tasa de hipertensión (el 43,9

frente al 65,3%; $p = 0,007$), dislipemia (el 36,6 frente al 56,6%; $p = 0,015$) y diabetes (el 17,1 frente al 36,7%; $p = 0,012$), con una mayor tasa de tabaquismo activo (el 82,9 frente al 30%; $p < 0,05$), obesidad (el 31,7 frente al 22,1%; $p = 0,16$) y antecedentes familiares de cardiopatía prematura (el 31,7 frente al 6,7%; $p < 0,05$). No encontramos asociación significativa entre esos grupos de edad y la mortalidad cardiaca precoz ($p = 0,08$).

Conclusiones: Los FRCV son entidades importantes para el desarrollo de cardiopatía isquémica. Mientras que algunos de ellos están altamente asociados a la edad, como son la HTA, la dislipemia o la diabetes, hay otros muy relacionados con los hábitos de vida que están aumentando en personas más jóvenes, como son el tabaquismo y la obesidad, y que están haciendo que aumente el riesgo de cardiopatía isquémica a edades más precoces. Sería necesaria la creación de programas de concienciación social para disminuir el impacto de dichos FRCV en personas jóvenes.

630/63. CONFINAMIENTO Y SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Miriam Parra Rubio, José Gregorio Soto Rojas, Soraya Muñoz Troyano y Ricardo Fajardo Molina

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción y objetivos: La pandemia de COVID ha supuesto un cambio en la reorganización continua de la asistencia en el paciente cardiológico, especialmente en la fase aguda como supone el SCA. El objetivo de nuestro estudio es analizar las características de los pacientes ingresado por SCA durante la primera etapa de la pandemia frente a los meses posteriores.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo, donde se analizan los pacientes ingresados por SCA en la primera parte de la pandemia de COVID (marzo de 2020 a diciembre de 2020) y los pacientes ingresados en los 10 meses posteriores. Se analizaron características demográficas, clínicas, mortalidad hospitalaria y mortalidad precoz en los 30 días de seguimiento.

Resultados: Se incluyeron un total de 338 pacientes, 178 en 2020 y 220 en 2021. Edad media de 66 ± 6 años con un 74% de hombres en ambos grupos. Durante 2020 se registró un 8% menos de SCACEST con un mayor número de complicaciones postinfarto (el 4% frente al 2,3%), con una FEVI media similar en ambos grupos (el 49% frente al 50%). La mortalidad hospitalaria fue del 5,6 frente al 4,1% y tanto esta como la mortalidad a los 30 días se asociaron de forma significativa a la FEVI, a la revascularización incompleta, a las complicaciones postinfarto y a los niveles de NT-proBNP ($p < 0,05$).

Conclusiones: En nuestro estudio se objetiva un ligero incremento de la mortalidad durante la primera parte de la pandemia de COVID con aumento de las complicaciones postinfarto, probablemente relacionada con la organización de la atención sanitaria en ambos periodos y al retraso de los pacientes en solicitar asistencia sanitaria.

630/64. CARACTERIZACIÓN DE LAS LESIONES CORONARIAS EN LOS PACIENTES MENORES DE 50 AÑOS INGRESADOS POR INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

José Gregorio Soto Rojas, Beatriz Girela Pérez, Fabiola Nicolás Cañadas y Ricardo Fajardo Molina

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción y objetivos: El IAM es más frecuente en personas de edad avanzada; sin embargo, también se manifiesta en