

494/38. ANTICOAGULANTES ORALES DIRECTOS EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR E INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN CONSERVADA

Antonio Luis Gámez López

Unidad de Cardiología, Hospital General de Valdepeñas, Ciudad Real.

Introducción y objetivos: La insuficiencia cardiaca con fracción de eyección conservada (IC-FEC) es una enfermedad heterogénea con una prevalencia creciente. Una de las comorbilidades más importantes asociadas a la IC-FEC es la fibrilación auricular (FA). A pesar de esto existen pocos datos sobre la eficacia del tratamiento con anticoagulantes directos (ACOD) en estos pacientes. El objetivo es describir el efecto de los ACOD en el pronóstico y eventos isquémicos o hemorrágicos de estos pacientes.

Métodos: Analizamos una cohorte contemporánea de pacientes con HFpEF y FA. Comparamos los resultados de los pacientes con ACOD frente a agonistas de la vitamina K (AVK). Para ello se realizaron curvas de Kaplan-Meier.

Resultados: Seleccionamos 81 pacientes con IC-FEC y FA. La edad media fue de 75 ± 11 años. El 36% de los pacientes fueron tratados con ACOD. En una mediana de seguimiento de 33 meses, la mortalidad por cualquier causa fue menor en el grupo ACOD (el 30% ACOD frente al 58,6% AVK; $p = 0,048$ logrank test). En el grupo de pacientes tratados con ACOD, se observó una reducción en el número de episodios hemorrágicos mayores (el 32% ACOD frente al 77% AVK; $p = 0,032$ log rank test) sin cambios en la incidencia de ictus o embolia sistémica (el 11,5% NOAC frente al 6,9% AVK; $p = 0,550$).

Conclusiones: En pacientes con IC-FEC, el uso de ACOD se asoció con una disminución de la mortalidad total y a una reducción significativa de las tasas de hemorragia grave. Estos datos confirman el impacto positivo del tratamiento con ACOD en pacientes con HFpEF y FA.

494/40. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA: ACTUALIZACIÓN DE LA EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD EN ANDALUCÍA Y SUS PROVINCIAS Y COMPARACIÓN CON ESPAÑA, PERIODO 2009-2018.

Juliana Caballero Güeto¹, Francisco José Caballero Güeto²

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ²Unidad de Medicina Intensiva, Hospital de Montilla, Montilla, Córdoba.

Introducción y objetivos: Andalucía es una de las comunidades con mayor mortalidad por isquemia coronaria. Actualizamos la descripción de la evolución temporal de la mortalidad de sus provincias y de España.

Métodos: Tasas de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón ajustadas a edad (población europea estándar Eurostat-2013)/100.000 habitantes, servidor interactivo ARIADNA (Centro Nacional Epidemiología-Instituto Salud Carlos III) años 2009-2018.

Resultados: Diferencia absoluta de tasas y descenso anualizado periodos 2009/2014 y 2014/2018:

- Almería: $-24,76 (-4,1)^\circ -16,32 (-2,7)^\circ$ y $-5,92 (-1,2)^\circ +1,54 (+0,3)^\circ$
- Cádiz: $-20,11 (-3,3)^\circ -9,56 (-1,6)^\circ$ y $-3,94 (-0,8)^\circ -4,77 (-0,9)^\circ$
- Córdoba: $-25,08 (-4,2)^\circ -5,19 (-0,9)^\circ$ y $-3,96 (-0,8)^\circ -0,08 (-0,02)^\circ$
- Granada: $-20,38 (-3,4)^\circ -9,49 (-1,6)^\circ$ y $+7,4 (+1,5)^\circ +1,2 (+0,2)^\circ$
- Huelva: $-12,73 (-2,1)^\circ -9,05 (-1,5)^\circ$ y $-2,96 (-0,6)^\circ -8,17 (-1,6)^\circ$
- Jaén: $-19,6 (-3,2)^\circ -9 (-1,5)^\circ$ y $-5,87 (-1,2)^\circ -2,2 (-0,4)^\circ$
- Málaga: $-17,91 (-2,9)^\circ -8,22 (-1,4)^\circ$ y $-4,02 (-0,8)^\circ -3,64 (-0,7)^\circ$
- Sevilla: $-13,73 (-2,3)^\circ -7,7 (-1,3)^\circ$ y $-1,2 (-0,2)^\circ +1 (+0,2)^\circ$
- España: $-12,06 (-2)^\circ -6,74 (-1,1)^\circ$ y $-6,06 (-1,2)^\circ -2,54 (-0,5)^\circ$

Conclusiones: A pesar de un descenso progresivo, e inicialmente de mayor cuantía en nuestra comunidad, la mortalidad continúa siendo mayor en el conjunto de Andalucía que en España. Existe gran variabilidad entre las provincias: Sevilla, Huelva y Granada (hombres) y Cádiz (mujeres) tienen tasas superiores a la media de España. En el resto de provincias es similar o ligeramente menor. Desde el año 2014 y, sobre todo, 2016 parece documentarse una ralentización del descenso de la tasa de mortalidad generalizado, más acusado en nuestra comunidad, y en Granada y Huelva incluso parece existir una tendencia al alza.

494/42. CALCIFICACIÓN DEL BOTÓN AÓRTICO: UN NUEVO PREDICTOR DE ARTEFACTOS Y DE LESIONES CORONARIAS SIGNIFICATIVAS EN LA ANGIO-TC

Lucia Carnero Montoro¹, Jesús Rodríguez Nieto¹, Jorge Perea Armijo¹, Ignacio Gallo Fernández², Josué López Baizan¹, Daniel Pastor Wulf¹, Gloria María Heredia Campos¹, Adriana Rescua Collazo¹, Consuelo Fernández-Avilés Irache¹ y Rafael Gonzalez¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ²Unidad de Cardiología, Centro de Salud Sector Sur-Santa Victoria, Córdoba.

Introducción y objetivos: La angio-TC es la técnica de elección para descartar enfermedad coronaria (EC) en pacientes sintomáticos con riesgo intermedio-bajo. A pesar de su elevada sensibilidad, se han descrito numerosos artefactos que impiden su correcta interpretación, así como factores relacionados a EC. Nuestro objetivo fue evaluar la presencia de calcio en el botón aórtico (CaBo) como un nuevo parámetro artefactual y predictor de lesiones coronarias significativas.

Métodos: Estudio observacional descriptivo unicéntrico de pacientes sometidos a angio-TC para descartar EC entre el 1 de julio y el 31 de diciembre de 2020. Se excluyeron pacientes sin radiografía de tórax (RxTx). Evaluamos la presencia de calcio aórtico en la RxTx posteroanterior. Los resultados de la angio-TC se clasificaron en 4 categorías: ausencia de lesiones, lesiones no significativas, lesiones significativas y estudio no valorable por artefactos.

Resultados: Se incluyeron 251 pacientes, edad media 60 ± 12 años, 51% varones, 24% diabéticos, 57% hipertensos, 13% fumadores y 45% dislipémicos. El 18% presentó CaBo en la RxTx. Frecuencia cardiaca (FC) media 60 ± 16 lpm. Los resultados de la angio-TC fueron: 45% sin lesiones, 26% lesiones no significativas, 17% lesiones significativas y 12% lesiones no valorables. Los pacientes con CaBo presentaron una mayor probabilidad de obtener un resultado de angio-TC no valorable y con lesiones significativas, tanto en el análisis univariante como ajustado por edad, sexo y FC (OR: 3,2 [1,2-8,1]; $p = 0,017$) y (OR: 3,7 [1,5-8,7]; $p = 0,003$).

Conclusiones: La calcificación del botón aórtico en radiografía es un factor predictor independiente de angio-TC no valorable, y lesiones coronarias significativas con un riesgo 3,2 y 3,7 mayor con respecto a quienes no presentan dicho hallazgo.

494/43. EFICACIA Y SEGURIDAD A LARGO PLAZO DEL TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES DIRECTOS EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR

Yesenia Pimentel Quezada

Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Virgen de la Capilla, Jaén.