

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

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

Lucía 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.

Introducción y objetivos: Los anticoagulantes directos (ACOD) representan actualmente la terapia antitrombótica de elección en el paciente con fibrilación auricular no valvular (FANV). El objetivo del presente trabajo es el de caracterizar el tratamiento antitrombótico realizado en práctica clínica real en pacientes con FA, así como conocer la eficacia y seguridad de dicho tratamiento a largo plazo.

Métodos: Registro de práctica clínica diaria conformado por aquellos pacientes atendidos ambulatoriamente por FA en consulta externa de cardiología.

Resultados: Se incluyeron 1.007 pacientes con FANV. En cuanto a sus características basales destacamos: edad media 73 ± 11 años; 53% mujeres; 62% FA permanente; CHA2DS2-VASc medio $3,3 \pm 1,6$; HASBLED medio $1,8 \pm 0,9$; tipo de tratamiento: ACOD 31%, antagonistas vitamina K (AVK) 58%, no tratamiento antitrombótico 8%. A la mediana de seguimiento de 62 meses (41-75), la mortalidad global fue del 33% con una tasa de ictus o eventos embólicos periféricos del 10% y una incidencia de hemorragia que se situó en el 27%. Al comparar la tasa de eventos entre pacientes anticoagulados con ACOD frente a AVK encontramos: una mortalidad total del 24,8% ACOD frente al 41,7% AVK, $p < 0,0001$ chi-cuadrado; incidencia de ictus o eventos embólicos: el 8 frente al 11,7%, $p = 0,127$ chi cuadrado; incidencia de sangrado del 23,8 frente al 31,4%, $p = 0,037$ chi-cuadrado.

Conclusiones: En el seguimiento a largo plazo de una cohorte amplia de pacientes anticoagulados con FANV, el empleo de ACOD se asocia a una disminución de la mortalidad global y del riesgo de sangrado sin cambios en las tasas de ictus o embolia periférica.

494/44. PAPEL DE LAS TÉCNICAS DE IMAGEN TRIDIMENSIONALES EN EL CIERRE PERCUTÁNEO DE COMUNICACIÓN INTERAURICULAR COMPLEJA

Ana Fernández Ruiz¹, Ana Rodríguez Almodóvar¹, Martín Ruiz Ortiz¹, Mónica María Delgado Ortega¹, Fátima Esteban Martínez¹, Miguel Ángel Romero Moreno², Soledad Ojeda Pineda¹, Javier Suárez de Lezo Herreros de Tejera¹, Manuel Pan Álvarez-Ossorio² y Dolores Mesa Rubio¹

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

Introducción y objetivos: No hay estudios del impacto del desarrollo de la imagen 3D en el cierre percutáneo de la comunicación interauricular (CIA) anatómicamente compleja. El objetivo fue comparar, en función de la técnica de imagen (3D o 2D), el tipo de complejidad de la CIA, el éxito de cierre percutáneo y las complicaciones del procedimiento.

Métodos: Incluimos 106 adultos con CIA compleja (grandes ≥ 30 mm, múltiples, fenestradas, aneurismáticas o con déficit de remanente posterior o inferior) tratados percutáneamente desde 1998 hasta 2020. Comparamos el éxito, el tipo de complejidad y las complicaciones según la técnica de imagen empleada. La evaluación de la CIA y la monitorización intraprocedimiento se realizó con ecocardiografía transesofágica bidimensional (grupo 2D) de 1998 a 2007 ($n = 66$). Entre 2008 y 2020 ($n = 40$, grupo 3D) se utilizó la TC cardíaca para la evaluación y ecocardiografía transesofágica 3D-RT para la monitorización. Definimos éxito como cierre completo sin complicaciones.

Resultados: En el grupo 2D había más CIA grande (40,9%), y un menor porcentaje con déficit de remanente (6,1%) frente al grupo 3D (10 y 35%, respectivamente; $p < 0,05$). Hubo pocas complicaciones, 10 (9,4%), sin diferencias entre grupos. El éxito fue mayor en el grupo 3D (el 88 frente al 67%; $p < 0,05$).

Conclusiones: El cierre percutáneo de la CIA compleja es seguro. El uso de la imagen 3D frente a 2D mejora el éxito y cambia el tipo de complejidad de las CIA tratadas percutáneamente en favor de aquellas con déficit de rebordes.

494/46. EXPERIENCIA INICIAL DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA HOSPITALARIA

Soraya Muñoz Troyano¹, Gema Martínez Herrerías², Rafael Ferrer López¹, Fabiola Nicolás Cañadas¹ y Ricardo Fajardo Molina¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería. ²Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción y objetivos: Las unidades de insuficiencia cardíaca (UIC) han demostrado su utilidad para la reducción de la morbimortalidad en los pacientes con insuficiencia cardíaca. Nuestro objetivo es comunicar los resultados del primer año de implementación de una UIC.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo de pacientes derivados a una UIC. Se analizaron características clínicas y demográficas, así como los ingresos y mortalidad al año de seguimiento.

Resultados: En un periodo de 17 meses, se valoraron 85 pacientes (edad $62,4 \pm 11,2$ años; 72,9% varones). El 31% presentaba IC *de novo*, siendo la etiología más prevalente la MCD idiopática (44,2%). Al año de seguimiento, se incrementó NHYA I-II del 72,1 al 96,6%. Se consiguió un incremento de la dosis de β -bloqueantes del 89 al 96,4%, de ARNI del 26 al 50%, de ARM del 83,1 al 90% y de iSGT2 del 6,8 al 33%. Aumentó la indicación de DAI-CRT en un 18,2%. Se produjo una disminución significativa del pro-BNP de 3.157 a 2.193, con un incremento de la FEVI del 29,9 al 43%. La mortalidad al año fue del 4,7%, se asoció de forma significativa a pro-BNP, FEVI y NHYA ($p < 0,05$). La tasa de ingresos fue del 7%.

Conclusiones: Las UIC permiten la optimización del tratamiento de los pacientes con insuficiencia cardíaca, con la consecuente mejoría clínica y de la FEVI con una tasa baja de mortalidad y de ingresos hospitalarios.

494/47. REHABILITACIÓN CARDIACA Y CONTROL LIPÍDICO

Inmaculada Sigler Vilches¹, Ana María Lopez Lozano², María Oliva Gonzalez Oria², Ignacio Sainz Hidalgo¹ y Jesús Vallejo Carmona¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ²Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción y objetivos: El control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) constituye una parte fundamental dentro de la rehabilitación cardíaca. Uno de los propósitos es alcanzar un nivel óptimo de colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (cLDL). Nuestro objetivo es determinar el porcentaje de pacientes que alcanzan el objetivo de cLDL después de realizar un programa de rehabilitación cardíaca y valorar predictores clínicos de buen control.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo que incluye a todos los pacientes con determinación de cLDL disponible que realizaron el programa de rehabilitación cardíaca de nuestro centro durante el año 2018. Valoramos la prevalencia de pacientes con cLDL por debajo del objetivo (<70 mg/dl o <55 mg/dl) antes y después de realizar el programa y los predictores clínicos de buen control.

Resultados: Se incluyen 322 pacientes (87% hombres, edad 57 ± 9 años). El porcentaje de pacientes con cLDL < 70 mg/dl al