

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 morbilidad 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

inicio del programa era del 55% y al final del 65,8%, con una reducción media del cLDL de 5 mg/dl ($p < 0,001$). Los pacientes con cLDL < 55 mg/dl antes del programa fueron el 26,4% y después el 34,5%. La diabetes fue un predictor de conseguir un cLDL en objetivo (OR: 0,57; CI95%, 0,22-0,80).

Conclusiones: El programa de rehabilitación cardiaca consigue mejorar el control lipídico, siendo la diabetes un predictor de mejor control de cLDL.

494/48. EXPERIENCIA INICIAL EN LA ADMINISTRACIÓN DE DIURÉTICOS INTRAVENOSOS EN HOSPITAL DE DÍA: UNA ALTERNATIVA SEGURA Y EFICAZ AL INGRESO

Soraya Muñoz Troyano¹, Gema Martínez Herrerías², Rafael Ferrer López¹, José Antonio Aparicio Gómez¹ y Ricardo Fajardo Molina¹

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

Introducción y objetivos: La insuficiencia cardiaca se caracteriza por un cuadro clínico de congestión y reingresos frecuentes asociado a un incremento de la resistencia a diuréticos orales. El objetivo de este estudio es determinar la eficacia y la seguridad de la administración de diuréticos intravenosos (i.v.) en el hospital de día de una unidad de insuficiencia cardiaca.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo de pacientes con insuficiencia cardiaca que acuden al hospital de día por congestión refractaria a diuréticos orales. Se analizaron características clínicas y epidemiológicas, así como los ingresos al año.

Resultados: Durante el tiempo de seguimiento, se administró diurético i.v. a 23 pacientes (95,63% varones). La edad media fue de $62,4 \pm 11,2$ años con una FEVI media del 29%. Presentaron una media de 2,2 descompensaciones al año, con una media de 6,2 sesiones de tratamiento con una dosis media de furosemida de 94,6 mg (60-120 mg) administrada en 3 bolos i.v. separados por 1 hora. No se produjeron eventos adversos durante la administración de la furosemida i.v. Solo el 8,69 % requirió ingreso hospitalario. La tasa de mortalidad durante el seguimiento fue del 4,3%.

Conclusiones: La administración de furosemida i.v. en hospital de día en pacientes con insuficiencia cardiaca y resistencia a diuréticos orales ha mostrado ser una opción segura y eficaz, sin un incremento de la tasa de reingresos.

494/50. ESCALAS DE RIESGO PARA PREDECIR INGRESOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO CRÓNICO: VALIDACIÓN EXTERNA EN UN ESTUDIO DE COHORTES PROSPECTIVO, MONOCÉNTRICO Y A LARGO PLAZO

Josué López Baizan¹, Martín Ruiz Ortiz¹, José Javier Sánchez Fernández², Ignacio Gallo Fernández¹, Daniel Pastor Wulf¹, Cristina Ogayar Luque³, Elías Romo Peñas¹, Mónica Delgado Ortega¹, Manuel Pan Álvarez-Ossorio³ y Dolores Mesa Rubio¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ²Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. ³Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: La aparición de insuficiencia cardiaca (IC) en pacientes con síndrome coronario crónico (SCC) tiene impacto pronóstico. Se han desarrollado esquemas de estratificación para predecir este evento, pero no han sido validados externamente. Nuestros objetivos fueron crear es-

calas pronósticas basadas en estudios previos, validar dichas escalas en una cohorte independiente y comparar sus capacidades discriminativas.

Métodos: Se seleccionaron variables predictoras independientes de ingreso por IC en pacientes con SCC sin IC previa de estudios prospectivos previos, generando escalas con puntuaciones basadas en los coeficientes de regresión de Cox de dichas variables. Finalmente, las escalas fueron validadas y comparadas en una cohorte prospectiva monocéntrica de nuestro medio.

Resultados: Se incluyeron cuatro estudios (CARE, PEACE, CORONOR y CLARIFY), cuyas escalas (con 8, 17, 8 y 20 variables, respectivamente) fueron validadas en una cohorte de 1.212 pacientes (67 ± 11 años, 74% varones) seguidos hasta 17 años (mediana 12 años, p 25-75 5-15 años), en la que 171 pacientes ingresaron por IC durante el seguimiento. El potencial discriminativo de ingreso por IC fue estadísticamente significativo en todas las escalas (estadístico C 0,72; CI95%, 0,68-0,75; $p < 0,0005$; 0,72; 0,68-0,76; $p < 0,0005$; 0,73; CI95%, 0,69-0,76; $p < 0,0005$; y 0,69; CI95%, 0,65-0,73; $p < 0,0005$; para las escalas CARE, PEACE, CORONOR y CLARIFY, respectivamente), sin diferencias comparativas entre ellas, salvo que la escala CORONOR fue superior a la CLARIFY ($p = 0,03$).

Conclusiones: Todas las escalas identificaron correctamente a los pacientes con ingreso por IC en la cohorte de validación, con una habilidad discriminativa similar, salvo que la escala CORONOR fue superior a la CLARIFY.

494/51. RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA DEL USO DE UN NUEVO ECOPOTENCIADOR EN UN LABORATORIO DE IMAGEN CARDIACA

Josué López Baizan¹, María Jesús Arjona Luján², Antonio Jesús Palacios Portal², María Dolores Estrada Jiménez², Luisa Marín Luján² y Esmeralda Garrucho Gala²

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

Introducción y objetivos: Los ecopotenciadores aumentan la precisión diagnóstica en los laboratorios de ecocardiografía. Se ha comercializado en nuestro país un nuevo ecopotenciador (INN-perflutren), y su manejo exige la presencia de personal de enfermería. El objetivo fue estudiar la rentabilidad diagnóstica de INN-perflutren, así como sus posibles complicaciones.

Métodos: Realizamos un estudio prospectivo de la rentabilidad diagnóstica de INN-perflutren durante 30 días. Las indicaciones de uso se ajustaron según guías clínicas del laboratorio. Previa activación mecánica mediante dispositivo agitador, se canaliza vía venosa periférica y se decide método de administración y dosis según patología.

Resultados: Durante los meses de noviembre y diciembre de 2020 se realizaron 20 estudios con INN-perflutren, de los cuales 19 son ETT y 1 ETE (edad media 60,2 años, 85% varones). El 65% de los estudios fueron realizados por enfermeros especializados en ecocardiografía, y en el 100%, el manejo y administración del ecopotenciador fue a cargo de enfermería del laboratorio de imagen. Se utilizaron 8 viales con un promedio de 2,5 estudio/vial. En el 100% de los estudios, el método de administración utilizado fue bolo diluido. Las indicaciones fueron: 90%, valoración global y segmentaria de la función del ventrículo izquierdo (VI); 5%, descartar rotura miocárdica contenida; además, se buscaron trombos intraventriculares (35% del total). En el 100% de los casos, el uso de INN-perflutren solventó dudas diagnósticas.

Conclusiones: El ecopotenciador INN-perflutren resuelve dudas diagnósticas en el 100% de los casos, siendo la principal