

(EAs) tratados mediante implante de válvula aórtica percutánea (TAVI) no está bien definido. Nuestro objetivo es determinar cuál es la influencia del filtrado glomerular basal en los pacientes con EAs tratados mediante TAVI.

Métodos: Estudio unicéntrico, retrospectivo, en el que se incluyen todos los pacientes tratados mediante TAVI entre 2010 y 2019. Se divide la población en 3 grupos según su filtrado glomerular (FG) calculado por la ecuación MDRD-4: sin ERC (FG > 60 ml/min), ERC ligera-moderada (FG 31-60 ml/min) y ERC severa (FG ≤ 30 ml/min). Se analizan las diferencias en mortalidad, rehospitalizaciones y complicaciones hemorrágicas/vasculares. Se siguen las definiciones VARC-2.

Resultados: Se incluyen 245 pacientes (62% mujeres), con edad media 79 ± 7 años: 54,3% sin ERC, 36,3% ERC ligera-moderada y 9,4% ERC severa, siendo estos últimos significativamente más hipertensos y con mayor puntuación en el score STS. No existen diferencias significativas en complicaciones hemorrágicas/vasculares, ni en las tasas de rehospitalización, pero sí en las causas, siendo la causa cardiovascular el principal motivo de reingreso en el subgrupo de ERC severa (p = 0,016). Tampoco existen diferencias significativas en mortalidad total; sin embargo, la mortalidad por todas las causas en el primer año tras el procedimiento y la mortalidad cardiaca a largo plazo son mayores en los pacientes con FG ≤ 30 ml/min (p = 0,016 y p = 0,013, respectivamente).

Conclusiones: En nuestra serie, la ERC severa se asocia a mayor mortalidad total durante el primer año de seguimiento, a mayor mortalidad cardiaca a largo plazo y rehospitalizaciones de causa cardiovascular.

494/11. IMPACTO DEL FRACASO RENAL AGUDO EN PACIENTES CON ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA TRATADOS MEDIANTE IMPLANTE DE VÁLVULA AÓRTICA PERCUTÁNEA

Alba Abril Molina, Carlos Palacios Castelló, Inmaculada Sigler Vilches, Julia Rodríguez Ortuño y José María Cubero Gómez

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

Introducción y objetivos: Según la literatura reciente, el desarrollo de fracaso renal agudo (FRA) tras el implante de válvula aórtica percutánea (TAVI) se ha asociado con mayor mortalidad intrahospitalaria. Nuestro objetivo es determinar la influencia del desarrollo de FRA periprocedimiento en el pronóstico a corto y largo plazo de los pacientes con estenosis aórtica severa (EAs) tratados mediante TAVI.

Métodos: Estudio unicéntrico, retrospectivo, en el que se incluyen todos los pacientes tratados mediante TAVI entre 2010 y 2019. Se establecen 2 grupos de pacientes sobre la base del desarrollo de FRA con criterios AKIN (*acute kidney injury*) III, según la definición VARC-2. Se analizan las diferencias en eventos cardiovasculares, clase funcional, complicaciones hemorrágicas/vasculares y mortalidad.

Resultados: Se incluyen 245 pacientes (62% mujeres), con edad media de 79 ± 7 años. El 3% desarrolla FRA AKIN III periprocedimiento. En esta población existe mayor tasa de infarto agudo de miocardio periprocedimiento (p = 0,021), mayor incidencia de accidente cerebrovascular en el seguimiento (p = 0,006) y peor clase funcional (83,3% en NYHA III; p < 0,001). No hay diferencias significativas en complicaciones hemorrágicas/vasculares y el éxito inmediato del TAVI es significativamente menor (p = 0,004). Por último, existe mayor mortalidad relacionada con el procedimiento (p <

0,001), mayor mortalidad cardiaca total (p = 0,006) y mayor mortalidad global a corto (p < 0,001) y largo plazo (p = 0,013). Sin embargo, en el análisis multivariante, el desarrollo FRA AKIN III periprocedimiento no fue predictor independiente de mortalidad.

Conclusiones: En nuestra serie, el desarrollo de FRA AKIN III periprocedimiento en pacientes tratados mediante TAVI se asocia con mayor tasa de eventos clínicos, menor éxito inmediato del procedimiento, y mayor mortalidad a corto y largo plazo.

494/12. LOS ANTICOAGULANTES ORALES PUEDEN REDUCIR EL RIESGO DE DETERIORO DE LA FUNCIÓN RENAL EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR Y ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA GRAVE. VIDA REAL

Pedro Agustín Pajaro Merino¹, Santiago Jesús Camacho Freire¹, Rafael Bravo Marqués², José Manuel Andreu Cayuelas³, Sergio Raposeiras Roubin⁴, Abel García Del Egado⁵, Elena Fortuny Frau⁶, Julia Seller Moya⁷, Carolina Ortiz Cortés⁸ y José Francisco Díaz Fernández¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva. ²Unidad de Cardiología, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga. ³Unidad de Cardiología, Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia. ⁴Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo, Pontevedra. ⁵Unidad de Cardiología, Complejo Asistencial Universitario de León, León. ⁶Unidad de Cardiología, Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca, Islas Baleares. ⁷Unidad de Cardiología, Hospital de Denia, Dénia, Alicante. ⁸Unidad de Cardiología, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres.

Introducción y objetivos: La terapia anticoagulante oral (ACO) con antitrombina K (AVK) en pacientes con fibrilación auricular (FA) se ha relacionado con deterioro renal, sin evidencia en enfermedad renal crónica (ERC) severa. El objetivo fue describir la relación entre ACO y deterioro significativo de función renal (DSFR) en pacientes con FA recién diagnosticada y ERC grave.

Métodos: Análisis retrospectivo, registro multicéntrico de 296 pacientes con ERC grave (tasa de filtración glomerular estimada (TFGe) < 30 ml/min/1,73 m²), sin tratamiento sustitutivo renal, al diagnóstico de FA. Se definió DSFR como disminución del 30% en TFGe, inicio de diálisis u hospitalización por insuficiencia renal aguda tras 2 años de seguimiento. Se utilizó un análisis logístico binario multivariante para identificar predictores independientes. Las variables asociadas con DSFR en los análisis univariados se incluyeron en el modelo de predicción multivariante.

Resultados: De 195 pacientes vivos con determinaciones de creatinina el tercer año de seguimiento (edad 79 ± 9,5 años; 57,4% mujeres; TFGe basal 23,6 ± 7,7 ml/min/1,73 m²; CHA2DS2-VASc 4,5 ± 1,5), 122 pacientes (62,6%) iniciaron ACO el primer mes tras diagnosticarse FA (108 AVK, 14 anticoagulantes acción directa). Tras 2 años de seguimiento, la TFGe disminuyó a 23,0 ± 10,6 ml/min/1,73 m² (-2,2%) y 53 pacientes (27,2%) presentaron DSFR. Fue más frecuente en pacientes sin ACO (el 37,0 frente al 21,3%; p = 0,017) y con hipertensión basal (2 [7,7%] frente a 51 [30,2%]; p = 0,010). La falta de ACO e hipertensión siguieron siendo significativas después del análisis multivariante.

Conclusiones: La ACO se asoció de forma independiente con menor riesgo de DSFR entre los pacientes con ERC grave y FA recién diagnosticada. Se necesitan más estudios para aclarar los mecanismos de este efecto nefroprotector.