

ticoagulantes directos al 45%, heparina de bajo peso molecular al 31 y antagonistas de la vitamina K al 24%. Al 5,5% se le prescribieron solamente antiagregantes, y al 5,5%, doble terapia.

Conclusiones: Uno de cada 27 pacientes de las consultas de oncología presentaron cáncer de pulmón activo y FA. La frecuencia de factores de riesgo cardiovascular, comorbilidades y enfermedad tumoral avanzada fue elevada. Se indicó anticoagulación al 84%, mayoritariamente con anticoagulantes directos.

630/10. SANGRADO MAYOR EN PACIENTES ANTICOAGULADOS CON FIBRILACIÓN AURICULAR Y CÁNCER DE PULMÓN ACTIVO: UN SUBANÁLISIS DEL REGISTRO CANAC-FA, UN ESTUDIO OBSERVACIONAL, RETROSPECTIVO Y MULTICÉNTRICO

Arancha Díaz Expósito¹, Alejandro Pérez Cabeza¹, María Inmaculada Fernández Valenzuela², Magdalena Carrillo Bailén³, Inara María Alarcón de la Lastra Cubiles⁴, Alberto Piserra Fernández De Heredia⁵, Marinela Chaparro Muñoz², Javier Torres Llergo³, José Javier Sánchez Fernández⁴ y Martín Ruiz Ortiz⁵

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de La Victoria, Málaga. ²Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ³Unidad de Cardiología, Hospital Universitario de Jaén, Jaén. ⁴Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. ⁵Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: La anticoagulación es un reto en pacientes con cáncer de pulmón y fibrilación auricular (FA) debido al riesgo trombótico y hemorrágico. Nuestro objetivo fue describir la incidencia de sangrado mayor y las variables asociadas.

Métodos: Se utilizaron datos del registro CANAC-FA, un estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes con cáncer de pulmón activo, valorados en consultas de oncología entre el 1-1-2017 y el 31-12-2019, considerando la visita basal aquella con diagnóstico previo o concomitante de FA durante el primer año tras la detección del cáncer.

Resultados: Entre los 6.984 pacientes, 255 presentaban cáncer de pulmón activo y FA (3,7%), y a 214 se les prescribió anticoagulantes. Tras 46 meses, 133 pacientes murieron sin hemorragias y 11 presentaron un sangrado mayor. La incidencia acumulada al año y a los 2 años fue del $2,9 \pm 1,2$ y del $5,2 \pm 1,8\%$. Cinco de estos pacientes murieron en < 24 h, 3 pacientes más en < 30 días y 2 pacientes adicionales, en < 4 meses después del evento.

El accidente cerebrovascular (HR: 5,22; IC95%, 1,52-17,95; $p = 0,009$), la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (HR: 5,08; IC95%, 1,31-19,68; $p = 0,02$), la insuficiencia cardiaca (HR: 4,29; IC95%, 1,25-14,81; $p = 0,02$), el uso previo de anticoagulantes directos (HR: 6,06; IC95%, 1,27-28,78; $p = 0,02$), la prescripción de ranolazina (HR: 13,01; IC95%, 1,42-119,22; $p = 0,02$) y la puntuación CHA₂DS₂VASc (HR: 1,83; IC95%, 1,16-2,87; $p = 0,009$), entre otros, se asociaron significativamente con el sangrado mayor.

Conclusiones: La incidencia de sangrado mayor es relativamente baja en estos pacientes, aunque tiene un pronóstico ominoso. Varias variables clínicas se asociaron con estas hemorragias, aunque estos resultados deben tomarse con cautela debido al bajo número de eventos.

630/11. ANTICOAGULANTES DIRECTOS EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN ACTIVO Y FIBRILACIÓN AURICULAR: VARIABLES CLÍNICAS ASOCIADAS A SU USO. DATOS DEL REGISTRO CANAC-FA

Alberto Piserra López-Fernández De Heredia¹, Martín Ruiz Ortiz¹, Arancha Díaz Expósito², Magdalena Carrillo Bailén³, María Inmaculada Fernández Valenzuela⁴, Inara María Alarcón de la Lastra Cubiles⁵, Alejandro Pérez Cabeza², Javier Torres Llergo³, Marinela Chaparro Muñoz⁴ y José Javier Sánchez Fernández⁵

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ²Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de La Victoria, Málaga. ³Unidad de Cardiología, Hospital Universitario de Jaén, Jaén. ⁴Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ⁵Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción y objetivos: Según las últimas recomendaciones, los anticoagulantes directos (ACOD) son la opción preferente en pacientes con cáncer activo y fibrilación auricular (FA). El objetivo fue investigar los factores asociados al empleo de ACOD en estos pacientes.

Métodos: Se analizaron datos del registro CANAC-FA, un estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico. De todos los pacientes atendidos entre 2017 y 2019 en consultas de oncología dedicadas al cáncer de pulmón, se identificaron aquellos con FA y cáncer activo (< 1 año desde el diagnóstico). De los pacientes anticoagulados, se compararon las características basales de los tratados con ACOD en la visita basal frente al resto.

Resultados: De 255 pacientes incluidos, se anticoagularon 214: ACOD, 97 (45%); heparina de bajo peso molecular, 65 (31%), y antagonistas de la vitamina K, 52 (24%). La indicación de ACOD se asoció a la mejor función renal, a la ausencia de anemia, a la no prescripción de amiodarona y a la prescripción previa de ACOD ($p < 0,05$). En los análisis multivariados, la mejor función renal (OR: 0,37 [0,18-0,80]), la ausencia de anemia (OR: 0,42 [0,22-0,80]) y la mejor fracción de eyección (OR: 1,04 [1,00-1,07]) se asociaron independientemente a la prescripción de ACOD ($p < 0,05$); al incluir las variables de tratamiento, solo el tratamiento previo con ACOD (OR: 51,5 [22,61-117,30]; $p < 0,0005$) resultó predictor independiente de su prescripción.

Conclusiones: Se indicó ACOD al 45% de pacientes con cáncer de pulmón activo y FA. La prescripción de ACOD se asoció de forma independiente a la mejor función renal, la ausencia de anemia, la mejor fracción de eyección y el tratamiento previo con ACOD.

630/12. EVENTOS CARDIOVASCULARES MAYORES EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR Y CÁNCER DE PULMÓN ACTIVO: DATOS DEL REGISTRO CANAC-FA

Alberto Piserra López-Fernández De Heredia¹, Martín Ruiz Ortiz¹, Inara María Alarcón de la Lastra Cubiles², Magdalena Carrillo Bailén³, María Inmaculada Fernández Valenzuela⁴, Arancha Díaz Expósito⁵, José Javier Sánchez Fernández², Marinela Chaparro Muñoz⁴, Alejandro Pérez Cabeza⁵ y Javier Torres Llergo³

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ²Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. ³Unidad de Cardiología, Hospital Universitario de Jaén, Jaén. ⁴Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ⁵Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.