630/15. EL ACCESO VENOSO PERIFÉRICO COMO ALTERNATIVA AL FEMORAL PARA REALIZACIÓN DE CATETERISMOS CARDIACOS DERECHOS

Javier González Vela¹, Francisco Alfonso Toré Meléndez¹, Eva María Rodríguez García¹, Clara María García Jarillo¹, María del Mar Sánchez Jiménez¹, Graciella Repullo Cortés¹, Marina Carrasco Campos¹ y Rafael Bravo Marqués²

¹Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga. ²Unidad de Cardiología, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga.

Introducción y objetivos: El cateterismo cardiaco derecho (CCD) es una prueba invasiva imprescindible para el diagnóstico y clasificación de hipertensión pulmonar (HTP). El abordaje venoso anterocubital podría constituir una buena alternativa con respecto al venoso femoral por la posible reducción de complicaciones. Nuestro objetivo es evaluar los beneficios del acceso venoso anterocubital en comparación con el femoral y remarcar el papel de la enfermería en el abordaje de este.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de pacientes en los que se realizó CCD en hemodinámica de nuestro centro entre enero de 2019 y abril de 2021. Analizamos características clínicas, vías de acceso y parámetros de fluoroscopia, y complicaciones en el procedimiento.

Resultados: Se estudiaron 65 pacientes, con una edad media de 66 ± 10 años. La indicación del 89% CCD fue para diagnóstico/estratificación de riesgo de HTP. El abordaje venoso que se realizó fue un 71% de los casos por venas anterocubitales (el 49% vena basilíca y el 22% vena cefálica) realizado en su mayoría por enfermería de hemodinámica, mientras que el femoral fue del 29% realizada por especialistas en cardiología. Observamos una mayor reducción de la dosis de radiación en los CCD por vía anterocubital que en aquellos por acceso femoral (4,5 Gy_{cm}² [RIQ: 4,5] frente a 12,18 Gy_{cm}² [RIQ: 8,18]; p < 0,001) y en los tiempos de fluoroscopia (2,7 min [RIQ: 2,6] frente a 4,7 min [RIQ: 5,2]; p = 0,001). No se observaron complicaciones por las diferentes vías de acceso.

Conclusiones: Los CCD realizados por acceso venoso periférico presentan reducción de tiempos de fluoroscopia y dosis de radiación. En los realizados por vía anterocubital, la enfermería tiene un papel importante por sus habilidades para la canalización de estas.

630/16. FACTORES ASOCIADOS A LA DECISIÓN DE NO ANTICOAGULAR EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN ACTIVO, FIBRILACIÓN AURICULAR Y RIESGO ALTO DE EVENTOS EMBÓLICOS SEGÚN LA ESCALA CHA₂DS₂VASC. UN ANÁLISIS DEL REGISTRO CANAC-FA

María Inmaculada Fernández Valenzuela¹, Marinela Chaparro Muñoz¹, Inara María Alarcón de la Lastra Cubiles², Alberto Piserra Fernández De Heredia³, Arancha Díaz Expósito⁴, Magdalena Carrillo Bailén⁵, Alejandro Pérez Cabeza⁴, Javier Torres Llergo⁵, José Javier Sánchez Fernández² y Martín Ruiz Ortiz³

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

Introducción y objetivos: El objetivo del trabajo fue investigar el manejo antitrombótico en pacientes con cáncer de pulmón

activo y fibrilación auricular (FA) y analizar los factores asociados a la decisión de no anticoagular.

Métodos: Se analizaron datos del registro CANAC-FA, un estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico. Se seleccionaron pacientes con cáncer de pulmón activo (< 1 año del diagnóstico) y FA entre enero 2017 y diciembre 2019. Se analizó la indicación de anticoagulación valorada por la escala CHA₂DS₂VASc (0, riesgo bajo, 1, intermedio, y ≥ 1, alto si varón, o 1, 2 y ≥ 2, si mujer) y los factores asociados a no anticoagular en pacientes de alto riesgo tromboembólico.

Resultados: Se incluyeron 255 pacientes. Se anticoaguló al 40, 74 y 88% de los pacientes con riesgo bajo, intermedio y alto, respectivamente. En los pacientes de riesgo alto, la decisión de no anticoagular se asoció con la arteriopatía periférica, el menor índice de Charlson, la FA no permanente, la antiagregación, la no prescripción de inhibidores de la bomba de protones y la ausencia de anticoagulación previa (p < 0,05). En el análisis multivariado, la arteriopatía periférica (OR: 6,50 [1,88-22,50]); la FA no permanente (OR: 4,56 [1,50-13,92]), el índice de Charlson (OR: 0,81 [0,65-0,99]) y la ausencia de anticoagulación previa (OR: 176,93 [34,18-915,93]) fueron predictores independientes de no recibir anticoagulantes (p < 0,05).

Conclusiones: En nuestro estudio, la decisión de no anticoagular a pacientes con cáncer de pulmón activo y FA se asoció de forma independiente a la arteriopatía periférica, a la FA no permanente, al menor índice de Charlson y a la ausencia de anticoagulación previa.

630/17. PERFIL CLÍNICO Y PRONÓSTICO CARDIOVASCULAR DE PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR Y CÁNCER HEMATOLÓGICO ACTIVO: DATOS DE PACIENTES EN «VIDA REAL» DEL REGISTRO CANAC-FA

María Inmaculada Fernández Valenzuela¹, Marinela Chaparro Muñoz¹, Inara María Alarcón de la Lastra Cubiles², Alberto Piserra Fernández De Heredia³, Arancha Díaz Expósito⁴, Magdalena Carrillo Bailén⁵, Alejandro Pérez Cabeza⁴, Javier Torres Llergo⁵, José Javier Sánchez Fernández² y Martín Ruiz Ortiz³

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

Introducción y objetivos: El pronóstico cardiovascular en pacientes con cáncer hematológico activo y fibrilación auricular (FA) es poco conocido. Nuestro objetivo fue analizar el perfil clínico y la incidencia de eventos cardiovasculares en esta población.

Métodos: Se utilizó el registro CANAC-FA, un estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico. Se seleccionaron pacientes con FA y leucemia linfática crónica (LLC) o mieloma múltiple (MM), con necesidad de tratamiento específico, revisados en hematología entre enero de 2017 y diciembre de 2019, con seguimiento hasta diciembre de 2021. Se analizó el perfil clínico y la incidencia de sangrado mayor, eventos cardiovasculares (ingreso hospitalario o muerte por causa cardiovascular) y muerte por todas las causas.

Resultados: De 1.189 pacientes revisados, 81 presentaban cáncer hematológico activo y FA (56% varones, edad media de 75 ± 8 años). El 41% presentaban LLC y el 59% MM. El 64% eran hipertensos, el 36% dislipémicos, el 36% diabéticos y el 19%