



7003-4. FIBRILACIÓN AURICULAR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS: ¿MOTIVO O EXCUSA PARA NO ANTICOAGULAR?

Luis Miguel Rincón Díaz, Ana Pardo Sanz, Susana del Prado Díaz, Álvaro Marco del Castillo, Juan Manuel Monteagudo Ruiz, Vanesa Cristina Lozano Granero, Marina Pascual Izco y José Luis Zamorano Gómez del Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: El cáncer causa un estado protrombótico a la vez que una mayor predisposición al sangrado. Las escalas de riesgo (CHA₂DS₂-VASc, HAS-BLED) no han sido validadas en esta población y su uso podría suponer una estimación errónea del riesgo. Nuestro objetivo es identificar los parámetros que predicen el riesgo de sangrado en pacientes con cáncer de mama (CM) y fibrilación auricular (FA).

Métodos: Se recogieron datos clínicos y terapéuticos de 81 pacientes con CM y FA. El estudio se ciñó a CM, porque presentan una supervivencia larga que permite evaluar eventos a largo plazo. Las pacientes con FA valvular fueron excluidas. Comparamos esta muestra con 72 pacientes sin cáncer, con un perfil de riesgo basal similar al de CM en edad, CHA₂DS₂-VASc, HAS-BLED, seguimiento, etc., sin diferencias significativas en ninguna variable salvo función hepática alterada, más frecuente en CM (13,4 frente a 1,4%).

Resultados: La edad media fue $75,7 \pm 8,2$ años, con una mediana de seguimiento de 3,8 años. 80 pacientes (98,8%) tenían un CHA₂DS₂-VASc ≥ 2 , y la anticoagulación se inició en un 86,8% de ellas. El CHA₂DS₂-VASc medio en el grupo CM fue de $4,5 \pm 1,4$ y HAS-BLED $2,7 \pm 1,3$. Comparamos esta muestra con 72 pacientes sin cáncer, con una media de edad de $75,9 \pm 9,3$ años y una mediana de seguimiento de 4,2 años. Un 97,2% de los controles tenía CHA₂DS₂-VASc ≥ 2 , y se inició anticoagulación en un 91,6% de ellos. Los AVK fueron el tratamiento inicial en un 71,4% de CM y en un 62% del grupo control. El control del INR no mostró diferencias significativas entre los grupos. INR lábil se definió como tiempo en rango terapéutico (2-3) 60%, y estuvo presente en un 64,6% de CM y en un 56,8% del grupo control. Los eventos de sangrado incluyeron hemorragia intracraneal, gastrointestinal, epistaxis, anemia con una caída de hemoglobina de > 2 g/dl o necesidad de transfusión. Presentó algún evento hemorrágico un 24,7% de las pacientes con CM y un 25% de los controles, sin diferencias significativas ($p = 0,969$) (figura).



Curva KM para eventos hemorrágicos en grupo oncológico y grupo control.

Conclusiones: En muestras con un riesgo basal comparable, el antecedente de CM no aumentó la tasa de sangrados en el seguimiento en la muestra analizada. A pesar de que los pacientes oncológicos se consideran de alto riesgo hemorrágico, esto no implica que debemos privarles del tratamiento anticoagulante si está indicado, ya que para un perfil de riesgo basal similar no parece que presenten más sangrados que los

controles.