



6008-14. SANGRADO MAYOR EN PACIENTE ANTICOAGULADOS CON FIBRILACIÓN AURICULAR Y CÁNCER DE PULMÓN ACTIVO: UN SUBANÁLISIS DEL REGISTRO CANAC-FA, UN ESTUDIO OBSERVACIONAL, RETROSPECTIVO Y MULTICÉNTRICO

Arancha Díaz Expósito¹, Alberto Piserra López-Fernández de Heredia², María Inmaculada Fernández Valenzuela³, Magdalena Carrillo Bailén⁴, Inara Alarcón de la Lastra Cubiles⁵, Alberto Moreno Vega², Marinela Chaparro Muñoz³, Teresa García Manrique³, Javier Torres Llergo⁴, David Fernández Garay⁴, Alejandro Isidoro Pérez Cabeza¹, Manuel Zalabardo¹, José Javier Sánchez Fernández⁵, Julio Calvete Cadenas⁵ y Martín Ruiz Ortiz²

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

Resumen

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

Métodos: Se utilizaron datos del registro CANAC-FA un estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes evaluados en consultas de oncología que atienden a pacientes con cáncer de pulmón activo, en cinco hospitales universitarios de España entre el 01.01.2017 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. El periodo de seguimiento finalizó el 31 de diciembre de 2021.

Resultados: Entre los 6.984 pacientes, 255 presentaban cáncer de pulmón activo y FA (3,7%), y a 214 se les prescribió anticoagulantes (anticoagulantes directos, heparina de bajo peso molecular y antagonistas de la vitamina K a 97, 65 y 52 pacientes, respectivamente) y fueron seleccionados para este análisis. La edad media era de 71 ± 8 años, y el 91% eran varones. Tras 46 meses, 133 pacientes murieron sin hemorragias y 11 presentaron un sangrado mayor. Cinco de estos pacientes murieron en 24 horas, tres pacientes más en 30 días y dos pacientes adicionales, en 4 meses después del evento. La incidencia acumulada al año y a los dos años fue del $2,9 \pm 1,2\%$ y del $5,2 \pm 1,8\%$ (fig.). El accidente cerebrovascular/accidente isquémico transitorio previo, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la insuficiencia cardiaca, el uso previo de anticoagulantes directos, la prescripción de ranolazina, el índice de Charlson y la puntuación CHA2DS2VASc, pero no la puntuación HAS-BLED, se asociaron significativamente con el sangrado mayor (tabla).

Variables asociadas a sangrado mayor

Variables	Hazard Ratio (IC95%)	Valor de p
Accidente cerebrovascular/accidente isquémico transitorio previo	5,22 [1,52-17,95]	0,009
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	5,08 [1,31-19,68]	0,02
Insuficiencia Cardíaca	4,29 [1,25-14,81]	0,02
Uso previo de anticoagulantes directos	6,06 [1,27-28,78]	0. 02
Prescripción de ranolazina	13,01 [1,42-119,22]	0,02
CHA2DS2VASc	1,83 [1,16-2,87]	0,009
Índice de Charlson	1,20 [1,00-1,44]	0,05



Probabilidad de muerte sin eventos vs 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.