



5021-11. IMPACTO DE LA ANEMIA GRAVE (HEMOGLOBINA MENOR QUE 10 G/DL) EN EL PERFIL ISQUÉMICO-HEMORRÁGICO DURANTE EL TRATAMIENTO CON TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE PLAQUETARIO DOBLE TRAS EL ALTA HOSPITALARIA POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO

María Castiñeira Busto¹, Sergio Raposeiras Roubín¹, Emad Abu-Assi¹, Fabrizio D'Ascenzo², Sergio Manzano Fernández³, Jorge Saucedo⁴, J.P.S. Henriques⁵, Albert Ariza Solé⁶, María Cespón Fernández¹, Isabel Muñoz Pousa¹, Berenice Caneiro Queija¹, Rafael José Cobas Paz¹, Pablo Domínguez Erquicia¹ y Andrés Iñiguez Romo¹, del ¹Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo (Pontevedra), ²Hospital Citta Della Salute e della Scienza di Torino, Turín (Italia), ³Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar (Murcia), ⁴NorthShore University Hospital, Chicago, Illinois (EE.UU.), ⁵Academic Medical Center of Amsterdam, Amsterdam (Países Bajos) y ⁶Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

Resumen

Introducción y objetivos: La anemia se asocia a morbimortalidad tras un síndrome coronario agudo (SCA). Nuestro objetivo fue determinar el perfil de riesgo isquémico-hemorrágico durante el tratamiento con tratamiento antiagregante plaquetario doble (TAPD) de pacientes con anemia grave (hemoglobina < 10 g/dl) tras SCA sometido a intervencionismo coronario percutáneo (ICP).

Métodos: Los datos se obtuvieron de la unión de 3 registros: BleeMACS, CardioCHUVI/ARRITXACA y RENAMI, que incluyen pacientes al alta tras un SCA con TAPD, sometidos a ICP. El conjunto contiene 26.076 pacientes. Se realizó análisis mediante *propensity score* para igualar las características basales según presencia o no de anemia grave. El impacto de la misma en el riesgo isquémico-hemorrágico se evaluó mediante un análisis de riesgos competitivos, empleando un modelo de regresión de Fine y Gray, siendo muerte el evento competitivo. Para el riesgo isquémico consideramos un nuevo SCA, y para el hemorrágico, una hemorragia mayor, definida como aquella que requiere ingreso. El seguimiento fue censurado por la retirada de TAPD.

Resultados: 630 pacientes tenían anemia grave (2,4%). Durante un seguimiento medio de $12,2 \pm 4,8$ meses, murieron 964 (3,7%), 640 tuvieron un infarto de miocardio (2,5%) y 685 una hemorragia mayor (2,6%). Mediante *propensity score*, obtuvimos 2 grupos emparejados (con hemoglobina < y ≥ 10 g/dl) de 621 pacientes cada uno. En comparación con los pacientes sin anemia grave, aquellos con hemoglobina < 10 g/dl tuvieron un riesgo similar de infarto de miocardio (sHR 1,37, IC95% 0,82-2,31, $p = 0,231$) con mayor riesgo de hemorragia (sHR 1,89, IC95% 1,18-2,72, $p = 0,006$). Tras *propensity score matching*, la incidencia acumulada de infarto de miocardio durante la TAPD fue de 6 y 5 por 100 pacientes/año en pacientes con y sin anemia grave, respectivamente, y la de hemorragia mayor, de 12 y 6 por 100 pacientes/año, respectivamente. La diferencia entre la tasa de infarto y la de hemorragia fue de -6 por 100 pacientes/año en pacientes con anemia grave (mayor tasa de eventos hemorrágicos que isquémicos; $p < 0,05$) y -1 en pacientes sin anemia grave (tasas de eventos hemorrágicos e isquémicos similares; $p > 0,05$) (figura).



Conclusiones: Tras un SCA sometido a ICP, el balance isquémico-hemorrágico de pacientes con anemia grave tratados con TAPD no es favorable. Por ello, debería recomendarse a estos pacientes una pauta corta de duración de la TAPD (< 6 meses).