



4031-2. RIESGO ISQUÉMICO Y HEMORRÁGICO TRAS UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN PACIENTES TRATADOS CON DOBLE ANTIAGREGACIÓN PLAQUETARIA E HISTORIA PREVIA DE CÁNCER

Isabel Muñoz Pousa¹, Sergio Raposeiras Roubín¹, Emad Abu-Assi¹, Sergio Manzano Fernández², Fabrizio D'Ascenzo³, José Paulo Simao Henriques⁴, Jorge Saucedo⁵, Albert Ariza Solé⁶, Francisco J. Cambronero Sánchez⁷, Pedro J. Flores Blanco², María Cespón Fernández¹, Berenice Caneiro Queija¹, Rafael Cobas Paz¹ y Andrés Íñiguez Romo¹, del ¹Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo (Pontevedra), ²Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar (Murcia), ³Hospital Citta Della Salute e della Scienza di Torino, Turín (Italia), ⁴Academic Medical Center of Amsterdam, Amsterdam (Países Bajos), ⁵NorthShore University Hospital, Chicago, Illinois (EE.UU.), ⁶Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona) y ⁷Hospital Los Arcos del Mar Menor, Pozo Aledo, San Javier (Murcia).

Resumen

Introducción y objetivos: Pocos estudios clínicos incluyen pacientes con cáncer previo. Intentamos analizar el riesgo isquémico y hemorrágico de pacientes con historia previa de cáncer tratados con tratamiento antiagregante plaquetario doble (TAPD) tras un síndrome coronario agudo (SCA) sometidos a intervencionismo coronario percutáneo (ICP).

Métodos: Los datos analizados en este estudio fueron obtenidos de la fusión de 3 registros clínicos de SCA: BleeMACS (2004-2013), CardioCHUVI/ARRITXACA (2010-2016) y RENAMI (2013-2016) que incluyen pacientes dados de alta de forma consecutiva tras un SCA sometidos a ICP y tratados con TAPD, un total de 26.076 pacientes. Se realizó un análisis de emparejamiento por puntuación de propensión para igualar las características iniciales de los pacientes con y sin antecedentes de cáncer. El impacto del cáncer previo en el riesgo isquémico y hemorrágico se evaluó mediante un análisis de riesgos competitivos de Fine y Gray, siendo la muerte el evento competitivo. Para el riesgo isquémico, hemos considerado un nuevo infarto agudo de miocardio (IAM), mientras que para el riesgo hemorrágico hemos considerado un sangrado mayor (SM), definido como sangrado que requiere ingreso hospitalario. El tiempo de seguimiento finalizó con la retirada o suspensión de la TAPD.

Resultados: De los 26.076 pacientes con SCA, 1.661 tenían antecedentes de cáncer (6,4%). Estos pacientes eran mayores y con más factores de riesgo cardiovascular. La TAPD con prasugrel/ticagrelor se prescribió menos en pacientes con cáncer en comparación con el resto de la población (14,5 frente a 22,4%, $p = 0,001$). Durante un seguimiento medio de $12,2 \pm 4,8$ meses, murieron 964 pacientes (3,7%) y se registraron 640 IAM (25%) y 685 SM (2,6%). Las incidencias acumuladas de IAM y SM fueron mayores en pacientes con cáncer previo (5,1 y 5,2 por 100 pacientes/año, respectivamente). Después de igualar la puntuación de propensión, obtuvimos 2 grupos emparejados de 1.656 pacientes. Los pacientes con cáncer previo mostraron un mayor riesgo de IAM (sHR 1,44, IC95% 1,01-2,04, $p = 0,044$) pero no un mayor riesgo de SM (sHR 1,21, IC95% 0,88-1,68, $p = 0,248$), en comparación con las personas sin cáncer previo.



Conclusiones: En pacientes con SCA dados de alta con TAPD después de ICP, la historia previa de cáncer es un factor independiente de mayor riesgo isquémico, en términos de IAM, pero no es un predictor independiente del aumento de riesgo hemorrágico.