



6. IMPACTO DE LA ESTRATIFICACIÓN BASAL DEL RIESGO CARDIOVASCULAR ATEROESCLERÓTICO EN PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS MEDIANTE SCORE2 Y SCORE2-OP

Clara Rodríguez González¹, Anna García Alonso¹, Mireia Blé Gimeno², Tamara Martos Cardenas³, Eva Gimeno Vázquez⁴, Felicidad Martínez Medina⁵, Paula Cabero Cereto¹, Miguel Cainzos Achirica⁶, Nuria Farré López⁷ y Laia Carla Belarte-Tornero⁵

¹Servicio de Cardiología. Hospital del Mar, Barcelona, España, ²Unidad de Cardio-Hemato-Oncología. Unidad de Imagen Cardiaca. Servicio de Cardiología. Hospital del Mar, Barcelona, España, ³Unidad de Cardio-Hemato-Oncología. Servicio de Oncología. Hospital del Mar, Barcelona, España, ⁴Unidad de Cardio-Hemato-Oncología. Servicio de Hematología. Hospital del Mar, Barcelona, España, ⁵Unidad de Cardio-Hemato-Oncología. Unidad de Insuficiencia Cardiaca. Servicio de Cardiología. Hospital del Mar, Barcelona, España, ⁶Cardiología Preventiva y Rehabilitación Cardiovascular. Servicio de Cardiología. Hospital del Mar, Barcelona, España y ⁷Unidad de Insuficiencia Cardiaca. Servei de Cardiología. Hospital del Mar, Barcelona, España.

Resumen

Introducción y objetivos: Los pacientes con cáncer presentan una importante incidencia de enfermedad cardiovascular (CV) debido a mecanismos fisiopatológicos, factores de riesgo compartidos, e impacto de ciertos tratamientos antitumorales. Esto incluye eventos CV ateroscleróticos. **Objetivo:** determinar el impacto del uso de las funciones de riesgo recomendadas por la ESC para estratificar el riesgo CV (RCV), SCORE2 y SCORE2-OP, en pacientes cardiooncológicos.

Métodos: Entre diciembre/2016 y abril/2023 se incluyeron casos incidentes de cáncer de mama no metastásico y linfoma. Se excluyeron los pacientes con datos insuficientes para el cálculo del RCV. Se estratificó el RCV siguiendo las recomendaciones actuales de las guías ESC de prevención CV y Cardiooncología. En los pacientes sin enfermedad aterosclerótica (EA), diabetes (DM), enfermedad renal crónica (ERC) ni hipercolesterolemia familiar, se aplicó el SCORE y SCORE-OP.

Resultados: Se incluyeron 400 pacientes, 90% mujeres (360), con una edad media de 61 (\pm 18,4) años. El IMC medio fue 26,9 (\pm 5,3) y el FG 87 (\pm 20). De las mujeres, 264 (66%) eran menopáusicas o posmenopáusicas. Había una prevalencia al diagnóstico del cáncer del 33,8% de HTA, 27% de DL y 9,3% de DM. El 21,8% eran fumadores y el 19,8% exfumadores. El 2% presentaba CI previa, 1,3% vasculopatía periférica y 1,3% ictus previo. Solo el 2% tenía ERC. Basalmente 73 pacientes (18,3%) tomaban estatinas y 4 (1%) ezetimiba; y 17 pacientes (4,3%) estaban antiagregados. De acuerdo con la EA, DM, ERC e hipercolesterolemia familiar, 42 pacientes (10,5%) presentaban un RCV alto y 25 pacientes (6,3%) un RCV muy alto; el resto de pacientes quedaban dentro del grupo de población aparentemente sana en la que se recomienda aplicar SCORE2 y SCORE2-OP. Tras su aplicación había un porcentaje significativamente mayor de pacientes considerados como de RCV alto (39,5%) o muy alto (14,5%) (p 0,001). De los pacientes con RCV alto o muy alto, solamente en 15% el LDL 100 y en 6% el LDL 70. En el grupo de muy alto riesgo solo el 5,2% tenía LDL 55.



Conclusiones: Una estratificación del riesgo CV mediante SCORE2 y SCORE2-OP permite identificar un mayor número de pacientes como de alto y muy alto riesgo entre la población oncohematológica. Esto permitirá implementar medidas de prevención CV aterosclerótica en un número mayor de pacientes en una población especialmente vulnerable a estos eventos.