



## 4026-5. INTERACCIÓN ENTRE EL RIESGO HEMORRÁGICO Y EL PRETRATAMIENTO CON DOBLE ANTIAGREGACIÓN PARA LA MORTALIDAD HOSPITALARIA EN LOS PACIENTES CON SCASEST

David Escribano Alarcón<sup>1</sup>, Alberto Cordero Fort<sup>1</sup>, Carlos López Vaquero<sup>2</sup>, Mar Erdociaín Perales<sup>2</sup>, Antonio Marco Melgarejo<sup>2</sup>, Ignacio Hortelano Moya<sup>2</sup>, Manuel J. Macías Villanego<sup>2</sup>, María Amparo Quintanilla Tello<sup>1</sup>, Marta Monteagudo Viana<sup>1</sup>, María Dolores Masiá Mondéjar<sup>1</sup>, Vicente Bertomeu González<sup>1</sup> y M. Pilar Zuazola Martínez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario San Juan de Alicante y <sup>2</sup>Hospital Marina Baixa de Villajoyosa, Alicante.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** El tratamiento con doble antiagregación (DAPT) antes de la revascularización en los pacientes con síndrome coronario sin elevación del segmento ST (SCASEST) está desaconsejado actualmente. Sin embargo, el efecto beneficioso o deletéreo podría estar determinado más por el riesgo hemorrágico que el riesgo trombótico.

**Métodos:** Incluimos todos los pacientes ingresados por SCASEST entre 2009 y 2020. Se identificó a los pacientes de alto riesgo hemorrágico (ARH) por cumplir 1 criterio mayor o 2 menores los criterios ARC-HBR de 2019. El riesgo de mortalidad hospitalaria se estimó por la escala GRACE y los pacientes con > 140 se consideraron de alto riesgo. Se consideró precoz la realizada entre el día del ingreso y el día siguiente. Consideramos hemorragias mayores (HM) de acuerdo con las definiciones BARC 3 o 5.

**Resultados:** Incluimos 2.331 pacientes de edad media 70,4 (19,9), el 27,1% mujeres y el y GRACE score medio de 136,0 (40,6). El 46,0% de los pacientes se clasificaron como ARH y el 41,4% de alto riesgo de mortalidad. Se realizó pretratamiento con DAPT en el 54,9% de los pacientes y cateterismo precoz en el 60,4% de los pacientes. Los pacientes con GRACE > 140 recibieron menos frecuentemente pretratamiento (47,9 vs 60%; p 140 o ARH así como más baja en los pacientes que recibieron pretratamiento. Observamos una interacción significativa (p = 0,002) entre el pretratamiento y el ARH, pero no con el resto de variables, para la mortalidad hospitalaria. La tasa de HM fue 2,2%, siendo mayor en los pacientes con AHR pero no en los que recibieron pretratamiento. El análisis multivariante, ajustado por edad, factores de riesgo, hemoglobina, GRACE score y revascularización mostró un efecto beneficioso para la mortalidad hospitalaria del pretratamiento en los pacientes de no AHR (OR: 0,27, IC95% 0,08-0,74; p = 0,014) y neutro en los de ARH (OR: 0,89, IC95% 0,48-1,66; p = 0,72). El análisis multivariante no observó mayor riesgo de HM con el pretratamiento (OR: 0,78, IC95% 0,45-1,42 p = 0,44).

**Conclusiones:** El pretratamiento en los pacientes con SCASEST del mundo real es seguro y además en los pacientes sin ARH podría reducir la mortalidad en la fase hospitalaria.