Rev Esp Cardiol. 2022;75(Supl 1): 949

Revista Española de Cardiología

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

[1]Hospital Universitario San Juan de Alicante y [2]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.