



6005-73. COMPARATIVA ENTRE LAS DIFERENTES ESCALAS DE CLASIFICACIÓN HEMORRÁGICA EN PACIENTES CON TRIPLE TERAPIA (TT) POR CARDIOPATÍA ISQUÉMICA (CI) Y FIBRILACIÓN AURICULAR (FA)

Sergio López Tejero, Carmen Martín Domínguez, Eloísa Mariscal López, Rafael Bravo Marques, Almudena Valle Alberca, Francisco J. Torres Calvo, Francisco Ruiz Mateas y Pedro Antonio Chinchurreta Capote

Hospital Costa del Sol, Marbella (Málaga).

Resumen

Introducción y objetivos: La CI y FA concomitante requieren TT, ya que tiene implicaciones pronósticas. Aunque el riesgo isquémico no es desdeñable, las complicaciones suelen ser de origen hemorrágico, siendo su magnitud variable en función de la escala de medición empleada.

Métodos: Se realiza análisis de los episodios de sangrado según las diferentes escalas de riesgo hemorrágico (GUSTO, ISTH, TIMI, BARC) en pacientes ingresados en nuestro hospital por CI, con diagnóstico de FA previo o en el evento, durante los años 2018/19.

Resultados: Se analizaron 69 pacientes (tabla). El motivo principal de ingreso fue SCASEST (53,6%). El 84,3% recibió revascularización percutánea, 10% quirúrgica y 5,7% tratamiento médico. La escala de riesgo hemorrágico CRUSADE fue de $39 \pm 17,2$ (riesgo moderado-alto) y el HASBLED de $2,57 \pm 1,17$. TT más usada fue AAS + clopidogrel + apixabán (31%) a dosis acorde a las guías en tiempo y dosis en un 78,3%. El periodo de seguimiento medio fue 368 ± 230 días, objetivándose un total de 10 episodios de sangrados (6,9%), sin exitus derivados. Su aparición se relacionó de forma significativa con la edad (OR 1,126 IC95% [1,010-1,255], $p = 0,032$) y ERC (OR 5,662 IC95% [1,595-20,096], $p = 0,007$). En la clasificación por escalas (fig.), se observa que TIMI e ISTH son similares (con 1 paciente diferencial entre grupos), lo que se deduce en su definición, siendo ISTH puramente clínica y TIMI algo más concreta. La escala GUSTO no arroja ningún paciente en su grado más severo (la mayoría son ligeros) lo que la hace ser menos precisa. BARC es la más específica, aportando una visión muy real de cada tipo de sangrado, añadiéndole mayor complejidad. La escala GUSTO fue la más exigente de forma significativa ($p = 0,007$). La escala HASBLED no se relacionó con la aparición de sangrados ni en función de su valor absoluto, ni categorizando a bajo riesgo (? 2) y alto riesgo (? 3) (OR 1,078 IC95% [0,301-3,862], $p = 0,908$), tampoco CRUSADE (OR 1,003 IC95% [0,962-1,047], $p = 0,878$). No hubo diferencias en la tasa de eventos isquémicos/hemorrágicos con la dosis/duración de TT.

Características basales de la población. Tipos de TT empleada

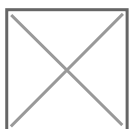
Género (varón)

72,5%

Edad (años)	73,9 ± 7,4
HTA	75,4%
DM2	36,2%
Dislipemia	52,2%
Enf. renal crónica (ERC) = FG 60 ml/min/1,73 m ²)	30,4%
Tabaco	
No	44,9%
Exfumador	36,2%
Activo	18,8%
CHA2DS2-VASc	3,77 ± 1,51
GRACE*	138,2 ± 31,5
FEVI	
Conservada	63,8%
Levemente deprimida	18,8%
Moderadamente deprimida	10,1%
Gravemente deprimida	7,2%
AAS 100 mg/24h	94,2%
Clopidogrel 75 mg/24h	87%

Ticagrelor 90 mg/12h	5,8%
Prasugrel/24h	1,4%
No P2YG12 - No ACO	7,2-5,8%
AVK	10,1%
Apixabán 5 mg/12h-2,5 mg/12h	31,9-2,9%
Rivaroxabán 20 mg/24h-15 mg/24h	5,8-18,8%
Dabigatrán 150 mg/12h-110 mg/12h	5,8-13%
Edoxabán 60 mg/24h-30 mg/24h	2,9-1,4%

*Escala GRACE Y CRUSADE fueron calculadas en pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) con (CEST) y sin (SEST) elevación del ST.



Escala de sangrado.

Conclusiones: La TT es segura, con baja probabilidad de sangrado y en su mayoría menores, independientemente de la escala empleada, a pesar de ser pacientes de alto riesgo. BARC es la escala más completa y compleja; siendo TIMI en su conjunto la más aplicable. GUSTO se reveló como la más exigente, lo que podría llevar a infraestimar la gravedad, siendo esta diferencia significativa.