



## 4001-2. COMPARACIÓN DEL IMPACTO PRONÓSTICO DE LOS EVENTOS HEMORRÁGICOS FRENTE AL REINFARTO TRAS UN SCA EN UNA COHORTE CONTEMPORÁNEA

Emad Abu Assi<sup>1</sup>, Rafael J. Cobas Paz<sup>1</sup>, Sergio Raposeiras Roubín<sup>1</sup>, Sergio Manzano-Fernández<sup>2</sup>, Chavarri Mariano Valdes<sup>2</sup>, Pedro José Flores Blanco<sup>2</sup>, Francisco E. Calvo Iglesias<sup>1</sup> y Andrés Íñiguez Romo<sup>1</sup> del <sup>1</sup>Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo (Pontevedra), y <sup>2</sup>Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar (Murcia).

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La doble antiagregación plaquetaria reduce los eventos isquémicos recurrentes después de un síndrome coronario agudo (SCA), pero se asocia a un aumento significativo del riesgo de sangrado. El objetivo fue analizar, en términos de mortalidad, el impacto del reinfarto y la gravedad de las hemorragias durante el seguimiento tras el alta por un SCA.

**Métodos:** Analizamos retrospectivamente a 4,229 pacientes con SCA sometidos a ICP entre enero de 2011 y diciembre de 2015. Tanto el IAM como los sangrados fueron asignados como covariables dependientes de tiempo utilizando la regresión de Cox. La gravedad de la hemorragia se clasificó de acuerdo con los criterios del *Bleeding Academic Research Consortium* (BARC).

**Resultados:** Tanto el IAM (*hazard ratio* (HR) ajustado = 3,40 (intervalo de confianza del 95% [IC95%] 2,40-4,80) como el sangrado (HR ajustado = 3,70 (IC95% 2,78-4,93) se asociaron con una mayor mortalidad. El IAM tuvo un mayor impacto en la mortalidad que el sangrado BARC tipo 2 [riesgo relativo (RR) 1,57; IC95%: 1,03-3,06; p = 0,03]. Sin embargo, el impacto del IAM fue equivalente al BARC 3a. El riesgo de mortalidad después de un IAM fue significativamente más bajo que el asociado a eventos de sangrado clasificados como BARC 3b (0,26-0,86; p = 0,01) y BARC 3c [(RR) 0,19; IC95%: 0,09-0,37; p 0,001]. Tanto el riesgo de mortalidad asociado al IAM como al de la hemorragia alcanzaron un pico precoz a las pocas semanas del evento y, a pesar de una desaceleración sustancial a partir de entonces, siguieron siendo significativos al final del seguimiento.



Eventos	Nº de pacientes	Nº de muertes	Ratio mortalidad bruta (por 100 personas-año) (IC95%)	HR bruto (IC95%)	p	HR ajustado (IC95%)	p	Muerte atribuible, n (%)
---------	-----------------	---------------	---	------------------	---	---------------------	---	--------------------------

Ningún evento	3,525	222	3,5 (3,1-4,0)	...	...	...	...	...
IAM	204	43	20,7 (15,4-27,9)	5,56 (2,26-13,65)	0,001	3,40 (2,40-4,80)	0,001	30,4 (9,3)
Sangrado	500	70	18,4 (14,5-23,2)	5,69 (4,82-6,74)	0,001	3,70 (2,78-4,93)	0,001	51,3 (15,6)

Tasa bruta de mortalidad por reinfarto/sangrado y su efecto (cociente de riesgo) en la mortalidad subsecuente por cualquier causa.

**Conclusiones:** En esta cohorte contemporánea de pacientes no seleccionados con SCA, tanto el IAM como el sangrado durante el seguimiento están significativamente asociados con una mayor mortalidad, existiendo un patrón similar de asociación temporal. Las hemorragias tipo BARC 2 se asociaron con una menor mortalidad que el IAM; las hemorragias BARC 3a presentaron un riesgo de mortalidad equivalente al IAM y las hemorragias BARC 3b y BARC 3c mostraron un mayor riesgo de mortalidad que el IAM.