Rev Esp Cardiol. 2020;73(Supl 1): 130

Revista Española de Cardiología

4017-6. DESCRIBIENDO SANGRADOS EN LA ERA DE LOS ANTIAGREGANTES POTENTES EN EL SCA. SUBESTUDIO DEL REGISTRO CRUCE ENTRE ANTIAGREGANTES (CREA-ARIAM)

Emilia Blanco Ponce[1], Manuel Almendro Delia[2], Michel Butrón Calderón[2], Josep Ramón Marsal[3], Rafael J. Hidalgo Urbano[2] y Juan Carlos García Rubira[2]

[1]Servicio de Cardiología, Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida. [2]Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. [3]Unidad de Epidemiología Cardiovascular, Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: Las guías de práctica clínica abogan por el uso prioritario de los inhibidores del receptor ADP P2Y12 (iP2Y12) potentes. No obstante, dichos fármacos asocian un aumento de los eventos hemorrágicos. El objetivo de este trabajo es definir las características y predictores de sangrado en la era contemporánea.

Métodos: Estudio observacional, prospectivo, monocéntrico. 246 pacientes consecutivos después del ingreso por SCA en la unidad de cuidados cardiacos agudos se inscribieron del 27/02/2015 al 31/05/2016. Periodo de seguimiento de un año. Los sangrados se describen según la clasificación BARC. Un modelo de regresión de riesgos proporcionales de Cox se utilizó para determinar los factores clínicos asociados con el sangrado durante un período de seguimiento de un año.

Resultados: 112 pacientes (45,5%) experimentaron algún evento hemorrágico, 19,1% fueron sangrados significativos (BARC > 2) y 8,5% sangrado mayor (BARC > 3). 48 sangrados (19,5%) se produjeron durante el ingreso hospitalario y 75 pacientes (31,9%) presentaron un sangrado durante el seguimiento ambulatorio. El sangrado otorrinolaringológico fue el más frecuente (21,4%). El sangrado gastrointestinal es la localización más frecuente de los sangrados mayores y de los sangrados que tienen lugar en el seguimiento ambulatorio (fig.). Los predictores de riesgo de sangrado se representa en la tabla.

Predictores de sangrado mayor en pacientes con SCA

	Unadjusted Hazard Ratio (IC95%)	p	Adjusted Hazard Ratio (IC95%)	p
Edad (años)	1,05 (1,01-1,09)	0,007		
Sexo (mujer)	3,30 (1,40-7,76)	0,006		

Hipertensión	3,02 (1,01-8,96)	0,047		
Dislipidemia	1,16 (0,49-2,72)	0,740		
Diabetes mellitus	1,93 (0,82-4,55)	0,132		
Fumador activo	0,30 (0,10-0,90)	0,032		
Enfermedad coronaria previa	1,23 (0,45-3,36)	0,686		
Historia de sangrado	3,22 (0,75-13,84)	0,115		
AVC previo	1,64 (0,38-7,04)	0,506		
Enfermedad renal crónica	3,90 (1,15-13,24)	0,029		
Medicación domiciliaria				
Antiagregante	2,52 (1,07-5,93)	0,034		
Antiacoagulante	5,64 (1,66-19,17)	0,006		
Pretratamiento iP2Y12	0,18 (0,07-0,44)	0,00005	0,32 (0,13-0,83)	0,019
CRUSADE score	1,06 (1,03-1,08)	0,00005	1,05 (1,03-1,08)	0,00005
SCASEST	2,79 (1,18-6,57)	0,019		
Anemia al ingreso	3,17 (1,35-7,47)	0,008		
iP2Y12 inicial		0,0005		
Clopidogrel	1			
Prasugrel	0,10 (0,02-0,43)	0,002		

Ticagrelor	0,12 (0,04-0,43)	0,001		
Uso de inhibidores IIbIIIa	2,82 (0,38-21,05)	0,311		
Insuficiencia cardiaca	2,91 (1,22-6,90)	0,016		
Fibrilación auricular (de novo)	2,24 (0,66-7,62)	0,195		
Anticoagulación al alta	5,83 (1,34-25,42)	0,019	5,07(1,11-23,14)	0,010

AVC: accidente cerebrovascular; IC: intervalo de confianza; SCASEST: síndrome coronario agudo sin elevación del ST.

Localización del sangrado en el seguimiento.

Conclusiones: La prescripción de anticoagulación al alta hospitalaria y la mayor puntuación en la escala de riesgo hemorrágico CRUSADE como factores de riesgo de presentación de un sangrado mayor. En contraposición, el pretratamiento con un inhibidor del receptor del ADP P2Y12 se estableció con un factor protector de la presentación de sangrado mayor.