



6016-175. BALANCE ISQUÉMICO-HEMORRÁGICO DE ACUERDO CON HISTORIA DE SANGRADO PREVIO EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN TRATAMIENTO CON DOBLE ANTIAGREGACIÓN PLAQUETARIA

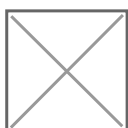
Pablo Domínguez Erquicia¹, Sergio Raposeiras Roubín¹, Emad Abu-Assi¹, Fabrizio D'Ascenzo², Sergio Manzano Fernández³, Jorge Saucedo⁴, José Paulo Simao Henriques⁵, Albert Ariza Solé⁶, María Cespón Fernández¹, Isabel Muñoz Pousa¹, Berenice Caneiro Queija¹, Rafael José Cobas Paz¹, Luis Manuel Domínguez Rodríguez¹ y Andrés Íñiguez Romo¹, del ¹Hospital Universitario Alvaro Cunqueiro, Vigo (Pontevedra), ²Universidad de Turín, Turín (Italia), ³Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar (Murcia), ⁴University of Chicago Medicine, Chicago, Illinois (EE.UU.), ⁵Academic Medical Center of Amsterdam, Amsterdam (Países Bajos) y ⁶Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet del Llobregat (Barcelona).

Resumen

Introducción y objetivos: Las guías ESC recomiendan pauta corta de TAPD en pacientes con alto riesgo de sangrado. Pacientes con ingreso previo por sangrado son considerados de alto riesgo hemorrágico. Nos propusimos mostrar el perfil isquémico-hemorrágico de los pacientes con sangrado previo en comparación con los que no tuvieron sangrados durante la TAPD.

Métodos: Los datos analizados se obtuvieron de la fusión de 3 registros de SCA: BleeMACS (2004-2013), CardioCHUVI/ARRITXACA (2010-2016) y RENAMI (2013-2016). Incluyen pacientes consecutivos dados de alta tras SCA con TAPD y sometidos a ICP. Los datos fusionados contienen 26.076 pacientes. Se realizó un análisis *propensity-matched* para igualar las características basales de los pacientes con y sin ingreso previo por sangrado. El impacto por sangrado previo en el riesgo isquémico-hemorrágico se evaluó mediante análisis de riesgo competitivo usando un modelo de regresión de Fine-Gray, el desenlace muerte fue el evento competitivo. Para el riesgo isquémico hemos considerado nuevo episodio de IAM, mientras que para el riesgo hemorrágico hemos considerado sangrado mayor definido como aquel que requiere ingreso. El tiempo de seguimiento fue censurado por suspensión/retiro de TAPD.

Resultados: De los 26.076 pacientes con SCA, 1.105 tenían enfermedad arterial periférica (EAP) (4,2%). Durante un seguimiento medio de $12,2 \pm 4,8$ meses, 964 pacientes fallecieron (3,7%), 640 sufrieron IAM (2,5%) y 685 tuvieron un sangrado mayor (2,6%). Tras del *propensity score matching*, obtuvimos 2 grupos emparejados de 1.101 pacientes. En comparación con pacientes sin sangrado previo, los que tenían historia de sangrado previo tuvieron mayor riesgo de sangrado mayor (sHR 2,03, IC95% 1,33-3,11, $p = 0,001$) con riesgo similar de IAM (sHR 0,98, IC95% 0,61-1,59, $p = 0,945$), comparativamente con los que no tenían EAP. La incidencia acumulada (IA) de IAM fue de 31 y 32 por 1.000 pacientes/año en pacientes con y sin hemorragia previa, respectivamente. La IA de hemorragia mayor fue de 63 y 29 por 1.000 pacientes/año en pacientes con y sin hemorragia previa respectivamente. La diferencia entre tasa de IAM y tasa de sangrado mayor fue de -32 y +3 por 1.000 pacientes-año en pacientes con y sin hemorragia previa.



Resultados.

Conclusiones: Pacientes con SCA y antecedentes de sangrado tienen un incremento significativo del riesgo de sangrado durante la TAPD. En estos pacientes se recomienda la TAPD de corta duración (6 meses).