Rev Esp Cardiol. 2018;71(Supl 1): 333

Revista Española de Cardiología

5015-8. PREDICTORES DE SANGRADO DIGESTIVO EN EL SEGUIMIENTO EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Ginés Elvira Ruiz[1], Miriam Gómez Molina[1], Pedro José Flores Blanco[1], Ana Isabel Rodríguez Serrano[1], Pablo Ramos Ruiz[2], Ángel Antonio López Cuenca[3], Francisco Arregui Montoya[1], Alejandro Lova Navarro[1], Domingo Andrés Pascual Figal[1] y Sergio Manzano Fernández[1], del [1]Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar (Murcia), [2]Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena (Murcia) y [3]Hospital Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia.

Resumen

Introducción y objetivos: Los sangrados digestivos son la principal complicación hemorrágica tras un síndrome coronario agudo. El objetivo de nuestro estudio fue analizar los predictores de sangrado digestivo en el seguimiento en una cohorte de pacientes con síndrome coronario agudo (SCA).

Métodos: Análisis retrospectivo de un registro multicéntrico en el que se incluyeron de forma consecutiva 3.415 pacientes ingresados por SCA desde enero de 2011 hasta diciembre de 2016. Se excluyeron los pacientes fallecidos durante el ingreso (143) y los perdidos en el seguimiento (71). El evento principal de estudio fue el primer sangrado digestivo que requirió atención médica (BARC ? 2). Se utilizó el modelo de regresión de Cox para identificar los predictores independientes de sangrado digestivo.

Resultados: La población final consistió en 3.201 pacientes (67 ± 13 años, 74% varones). La mediana de seguimiento fue de 464 (394-667) días. Un total de 136 (4,2%) pacientes presentaron sangrado digestivo en el seguimiento. En la tabla se presentan las características de la población en función de la presencia o no de sangrado digestivo en el seguimiento. Tras el ajuste multivariante, la única variables asociada de forma independiente a la ocurrencia de sangrado digestivo en el seguimiento fue la necesidad de trasfusión sin sangrado clínico evidente durante el ingreso por SCA (HR (IC95%) = 3,88 (1,32-11,43); p = 0,014).

	No sangrado digestivo (n = 3.065)	Sangrado digestivo (n = 136)	p
Edad (años)	67 ± 13	70 ± 12	0,003
Sexo (varón)	2250 (73)	103 (76)	0,548
Hipertensión arterial	2109 (69)	107 (79)	0,015
Diabetes mellitus	1393 (45)	59 (43)	0,636

Insuficiencia cardiaca previa	113 (4)	10 (7)	0,030
Fibrilación auricular	394 (13)	34 (25)	0,001
Enfermedad arterial periférica	207 (7)	8 (6)	0,691
Sangrado mayor digestivo previo	38 (1)	6 (4)	0,002
Clase Killip ? 2 al ingreso	553 (18)	43 (32)	0,001
Hemoglobina al ingreso (g/dl)	13,9 ± 1,9	13,2 ± 2,2	0,001
Filtrado glomerular estimado (ml/min/1,73 m^2)	75 ± 23	66 ± 24	0,001
Fracción de eyección 40%	328 (11)	19 (14)	0,251
Estenosis aórtica moderada o grave	107 (4)	11 (8)	0,006
Sangrado digestivo intrahospitalario (cualquiera)	9 (0,3)	5 (4)	0,001
Trasfusión sin sangrado intrahospitalario	53 (2)	5 (4)	0,094
Aspirina al alta	2.959 (97)	132 (97)	0,863
Inhibidor P2y12 al alta	2.871 (94)	124 (94)	0,912
Anticoagulación al alta	355 (12)	32 (24)	0,001

Los datos se expresan como media ± desviación típica o número (porcentaje).

Conclusiones: En nuestra cohorte pacientes con SCA el único predictor independiente de sangrado digestivo fue la necesidad de trasfusión sin sangrado clínicamente evidente durante el ingreso hospitalario. Por tanto, la ocurrencia de dicho evento debe alertar a los clínicos sobre el riesgo de un futuro sangrado digestivo y debe hacer considerar la necesidad de estudios diagnósticos complementarios que pudieran identificar potenciales causas de sangrado.