



## 4026-6. DIFERENCIAS EN EL BALANCE ISQUÉMICO-HEMORRÁGICO ENTRE PACIENTES DIABÉTICOS Y NO DIABÉTICOS TRATADOS CON DOBLE TRATAMIENTO ANTIPLAQUETARIO CON TICAGRELOR Y PRASUGREL

María Castiñeira Busto<sup>1</sup>, María Cal Fernández<sup>1</sup>, Sergio Raposeiras Roubín<sup>1</sup>, Emad Abu-Assi<sup>1</sup>, Albert Ariza Solé<sup>2</sup>, Fabrizio D'Ascenzo<sup>3</sup>, Rafael Cobas Paz<sup>1</sup>, Berenice Caneiro Queija<sup>1</sup>, María Cespón Fernández<sup>1</sup>, Isabel Muñoz Pousa<sup>1</sup>, Francisco Calvo Iglesias<sup>1</sup> y Andrés Íñiguez Romo<sup>1</sup>, del <sup>1</sup>Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo (Pontevedra), <sup>2</sup>Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona y <sup>3</sup>Hospital Città della Salute e della Scienza di Torino, Turin (Italia).

### Resumen

**Introducción y objetivos:** El riesgo de sangrado y el isquémico tras el alta hospitalaria por síndrome coronario agudo (SCA) no son uniformes a lo largo del tiempo. Esto afecta a la ratio riesgo-beneficio de los tratamientos antiplaquetarios recomendadas en las guías de práctica clínica en diferentes intervalos de tiempo. Nuestro objetivo con este estudio es caracterizar las diferencias en las tasas medias diarias (ADR) tras el alta de eventos isquémicos y hemorrágicos entre pacientes con SCA diabéticos (DM) y no diabéticos tratados con doble tratamiento antiplaquetario (DAP) con los nuevos inhibidores del P2Y<sub>12</sub> (prasugrel y ticagrelor).

**Métodos:** De los 4.402 pacientes dados de alta con el diagnóstico de SCA incluidos en el registro RENAMI, 1.323 (29,9%) tenían DM. Los eventos isquémicos y hemorrágicos se clasificaron de acuerdo al momento en que ocurrieron, excluyendo los eventos recurrentes. Solo consideramos los eventos durante la DAP. Los eventos hemorrágicos fueron definidos como cualquier sangrado primario BARC tipo 3,4 o 5 (= sangrado mayor). Los eventos isquémicos fueron definidos como reinfarcto de miocardio espontáneo de acuerdo a la Tercera Definición Universal del Infarcto de Miocardio. La tasa media diaria (ADR) se calculó como el número total de eventos dividido entre el número de pacientes-día en el seguimiento. El balance isquémico-hemorrágico se calculó mediante la diferencia entre el ADR de los eventos isquémicos y hemorrágicos.

**Resultados:** La ADR tanto para eventos isquémicos como hemorrágicos en pacientes tratados con DAP con ticagrelor y prasugrel fue mayor en los primeros 30 días (ADR para reinfarcto 0,014% en DM y 0,012% en no-DM; ADR para sangrado 0,012% en DM y 0,008% en no-DM), disminuyendo después. En DM, el riesgo de reinfarcto es mayor que el riesgo de sangrado, especialmente en el primer mes (diferencia en ADR + 0,002%) y tras 6 meses (diferencia en ADR +0,007%). En no-DM, el riesgo de sangrado es mayor que el de reinfarcto, fundamentalmente entre los meses 3 y 9 (diferencia en ADR -0,001%).



**Conclusiones:** Los pacientes DM, cuando se tratan con DAP con ticagrelor y prasugrel, tienen un balance isquémico-hemorrágico diferente a los no-DM. Durante el primer año, en los pacientes DM hay un predominio del riesgo de reinfarcto respecto al de sangrado. En los no-DM, en cambio, el riesgo de sangrado

es mayor que el de reinfarto, excepto en los 2 primeros y 2 últimos meses.