



6021-216. ANÁLISIS DE LA TASA DE SANGRADOS Y SUS FACTORES PREDISPONENTES EN PACIENTES CON TRIPLE TERAPIA POR CARDIOPATÍA ISQUÉMICA Y FIBRILACIÓN AURICULAR

Sergio López Tejero, Eloísa Mariscal López, Carmen Martín Domínguez, Rafael Bravo Marqués, Almudena Valle Alberca, Francisco J. Torres Calvo, Carmen Corona Barrio, Fidel Ernesto Mesa Prado, Juan Ramón Siles Rubio, Francisco Ruiz Mateas y Pedro Antonio Chinchurreta Capote

Hospital Costa del Sol, Marbella (Málaga).

Resumen

Introducción y objetivos: Cardiopatía isquémica (CI) y fibrilación auricular (FA) son enfermedades cardiovasculares muy prevalentes. Aunque el riesgo isquémico no es desdeñable, las complicaciones suelen ser de origen hemorrágico en relación a la triple terapia necesaria, que tiene implicaciones pronósticas en ambas.

Métodos: Análisis de los pacientes ingresados en nuestro hospital por CI, con diagnóstico de FA previo o durante el ingreso, durante los años 2018/19. Estudiamos las variables clínicas, hemodinámicas y su posible relación con la incidencia de sangrados en el seguimiento.

Resultados: Se analizaron 69 pacientes (tabla). El motivo principal de ingreso fue SCASEST (53,6%), seguido de angina estable de forma programada (30,4%). En el 84,3% se realizó revascularización percutánea, 10% quirúrgica y 5,7% tratamiento médico. Un 42% fue angioplastia de alto riesgo (TCI, lesiones proximales, multivasos con ADA incluida o disfunción sistólica). La escala de riesgo hemorrágico CRUSADE fue de $39 \pm 17,2$ (riesgo moderado-alto) y el HASBLED de $2,57 \pm 1,17$. La triple terapia (TT) más usada fue AAS + clopidogrel + apixabán (31%) a dosis acorde a las guías en tiempo y dosis en un 78,3%. El periodo de seguimiento medio fue 368 ± 230 días, objetivándose un total de 10 episodios de sangrados (6,9%), siendo 6 menores según la escala ISTH, y solo 1 catalogado como mayor, sin exitus desencadenados por hemorragias. Su aparición se relacionó de forma significativa con la edad (OR 1,126, IC95% [1,010-1,255], $p = 0,032$) y con padecer ERC (OR 5,662, IC95% [1,595-20,096], $p = 0,007$). La escala HASBLED no se relacionó con la aparición de sangrados ni en función de su valor absoluto, ni categorizando a bajo riesgo (≤ 2) y alto riesgo (≥ 3) (OR 1,078 IC95% [0,301-3,862], $p = 0,908$). Lo mismo observamos con la escala CRUSADE (OR 1,003 IC95% [0,962-1,047], $p = 0,878$). No encontramos diferencias en la tasa de eventos isquémicos o hemorrágicos con la dosis/duración de TT utilizada.

Características basales y tipos de tratamiento en la población estudiada

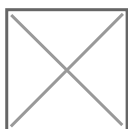
Género (varón)

72,5%

Edad (años)	73,9 ± 7,4
HTA	75,4%
DM2	36,2%
Dislipemia	52,2%
Enf. renal crónica (ERC) = FG 60 ml/min/1,73 m ²)	30,4%
Tabaco	
No	44,9%
Exfumador	36,2%
Activo	18,8%
CHA2DS2-VASc	3,77 ± 1,51
GRACE*	138,2 ± 31,5
FEVI	
Conservada	63,8%
Levemente deprimida	18,8%
Moderadamente deprimida	10,1%
Gravemente deprimida	7,2%
AAS 100 mg/24h	94,2%
Clopidogrel 75 mg/24h	87%

Ticagrelor 90 mg/12h	5,8%
Prasugrel/24h	1,4%
No P2YG12 - No ACO	7,2% - 5,8%
AVK	10,1%
Apixabán 5 mg/12h-2,5 mg/12h	31,9-2,9%
Rivaroxabán 20 mg/24h-15 mg/24h	5,8-18,8%%
Dabigatrán 150 mg/12h-110 mg/12h	5,8-13%
Edoxabán 60 mg/24h-30 mg/24h	2,9-1,4%

*Escala GRACE Y CRUSADE fueron calculadas en pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) con (CEST) y sin (SEST) elevación del ST.



Tipos de sangrados según ISTH. Relación HASBLED con sangrados.

Conclusiones: La TT en nuestra serie resultó segura en dosis y tiempos utilizadas, con una baja tasa de eventos hemorrágicos, la mayoría leves. Para optimizar el tratamiento es importante analizar el riesgo hemorrágico. Edad y ERC fueron las 2 únicas variables independientes que nos predicen una mayor incidencia de sangrados, siendo necesario tenerlas presentes en el seguimiento. Las escalas de riesgo de sangrado más empleadas, HASBLED y CRUSADE, no predicen su aparición en nuestra serie.