



# Gastroenterología y Hepatología



<https://www.elsevier.es/gastroenterologia>

## RIESGO DE RESANGRADO, EVENTOS ISQUÉMICOS Y MUERTE TRAS HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL EN PACIENTES TRATADOS CON DOBLE TERAPIA ANTIAGREGANTE TRAS CATETERISMO CARDÍACO

S. García Mateo<sup>1</sup>, V. Laredo de la Torre<sup>1</sup>, B. Marcén Echandi<sup>2</sup>, E. Alfaro Almajano<sup>1</sup>, P. Carrera Lasfuentes<sup>3</sup>, C. Sostres Homedes<sup>1</sup> y Á. Lanás Arbeloa<sup>1,3,4,5</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. <sup>2</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Comarcal de Alcañiz, Teruel. <sup>3</sup>CIBERehd. <sup>4</sup>Universidad de Zaragoza, Facultad de Medicina. <sup>5</sup>Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón (IIS Aragón).

### Resumen

**Introducción:** La doble terapia antiagregante (DTA) basada en ácido acetilsalicílico (AAS) más clopidogrel, ticagrelor o prasugrel, se usa de forma universal para disminuir el riesgo de evento adverso cardiovascular tras la terapia de revascularización cardíaca percutánea. Sin embargo, aquellos pacientes que presentan hemorragia gastrointestinal (HGI) durante el tratamiento basado en DTA representan un reto clínico, puesto que no hay datos en la literatura que nos orienten acerca de la conducta a seguir en relación a la doble terapia antiagregante.

**Métodos:** Estudio de cohortes observacional retrospectivo de pacientes que presentaron hemorragia gastrointestinal (evento gastrointestinal índice) durante el tratamiento con doble antiagregación tras la terapia de revascularización cardíaca percutánea desde el año 2008 al 2016 en dos hospitales terciarios. La información clínica y farmacológica se recopiló de forma retrospectiva usando la historia clínica electrónica. El seguimiento finalizó a los 12 meses o al producirse un evento de resangrado, isquémico o muerte. Se han realizado modelos multivariantes de regresión de Cox para estudiar la relación entre la conducta terapéutica adoptada en relación a la DTA y el tiempo hasta el evento.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 115 pacientes con una edad media de  $73,3 \pm 10,4$  años. El 75,7% (87/115) eran hombres. El 87% (100/115), 10,4% (12/115) y 2,6% (3/115) se encontraban en tratamiento con DTA basada en ácido acetilsalicílico asociado a clopidogrel, ticagrelor o prasugrel respectivamente. Más de la mitad de los pacientes (66,1%; 76/115) estaban en tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBP) en el momento del evento GI índice. Tras el evento GI índice, se suspendió el tratamiento con DTA en el 76,5% de los casos (88/115), reiniciándose en el 76,1% (67/88). Los pacientes que reanudaron la DTA tuvieron un 79,0% menos probabilidad de padecer un evento isquémico durante el seguimiento frente a aquellos en los que no se reanudó [HR: 0,21 (IC95%: 0,07-0,60)]. La tasa de resangrado, de evento isquémico y de muerte fue de 270,6, 188,2 y 70,6 eventos por cada 1.000 pacientes-año respectivamente. La HGI baja asociada a la DTA fue el evento más frecuente durante el período de seguimiento (56,5%; 13/23), coincidiendo con la localización previa en el 87,0% ( $p = 0,001$ ) de los casos. Un 69,9% (16/23) de los pacientes se encontraba en tratamiento concomitante con IBP durante el evento resangrado, el 61,5% (8/13) de

los que tuvieron HD baja y el 80,0% (8/10) de los que tuvieron HD alta ( $p = 0,405$ ).

**Conclusiones:** La hemorragia GI baja se asocia más frecuentemente a la DTA que la hemorragia GI alta en una población con alta tasa de coprescripción de IBP. Reanudar el tratamiento con DTA después de un evento hemorrágico GI se asocia a menor tasa de evento isquémico.