


# Patrones de sangrado específicos de órgano bajo inhibición potente de P2Y12 y terapia triple: perspectivas mecanicistas de una cohorte a 24 meses post-intervencionismo coronario percutáneo

Juan Diego Martín Díaz(1), Alfonso Morales Alcántara(1), Juan Fernández Samper(1), Teresa Simonneau Robledo(1), Manuel Anguita Sánchez(1), José López Aguilera(1), Juan Carlos Castillo Domínguez(1), Manuel Crespín Crespín(1), Rafael González Manzanares(1), Rafael Iglesias López(1), Laura Calvo Gutiérrez(1), Laura Velarde Morales(1), Diana María Ladera Santos(1) y María Anguita Gámez(1) de (1)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba - España

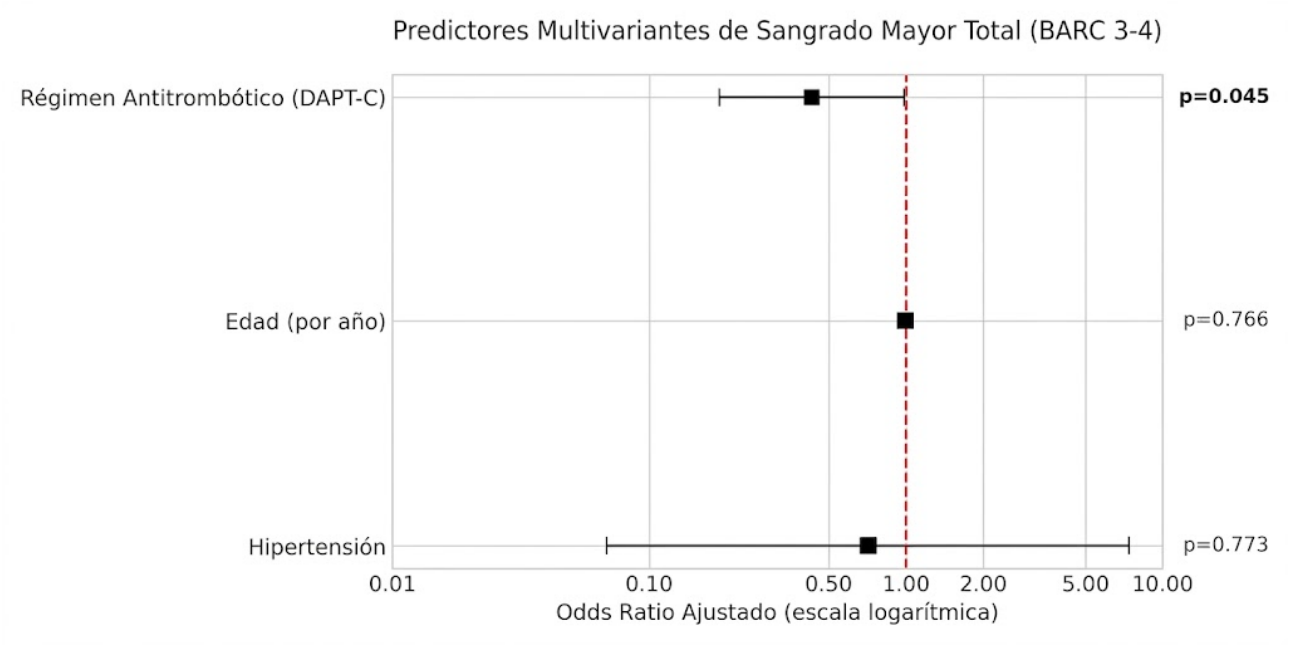
Introducción: Las estrategias antitrombóticas actuales tras Intervencionismo Coronario Percutáneo (ICP) deben equilibrar protección isquémica con riesgo de sangrado. Los datos del mundo real sobre patrones hemorrágicos específicos de órgano son limitados aún. Pretendemos evaluar la distribución anatómica del sangrado clínicamente relevante (BARC 3–4) e identificar predictores independientes de sangrado mayor total post-ICP.

Métodos: De una cohorte inicial de 453 pacientes, analizamos 410 pacientes consecutivos post-ICP (Doble Terapia Antiagregante [DAPT]-Clopidogrel [DAPT-C]: n=93; DAPT-Ticagrelor/Prasugrel [DAPT-TP]: n=286; Triple Terapia Antitrombótica [TTA]: n=31) que completaron un seguimiento clínico de 24 meses en un hospital terciario. Se compararon los eventos hemorrágicos entre subgrupos con test de Fisher, con posterior regresión logística multivariante parsimoniosa para identificar predictores independientes de sangrado mayor total (BARC 3–4), ajustando por edad e hipertensión.

Resultados: Patrones Específicos de Órgano: El sangrado gastrointestinal superior fue significativamente mayor en TTA (6,1%) vs. DAPT-TP (2,0%) y DAPT-C (0,0%) (p=0,022). El accidente cerebrovascular hemorrágico ocurrió exclusivamente en el subgrupo DAPT-TP (1,7%; p=0,071). Las tasas de sangrado en Otorrinolaringología (ORL)/Maxilofacial fueron del 3,2% en TTA vs. 0,7% en DAPT-P (p=0,120). El sangrado urológico afectó al 0,7% de DAPT-TP, sin eventos en TTA o DAPT-C (p=0,440).Análisis Multivariante: En el modelo ajustado, el régimen antitrombótico fue el único predictor independiente de sangrado mayor (p=0,045). DAPT-C se asoció con menor riesgo de sangrado mayor total (OR 0,428; IC 95% 0,187–0,979). Ni la edad (p=0,766) ni la hipertensión (p=0,773) mostraron asociaciones independientes en esta cohorte.

Conclusiones: La elección de la terapia antitrombótica podría dominar sobre la edad o la hipertensión como determinante del sangrado mayor post-ICP, alineándose con las señales de seguridad de los ensayos AUGUSTUS y AFIRE. Mecanísticamente, la inhibición potente de P2Y12 reduce la activación de glicoproteína IIb/IIIa, alterando la vía final común de la agregación plaquetaria. Nuestros datos apoyarían estrategias de retirada temprana de

aspirina (TWILIGHT/TICO) para preservar la integridad vascular específica de órgano sin comprometer la seguridad.




**Distribución Anatómica y Predictores Multivariantes de Sangrado Clínicamente Relevante (BARC 3–4) a los 24 Meses de Seguimiento.**

| Variable | DAPT-C (n=93) (%) | DAPT-TP (n=286) (%) | TAT (n=31) (%) | valor p (Fisher) [a] | aOR (IC 95%) | valor p (Reg. Log.)[b] |
|---|---|---|---|---|---|---|
| SANGRADO MAYOR TOTAL (n=19) | 1 (1,1) | 15 (5,2) | 3 (9,7) | ***0,041*** | | |
| Lugar de Sangrado (n, %) | | | | | | |
| Gastrointestinal (BARC 3-4) (n=8, 42,1) | 0 (0,0) | 6 (2,0) | 2 (6,1) | ***0,022*** | | |
| Intracraneal (BARC 3-4) (n=5, 26,3) | 0 (0,0) | 5 (1,7) | 0 (0,0) | ***0,071*** | | |
| ORL/ Maxilofacial (BARC 3-4) (n=4, 21,0) | 1 (1,1) | 2 (0,7) | 1 (3,2) | *0,121* | | |
| Urológico (BARC 3-4) (n=2, 10,5) | 0 (0,0) | 2 (0,7) | 0 (0,0) | *0,441* | | |
| | | | | | | |
| Análisis Multivariante (Sangrado Mayor Total) | | | | | | |
| Régimen Antitrombótico (Terapia DAPT-C vs otras terapias) | | | | | 0,428 (0,187-0,979) | ***0,045*** |
| Edad (por año) | | | | | 0,988 (0,910-1,072) | *0,766* |
| Hipertensión | | | | | 0,709 (0,068-7,345) | *0,773* |

^a Valor p calculado mediante la prueba exacta de Fisher debido a la baja frecuencia de eventos esperada en varias celdas. ^b Valor p calculado mediante regresión logística binaria ajustando por edad e hipertensión. Abreviaturas: BAV: Bloqueo Atrioventricular. IECA / ARA II: Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina / Antagonistas de los Receptores de Angiotensina II. iSGLT2: Inhibidores del Cotransportador Sodio-Glucosa tipo 2. TTA: Triple Terapia Antitrombótica. (NS): No estadísticamente significativo (valor p > 0,05).