



SOCIEDAD  
COLOMBIANA  
DE CARDIOLOGÍA Y  
CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

## MEMOCARDIO No. 3

# Debemos estratificar el riesgo hemorrágico en Síndrome Coronario Agudo: SI

Por: Juan Karlo Urrea Zapata, MD.

### Por qué es importante el sangrado en SCA

El manejo del paciente con síndrome coronario agudo (SCA) incluye la antiagregación dual, anticoagulación y en la mayoría de los casos, el intervencionismo coronario percutáneo (ICP) con el uso de dispositivos intracoronarios (STENT) de acuerdo a la anatomía encontrada. En algunos casos, requieren ir a procedimientos de revascularización coronaria quirúrgica, recomendándose suspender la antiagregación dual entre 5 y 7 días antes de la cirugía y la anticoagulación 24 horas antes de la cirugía. Este manejo implica un balance lábil entre el efecto antitrombótico y la complicación hemorrágica. Las tasas de hemorragia mayor dentro de los 30 días del SCA está entre 2,3% y 9,6% siendo el más frecuente el gastrointestinal seguido del relacionado al acceso femoral y el tracto urinario. Cuando ocurre un sangrado mayor, se aumenta 20% la mortalidad, infarto y ACV a 30 días comparado con 5% en los que no se presenta esta complicación. Lo que empeora el problema es que ante el sangrado, deben suspenderse las medicaciones antiagregantes y antitrombóticas, generando una exposición al riesgo trombotico de rebote sin hablar de la trombosis aguda del STENT con una mortalidad alrededor del 50%.

### La definición de sangrado está unificada?

Lamentablemente no, estas definiciones se aplican de acuerdo al estudio y grupo de investigación (TIMI, GUSTO, CURE, OASIS,

etc). Sin embargo desde el 2011 el Bleeding Academic Research Consortium (BARC) (5) propuso unas definiciones universales para tenerse en cuenta en los estudios futuros y así armonizar los desenlaces de seguridad en sangrado. Pero independiente que no haya una unificación del sangrado, todas las escalas reconocen al sangrado mayor o mortal como aquel que genera hospitalización incluso con alteración hemodinámica, requerimiento de vasoactivos, transfusión (con caída alrededor del 12% del hematocrito ó 5g/dL de Hb) o el sangrado que se presenta en SNC, retroperitoneal o incluso intraocular.

### Factores que predisponen al sangrado en SCA

Hay unos factores modificables: asociación de fármacos antitrombóticos, duración del tratamiento, INR  $\geq 2,5$ , uso de inhibidores de GP IIb/IIIa, terapia puente con heparina, procedimientos invasivos, intercambio de heparinas periprocedimiento, acceso femoral (comparado con radial), tamaño de catéteres, duración de la intervención. Factores potencialmente modificables: uso de fondaparinux frente a enoxaparina, uso de bivalirudina frente a heparina no fraccionada+iGP. Factores no modificables: Edad, femenino, insuficiencia renal crónica, diabetes, HTA, tabaquismo, enfermedad arterial periférica, enfermedad de 3 vasos o tronco coronario izquierdo y la presencia de choque cardiogénico.

### Cuáles escalas utilizar

Las validades específicamente en SCA se tienen con: CRUSADE (1), GRACE (2), ACTION-GWTG (3 y la de la Dra R. Mehran (4). Aunque todas han tenido una validación, la AHA/ACCF recomiendan el uso del CRUSADE (Recom I NE: B) y Mehran (Recom IIa NE: B). Se establece que un CRUSADE  $\geq 50$  o Mehran  $\geq 20$  estable una categoría de muy alto riesgo para sangrado.

### Cómo aplicarla entonces

Primero, a partir del 2014 se debe estandarizar los criterios de sangrado según el consorcio BARC (5). Segundo, para el SCA sin elevación del ST: Con CRUSADE/Mehran  $\geq 50/20$  no se recomienda usar ticagrelor, prasugrel e incluso se recomienda como antitrombótico el fondaparinux con dosis adicional de heparina al momento de intervencionismo; para SCA con elevación del ST igual con CRUSADE/Mehran  $\geq 50/20$  se recomienda fondaparinux y no usar ticagrelor o prasugrel. Siempre manejando los factores de riesgo modificables.

### Referencia

1. the CRUSADE Bleeding Score. Circulation. 2009; 119:1873-82.
2. (GRACE). Eur Heart J. 2003;24:1815-23.
3. ACTION Registry W-GWTGTM. Am J Cardiol. 2011;107:1136-43.
4. Mehran R, et al, J Am Coll Cardiol. 2010;55:2556-66.
5. The Bleeding Academic Research Consortium. Circulation 2011;123:2736-47.