

ANEXO. LISTA DE INVESTIGADORES PRINCIPALES Y CENTROS PARTICIPANTES

	Investigador principal	Centro
1	Íñigo Lozano Martínez-Luengas	Hospital Universitario de Cabueñas, Gijón (Asturias)
2	José Ramón Rumoroso Cuevas	Hospital Universitario Galdakao-Usansolo, Galdakao (Vizcaya)
3	José María de la Torre Hernández	Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander
4	Javier Fernández Portales	Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres
5	Imanol Otaegui Irurueta	Hospital Universitario Valle de Hebrón, Barcelona
6	Alejandro Diego Nieto	Hospital Clínico Universitario de Salamanca, Salamanca
7	Jeremías Bayón Lorenzo	Complejo Hospitalario Universitario de Lugo, Lugo
8	Beatriz Vaquerizo	Hospital del Mar, Barcelona
9	José Luis Ferreiro González	Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)
10	Juan Córdoba Soriano	Hospital General Universitario de Albacete, Albacete
11	José Antonio Linares Vicente	Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza
12	Ignacio Amat Santos	Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid
13	Vicente Alcalde Martínez	Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada
14	Ramón López Palop	Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia
15	José Gabriel Galache Osuna	Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza
16	Armando Pérez de Prado	Complejo Asistencial Hospitalario de León, León

Tabla S1. Escala BARC. Grados de sangrado (1)

Tipo 0: Sin sangrado
Tipo 1: Sangrado no significativo, no requiere estudios o consulta a un servicio médico, hospitalización o manejo por un profesional de salud. Puede incluir la suspensión voluntaria de la medicación antitrombótica por parte del paciente.
Tipo 2: Cualquier signo de hemorragia (cualquier sangrado que sea más de lo esperado, incluyendo sangrado solo identificado por un estudio de imagen), que no cumpla criterios para tipo 3, 4 o 5 pero que requiera al menos uno de los siguientes puntos. <ul style="list-style-type: none">- Intervención médica no quirúrgica por parte de un profesional de salud- Hospitalización o aumento del nivel de cuidado.- Evaluación pronta con exámenes como: hemograma, análisis de orina, coagulación, endoscopia y tomografía.
Tipo 3: Tipo 3a: <ul style="list-style-type: none">- Descenso de la hemoglobina de >3 a <5gr/dl (relacionado con el sangrado)- Cualquier necesidad de transfusión por sangrado evidente Tipo 3b: <ul style="list-style-type: none">- Descenso de la hemoglobina \geq 5gr/dl (relacionado con el sangrado)- Taponamiento cardíaco- Sangrado que requiere intervención quirúrgica para su control- Sangrado que requiere el uso de agentes vasoactivos Tipo 3c: <ul style="list-style-type: none">- Hemorragia intracraneal- Sangrado confirmado por autopsia, imagen o punción lumbar.- Sangrado intraocular que afecta a la visión.
Tipo 4: sangrado asociado a revascularización miocárdica quirúrgica <ul style="list-style-type: none">- Sangrado intracraneal perioperatorio (< 48 horas).- Reintervención tras el cierre de la esternotomía para control el sangrado- Transfusión \geq 5 concentrados de hematíes (< 48 horas).- Débito de tubo de tórax \geq 2L (<24h).
Tipo 5: Sangrado fatal Tipo 5a: Sangrado fatal probable: con sospecha clínica pero no comprobado por autopsia o imagen. Tipo 5b: Sangrado fatal definitivo: confirmado por imagen o autopsia.

Tabla S2. Definición de los objetivos del estudio

<p>Muerte por cualquier causa. Las causas de muerte se clasificarán, de acuerdo con los criterios de la ARC-II, en muerte de causa cardiaca o no cardiaca (2).</p>
<p>Muerte por causa cardiaca. Cualquier fallecimiento con sospecha de que una afección cardiaca ha contribuido al mecanismo principal de la muerte será considerado como muerte de causa cardiaca. Cabe mencionar que los fallecimientos sin una clara causa no cardiaca de muerte y aquellos en los que sea indeterminada serán clasificados como de causa cardiaca. La causa de muerte cardiaca se subclasificará en:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Muerte súbita.b) Infarto de miocardio.c) Insuficiencia cardiaca.d) Otras causas.e) Causa desconocida.
<p>Infarto agudo de miocardio. Para la estimación de los objetivos primarios y secundarios se utilizará la cuarta clasificación universal de infarto de miocardio(3). También se recopilarán, de forma exploratoria, los infartos de miocardio definidos por la ARC-II (2).</p> <p>Los infartos se subclasificarán en:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Relacionados con el vaso diana: cuando exista evidencia angiográfica de infarto o ECG de infarto relacionado con el vaso en estudio.b) No relacionados con el vaso diana. <p>Los infartos relacionados con el vaso diana se subclasificarán en:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Relacionados con la lesión diana: aquellos con evidencia angiográfica de origen en el segmento en estudio.b) No relacionados con la lesión diana
<p>ACVA. Aparición súbita de signos o síntomas neurológicos que se ajustan a un territorio vascular focal o multifocal dentro del cerebro, la médula espinal o la retina, que:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Persisten durante ≥24 h o hasta la muerte, con pruebas patológicas o de neuroimagen que demuestran:<ul style="list-style-type: none">a. Infarto del SNC en el territorio vascular correspondiente (con o sin hemorragia); ob. Ausencia de otras causas aparentes (incluida la hemorragia), aunque no se detecten indicios de isquemia aguda en el territorio vascular correspondienteo2. Síntomas de duración <24 h, con confirmación patológica o por neuroimagen de infarto del SNC en el territorio vascular correspondiente. Nota: Cuando la localización del infarto del SNC no coincide con los síntomas transitorios, el evento se clasificaría como infarto encubierto del SNC (tipo 2a) y AIT (tipo 3a), pero no como ictus isquémico (4).
<p>Trombosis del stent. Se clasificará la trombosis del stent de acuerdo con los criterios ARC-II (2)</p>
<p>Revascularización urgente. Se define como cualquier intervención percutánea repetida o bypass quirúrgico de cualquier segmento, incluida la lesión diana (2).</p>

Bibliografía del material adicional

1. Mehran R, Rao S V., Bhatt DL, Gibson CM, Caixeta A, Eikelboom J, et al. Standardized Bleeding Definitions for Cardiovascular Clinical Trials. *Circulation*. 2011 Jun 14;123(23):2736–47.
2. Garcia-Garcia HM, McFadden EP, Farb A, et al. Standardized End Point Definitions for Coronary Intervention Trials: The Academic Research Consortium-2 Consensus Document. *Circulation*. 2018;137:2635-2650.
3. Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, et al. Fourth universal definition of myocardial infarction (2018). *Eur Heart J*. 2019;40:237-269.
4. Alexandra J. Lansky, Steven R. Messé, Adam M. Brickman, et al. Proposed Standardized Neurological Endpoints for Cardiovascular Clinical Trials: An Academic Research Consortium Initiative. *Journal of the American College of Cardiology*, 2017;69,679-691.
<https://doi.org/10.1016/j.jacc.2016.11.045>.