Rev Esp Cardiol. 2013;66 Supl 1: 28

Revista Española de Cardiología

4004-5. RESULTADOS A LARGO PLAZO DE LA TRIPLE TERAPIA ANTITROMBÓTICA FRENTE A LA DOBLE ANTIAGREGACIÓN DESPUÉS DE UNA INTERVENCIÓN CORONARIA PERCUTÁNEA: SEGUIMIENTO HASTA 4 AÑOS

Roberto del Castillo Medina, Adriana de la Rosa Riestra, Ester Cánovas Rodríguez, Alfonso Freites, Javier Alonso Belló, Lorenzo Hernando Marrupe, Pablo Salinas Sanguino y Javier Botas Rodríguez de la Fundación Hospital Alcorcón, Madrid.

Resumen

Introducción: El tratamiento en p (pacientes) que necesitan anticoagulación oral y antiagregación después de una ICP (intervención coronaria percutánea) parte de series pequeñas y heterogéneas. Existen pocos datos sobre resultados a largo plazo. Nuestro objetivo fue comparar la incidencia a largo plazo de eventos cardiovasculares mayores (MACE: muerte cardiaca, IAM no fatal, nueva revascularización e ictus) y sangrado (criterio BARC) entre p con triple terapia (TT) y aquellos con doble antiagregación (NoTT) al alta tras una ICP.

Métodos: Estudio observacional, prospectivo de 769 p consecutivos tratados con ICP entre Oct 2007-Abr 2011. Se ajustó la probabilidad de asignación de cada p para cada grupo mediante *propensity score*. Se comparó la incidencia de MACE y sangrado en ambos grupos. La supervivencia se evaluó mediante curvas de Kaplan-Meier y test Log-Rank; el análisis multivariable mediante un modelo de riesgos proporcionales de Cox.

Resultados: El 13,3% (102p; edad 72,7 ± 9,9 años; CHA2DS2-VASC 3,7 ± 1,5; HASBLED 2,7 ± 1,3) se incluyeron en el grupo TT y el 87,7% (667p, edad 65,5 ± 11,6 años; CHA2DS2-VASC 1,8 ± 1,7; HASBLED 1,1 ± 1,1) en el grupo NoTT. Durante el seguimiento (26,5 ± 14,6 meses), la incidencia acumulada de MACE (27,4% vs 18,3%, p = 0,03); debido a una mayor incidencia de ictus (11,9% vs 1,8%, p < 0,05), la tasa de mortalidad global (14,7% vs 9,7%; p = 0,02); debida a mortalidad no cardiaca (8,8% vs 4,0%, p = 0,03); y la tasa de sangrado (29,4% vs 8,4%; p < 0,05) fue desfavorable para el grupo TT vs NoTT. La mayoría de los sangrados en ambos grupos fueron clínicamente menores (BARC < 3 24,5% vs 7,8%; BARC ? 3 4,9% vs 0,5%), respectivamente. El tiempo medio para MACE fue menor en el grupo TT frente a NoTT (40,9, IC95% [36,4-45,4] vs 48,6, IC95% [46,6-50,7] meses, log-rank test p < 0,05). No hubo diferencias en cuanto al tiempo medio para sangrado entre ambos grupos (327 ± 85 vs 414 ± 67 días, log-rank test p = 0,72). El uso de *stents* farmacoactivos (HR = 2,5 IC95% [0,9-8,6]; p = 0,06) y la anticoagulación oral previa (HR = 2,8 IC95% [0,9-8,2]; p < 0,06) se asociaron con mayor riesgo de sangrado.

Figura. Incidencia acumulada de MACE para cada grupo.

Conclusiones: A largo plazo, los pacientes bajo triple terapia después de ICP constituyen una población de alto riesgo con mayor incidencia sangrado, muerte de causa no cardiaca y eventos cardiovasculares mayores; por alto riesgo de sufrir un ictus. La tasa de sangrado fue superior en este grupo a expensas de sangrados menores.