



6008-108. INTERRUPCIÓN DE LA DOBLE ANTIAGREGACIÓN PLAQUETARIA TRAS EL INTERVENCIONISMO CORONARIO PERCUTÁNEO Y LOS EVENTOS CLÍNICOS EN EL SEGUIMIENTO (REGISTRO DUALATG)

Manuel Marina Breysse¹, Estefan Navarro Claros², Jesús Piqueras Flores¹, María T. López Lluva³, Andrés González García⁴, Ignacio Sánchez Pérez³, Alfonso Jurado Román³ y Fernando Lozano Ruiz-Poveda³ del ¹Servicio de Cardiología, ²Médico de Atención Primaria, ³Sección de Hemodinámica, Hospital General Universitario de Ciudad Real y ⁴Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La duración óptima de la doble antiagregación (DATG) plaquetaria tras el intervencionismo coronario percutáneo (ICP) es controvertida. El objetivo principal es cuantificar la duración de la DATG en la práctica clínica actual. El objetivo secundario es comparar los eventos clínicos en el seguimiento de la discontinuación terapéutica recomendada (grupo I) frente a la interrupción (grupo II) y el mantenimiento de la DATG más allá de tiempo recomendado (grupo III).

Métodos: Estudio multicéntrico observacional con reclutamiento retrospectivo y seguimiento prospectivo realizado en 4 centros españoles. De un total de 6.068 coronariografías realizadas entre 2010 y 2013 y 2325 pacientes sometidos a ICP, se aleatorizaron 669 pacientes. Se cuantificó el tiempo de DATG y clasificó a los pacientes en 3 grupos según adherencia a las recomendaciones de DATG. Los eventos valorados fueron: MACE (muerte, reinfarto, necesidad de nuevo ICP o accidente cerebrovascular), hemorragia mayor y trombosis de *stent*. La valoración de eventos fue ciega al grupo de DATG.

Resultados: Tras seguimiento medio de $2,6 \pm 1,5$ años y 60 (9%) perdidos, la distribución de los grupos de DATG fue: 310 (50,9%) en el grupo I, 92 (15,1%) en el grupo II y 207 (34%) grupo III. La duración de DATG fue $13,7 \pm 9,6$; $7,7 \pm 6,1$ y $26,3 \pm 12,4$ meses para los grupos I, II y III respectivamente. Se observaron diferencias en: reingreso en cardiología 33 (10,6%) en el grupo I frente a 11 (12,0%) en el grupo II y 45 (21,7%) en el grupo III ($p = 0,002$); necesidad de nuevo ICP 11 (3,5%), 6 (6,5%) y 33 (15,9%) respectivamente ($p = 0,001$); muerte por cualquier causa 14 (4,5%), 10 (10,9%) y 41 (19,8%) respectivamente ($p = 0,001$) y muerte cardiovascular 2 (0,6%), 2 (2,2%) y 8 (3,9%) respectivamente ($p = 0,035$). No se vieron diferencias en sangrados mayores ni trombosis de *stent*. En el análisis multivariado la edad OR 1,09 (IC95% 1,06-1,12) y la pertenencia al grupo III OR 6,68 (IC95% 3,39-13,16) fueron predictores de mortalidad mientras que la toma de β -bloqueantes fue protector OR 0,37 (IC95% 0,20-0,70).

Conclusiones: En pacientes sometidos a ICP, los eventos cardiovasculares y mortalidad varían según la adherencia terapéutica a la DATG. Aunque la mayoría de los eventos tras el ICP se producen bajo DATG, el riesgo debido a la interrupción es mayor que el de los pacientes con adecuado cese de la DATG independientemente del tipo de *stent*.