Rev Esp Cardiol. 2019;72(Supl 1): 893

Revista Española de Cardiología

6040-360. DOBLE FRENTE A MONOANTIAGREGACIÓN A MUY LARGO PLAZO

Carmen Collado-Moreno, Iván Lobo Torres, Andrea Gómez Juanatey, Sara Blasco Turrión, Antonio Herruzo León y Francisco José Morales-Ponce, del Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real (Cádiz).

Resumen

Introducción y objetivos: Se recomienda la doble antiagregación después de la colocación de stents coronarios para prevenir las complicaciones trombóticas durante 12 meses, aunque se ha publicado la eficacia de la doble antiagregación prolongada más allá del año hasta los 30 meses (estudio DAPT) a expensas de mayor riesgo de sangrado. Nos preguntamos si es eficaz prolongar la doble antiagregación más allá del tiempo estudiado en el estudio mencionado frente a continuar con monoantiagregación con aspirina.

Métodos: Estudio observacional prospectivo con inclusión consecutiva de pacientes a los que se les implantaba un *stent* liberador de paclitaxel (Taxus) en el laboratorio de hemodinámica de nuestro centro entre el 20 de mayo de 2004 y el 30 de junio de 2006. Se realizó un seguimiento de todos los pacientes desde la fecha del implante hasta el 31 de diciembre de 2017 para conocer la aparición de MACCE (acrónimo inglés, *Major Adverse Cardiovascular and Cerebrovascular Events*), definidos como infarto agudo de miocardio, ictus o muerte.

Resultados: Se incluyeron 300 pacientes, de los cuales, 24 se perdieron en el seguimiento, recopilándose todas las características en la tabla. La edad media de la población es 62,15 años, de los cuales, tan solo el 30% pertenecen al sexo femenino. El factor de riesgo cardiovascular más prevalente es la dislipemia (63%), seguido por la hipertensión arterial (55,3%) y la diabetes mellitus (42,3%). El seguimiento medio fue de 117,6 ± 2,8 meses. La incidencia de MACCE en el grupo de monoantiagregación con aspirina resultó significativamente menor (p 0,00001) como se muestra en la figura.

Características de los pacientes

Edad, años	62,15 ± 10,97
Sexo femenino, n (%)	92 (30,07)

Diabetes mellitus, n/total n (%)	127/300 (42,3)
Hipertensión, n/total n (%)	166/300 (55,3)
Dislipemia, n/total n (%)	189/300 (63)
Tabaquismo activo, n/total n (%)	71/300 (23,7)
Historia de IAM previo, n/total n (%)	51/300 (17)
Presentación clínica	
Angor Inestable, n/total n (%)	84/300 (28)
IAMSEST, n/total n (%)	181/300 (60,3)
IAMCEST, n/total n (%)	35/300 (11,7)
Fracción de eyección conservada, n/total n (%)	240/300 (80)
Número de vasos tratados	
1, n/total n (%)	174/300 (58)
2, n/total n (%)	102/300 (34)
3, n/total n (%)	24/300 (8)
Número de *stents* implantados	
1, n/total n (%)	120/300 (40)
2, n/total n (%)	95/300 (31,7)
3, n/total n (%)	63/300 (21)

4, n/total n (%)	16/300 (5,3)
5, n/total n (%)	4/300 (1,3)
6, n/total n (%)	2/300 (0,7)
Diámetro mínimo del *stent*, n (%)	
? 2,75 mm	138/300 (46)
> 2,75 mm	162/300 (54)
Longitud total de *stent*, mm	
25 mm	150/300 (50)
25-30 mm	34/300 (11,3)
> 30 mm	116/300 (38,7)

Conclusiones: La doble antiagregación más allá de 30 meses después de la colocación de un *stent* liberador de fármacos, en comparación con la terapia con aspirina sola, aumentó significativamente el riesgo de eventos mayores cardiovasculares y cerebrovasculares adversos.