Rev Esp Cardiol. 2020;73(Supl 1): 92

Revista Española de Cardiología

5002-9. CARACTERÍSTICAS ANGIOGRÁFICAS Y DEL INTERVENCIONISMO CORONARIO (ICP) EN PACIENTES CON INDICACIÓN DE TRATAMIENTO CON TRIPLE TERAPIA (TT) (DOBLE TERAPIA ANTIAGREGANTE MÁS UN ANTICOAGULANTE)

Sergio López Tejero, Eloísa Mariscal López, Carmen Martín Domínguez, Rafael Bravo Marqués, Almudena Valle Alberca, Juan F. Muñoz Bellido, Olga Sanz Vázquez, Marta Pombo Jiménez, Luis Antonio Íñigo García, Francisco Ruiz Mateas y Pedro Antonio Chinchurreta Capote

Hospital Costa del Sol, Marbella (Málaga).

Resumen

Introducción y objetivos: La cardiopatía isquémica (CI) y la fibrilación auricular (FA), son las dos entidades cardiovasculares más frecuentes en nuestro día a día. Su asociación aumenta y su tratamiento conjunto es objeto de optimización por los riesgos hemorrágicos y trombóticos que conllevan.

Métodos: Se realiza un estudio descriptivo de los pacientes ingresados en nuestro hospital por cardiopatía isquémica, con diagnóstico de fibrilación auricular previo o durante el ingreso, durante 2018/19. Se analiza la relación entre el motivo de ingreso, tipo de lesiones angiográficas y características del ICP, así como la aparición de eventos isquémicos y hemorrágicos durante seguimiento.

Resultados: 69 pacientes fueron analizados (tabla). El motivo principal de ingreso fue síndrome coronario agudo (SCA) sin elevación de ST (53,6%), seguido de angina estable de forma programada (30,4%). Un 42% se trató de una angioplastia de alto riesgo (TCI, lesiones proximales, multivasos con ADA incluida o disfunción sistólica). La mayoría de las lesiones fueron de novo (84,3%), con una tasa de trombosis del 10% y escaso porcentaje de reestenosis (4,3%) y oclusiones crónicas (1,4%). Los stents más usados fueros liberadores de drogas (DES) (92,8%), siendo sirolimus la más empleada (47,6%), en sus distintas variantes. En 60,3% de los casos fue necesario un solo stent. La longitud media empleada fue 29 ± 19 mm, con un diámetro medio de 2,7 ± 0,5 mm; solo en el 24,6% se solaparon stents. En un 5,4% se optó por manejo conservador/médico y en un 10% revascularización quirúrgica. La TT más usada fue AAS + clopidogrel + apixabán (31%), a dosis acorde a las guías en tiempo y dosis en un 78,3%. La incidencia de MACE fue 10 pacientes (14,5%): 2ACV, 3SCA y 5 muertes cardiovasculares, en un seguimiento de 368 ± 230 días. Registramos 10 sangrados, menores según la escala ISTH, y solo uno mayor. No encontramos diferencias en la tasa de eventos isquémicos o hemorrágicos según tipo de stent, tipo de droga o dosis/duración de TT.

Características de la cohorte	
Género (varón)	72,5%

Edad (años)	73,9 ± 7,4
HTA	75,4%
DM2	36,2%
HbA1c*	7,5 ± 2,6%
Dislipemia	52,2%
Tabaco	
No	44,9%
Exfumador	36,2%
Activo	18,8%
CHA2DS2-VASc	3,77 ± 1,51
HASBLED	2,53 ± 1,17
GRACE**	138,2 ± 31,5
CRUSADE**	39,3 ± 17,2
FEVI	
Conservada	63,8%
Levemente deprimida	18,8%
Moderadamente deprimida	10,1%
Gravemente deprimida	7,2%

*HBA1c control en pacientes con diagnóstico de DM2 **Escalas calculadas en ingresos por SCA,

Vasos diana y tipos de stent empleados.

Conclusiones: Al realizar ICP en un paciente que requiere TT, es necesario optimizar: qué tipo de stent utilizar y técnica de tratamiento intravascular, riesgo trombótico y hemorrágico, para seleccionar la mejor TT en tiempo y dosis. Su uso en nuestra serie es seguro, incluso siendo pacientes con alto riesgo de sangrado. Serían necesarios estudios con mayor potencia para objetivar si alguna estrategia/dispositivo son superiores al resto en este ámbito.