



6034-11. DIFERENCIAS EN EL PRONÓSTICO A LARGO PLAZO DE LOS PACIENTES CANDIDATOS A DOBLE ANTIAGREGACIÓN DOBLE ESTÁNDAR, PROLONGADA O ABREVIADA TRAS UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Alberto Cordero Fort¹, David Escribano Alarcón¹, José María García Acuña², Belén Álvarez Álvarez², Moisés Rodríguez Mañero², Rosa Agra Bermejo², Ana Belén Cid Álvarez², Vicente Bertomeu González¹, María Amparo Quintanilla Tello¹, María Dolores Masía Mondéjar¹, Marta Monteagudo Viana¹, José María López Ayala¹, M. Pilar Zuazola Martínez¹ y José Ramón González Juanatey²

¹Hospital Universitario San Juan de Alicante y ²Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, A Coruña.

Resumen

Introducción y objetivos: Actualmente existe evidencia para la doble antiagregación (DAPT) prolongada o abreviada tras el síndrome coronario agudo (SCA) en función del riesgo hemorrágico o isquémico aunque la estrategia más empleada es la de 12 meses.

Métodos: Incluimos todos los pacientes dados de alta tras un SCA entre 2 hospitales. Los pacientes se clasificaron en 3 grupos: 1) candidatos a DAPT abreviada si cumplían 1 criterio mayor o 2 menores para alto riesgo hemorrágico, según los criterios ARC-HBR de 2019; 2) candidatos a DAPT prolongada si no eran ARH y tenían SCA recurrente, revascularización coronaria multivaso complejas o diabetes; 3) DAPT estándar de 12 meses si no estuvieran incluidos en los 2 grupos anteriores. Las hemorragias mayores (HM) se registraron por la definición BARC 3 o 5.

Resultados: Incluimos 8.252 pacientes dados de alta tras un SCA, la edad media fue de 66,4 (12,9), el 27,5% eran mujeres y el 35,1% ingresaron por SCACEST. El 39% (3215 pacientes) fueron candidatos a DAPT abreviada, 3119 (37,8%) a DAPT prolongada y 1918 (23,2%) a DAPT de 12m. Tras el alta (mediana de 57 meses, rango IQ 22-79), la mortalidad fue del 21%, por causa cardiovascular 14,2%, el 49,1% tuvo alguna complicación cardiovascular mayor (MACE) y el 10% tuvo una HM. Los pacientes candidatos a DAPT abreviada o prolongada presentaron incidencias significativamente superiores de mortalidad, así como de MACE (fig.); por el contrario, la mayor tasa de HM solo aumentó en los pacientes candidatos a DAPT abreviada. El análisis multivariante demostró un mayor riesgo de HM (sHR: 2,84 IC95% 1,42-5,67; p = 0,003) solo en pacientes candidatos a DAPT abreviada. En cambio, los candidatos a DAPT abreviada tienen mayor riesgo de mortalidad por todas las causas (HR: 2,10 IC95% 1,55-2,85; p 0,01) y mortalidad cardiovascular (HR: 2,14 IC95% 1,41-3,25; p 0,01) y MACE (HR: 1,74, IC95% 1,50-2,02; p 0,01). Los pacientes candidatos a DAPT prolongada no presentaron mayor riesgo de mortalidad por cualquier causa (HR: 1,05 IC95% 0,78-1,41; p = 0,76) ni mortalidad cardiovascular (HR: 1,19 IC95% 0,79- 1,78; p = 0,412) y MACE (HR: 1,74 IC95% 1,09-1,35; p 0,027).



Conclusiones: Más de dos tercios de los pacientes dados de alta tras un SCA serían candidatos a DAPT diferente de 12 meses. Los pacientes candidatos a DAPT corta presentan mayor riesgo de HM, mortalidad y MACE, mientras que los candidatos a DAPT prolongada solo de MACE.