Rev Esp Cardiol. 2023;76(Supl 1): 356

Revista Española de Cardiología

4. SÍNDROME CORONARIO CRÓNICO Y DOBLE ANTIAGREGACIÓN; ¿PUDIMOS HACER ALGO MÁS? EXPERIENCIA DE UN CENTRO

Enrique Sánchez Muñoz[1], Javier Borrego Rodríguez[2], Carlos Minguito Carazo[3], Itsaso Larrabide Eguren[1], Javier Maíllo Seco[1], Samuel del Castillo García[1], Clea González Maniega[1], Rubén Bergel García[1], Irene García Toribio[1], Claudia Santos García[1], Maria Fernandez Garcia[1], Paula Cano García[1], Paula Menéndez Suárez[1], Miguel Rodríguez Santamarta[1] y Felipe Fernández Vázquez[1]

[1]Complejo Asistencial Universitario, León, España, [2]Hospital Alfredo Espinosa-Urduliz, Bilbao (Vizcaya), España y [3]Cardiología. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela (A Coruña), España.

Resumen

Introducción y objetivos: La duración de la doble antiagregación plaquetaria (DAPT) sigue en debate constante, y la dirección parece centrarse más en el riesgo hemorrágico de cada paciente. Aun así el perfil del paciente es el que determina la mejor estrategia a seguir. El objetivo del presente estudio fue analizar en una muestra de pacientes con síndrome coronario crónico, la incidencia de eventos hemorrágicos e isquémicos y la duración de la DAPT, así como si precisó ajuste de la misma.

Métodos: Se seleccionaron 203 pacientes de forma retrospectiva que ingresaron en nuestro centro entre mayo 2017 y septiembre de 2021 con el diagnóstico de síndrome coronario agudo (SCA). Recopilamos información epidemiológica, clínica y tratamiento farmacológico, y evaluamos la incidencia de eventos isquémicos y hemorrágicos (escala BARC) y si estos obligaron a la suspensión del tratamiento antiagregante. La escala PRECISE-DAPT se calculó en todos los pacientes.

Resultados: De los 203 pacientes, la edad media era de 61,2 ± 6,8 años. Durante el seguimiento medio a 60 meses, hasta 21 pacientes presentaron un nuevo SCA (10,3%). La edad media de estos paciente fue de 62,0 años y el tiempo medio desde el primer SCA hasta el segundo SCA fue de 22,8 meses. Solo 1 de los pacientes presentó el segundo SCA en el primer año. Del mismo grupo de pacientes, hasta en 7 pacientes hubo un episodio hemorrágico mayor (definido por BARC > 3), hasta el 50% fue un sangrado urológico (85% durante el primer año del seguimiento) (tabla). En todos ellos se suspendió el segundo antiagregante (en 6 era ticagrelor y en un paciente clopidogrel), durante un periodo medio de 33,4 días, siendo en 2 de ellos esta suspensión definitiva. No se objetivó ningún evento isquémico durante el seguimiento en este grupo. Estos pacientes fueron en su mayoría de sexo femenino (56%), edad > 75 años (100%) y SCACEST (76%) (figura). De los 7 pacientes con un episodio hemorrágico mayor, el 100% obtuvo una puntuación del score PRECISE-DAPT > 25.

Edad	61,2 ± 6,8 años
Sexo	81,9% varones

DM	6 (2,95%)
Dislipemia	19
Drogas	4 (8,1 % cocaína)
Fumadores	47,61 %
ReIAM	21 (10,3%)
Sangrado mayor	7 (50% Urológico, 26% colorrectal)
Muerte	3

Conclusiones: ¿La mejor estrategia? Un manejo individualizado. Podemos concluir que en pacientes seleccionados la estrategia de DAPT de corta duración será beneficioso, sin aparente repercusión en eventos isquémicos. Es fundamental un manejo específico por parte de las unidades de rehabilitación cardiaca para guiar a cada paciente, con escalas como PRECISE-DAPT como ayuda en la toma de decisiones del cardiólogo.