Rev Esp Cardiol. 2024;77 (Supl 1): 951

Revista Española de Cardiología

6041-259. DOBLE ANTIAGREGACIÓN PROLONGADA EN UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA EN FASE 3 EXTENDIDA TRAS UN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Sergi Aulet Manuel[1], Víctor Marcos Garcés[1], Héctor Merenciano González[1], M. Luz Martínez Mas[1], Josefa Inés Climent Alberola[2], María Valls Reig[1], Ana Arizón Benito[3], Alfonso Payá Rubio[2], Juan Sanchis Forés[1] y Vicente Bodí Peris[1]

[1]Cardiología. Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España, [2]Rehabilitación. Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España y [3]Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La doble antiagregación prolongada (DAPT-P) más allá de 12 meses tras un infarto agudo de miocardio (IAM) se recomienda en pacientes seleccionados. Existen numerosas escalas de riesgo para estimar el riesgo isquémico y hemorrágico y poder individualizar la toma de decisiones. En nuestro trabajo, analizamos los factores (incluyendo escalas de riesgo isquémico y hemorrágico) que se asocian con prescripción de DAPT-P en pacientes con IAM que se derivan a nuestro Programa de Rehabilitación Cardiaca (PRC).

Métodos: Incluimos prospectivamente a los pacientes con IAM con elevación del segmento ST (IAMCEST) o IAM oclusivo (OMI) que completaron la Fase 2 de nuestro PRC. Los pacientes se siguieron en Fase 3 extendida de nuestro PRC, programando una visita de seguimiento a los 12 meses tras el alta. Registramos las características clínicas basales y durante el seguimiento, así como el tratamiento a los 12 meses. Calculamos retrospectivamente escalas de riesgo isquémico (DAPT) y hemorrágico (PRECISE-DAPT y CRUSADE). Estudiamos los predictores de DAPT-P mediante un análisis univariado y una regresión logística binaria multivariada. Analizamos el modelo mediante un análisis de área bajo la curva (AUC) en curvas ROC. Consideramos una p 0,05 como estadísticamente significativa.

Resultados: La cohorte estuvo compuesta de 78 pacientes (media de edad de 61 ± 11 años, 84,6% varones). Las presentaciones más frecuentes de IAMCEST fueron anterior e inferior (43,6% y 47,4%, respectivamente). La DAPT-P fue prescrita en 39 (50%) pacientes más allá de los 12 meses tras el IAM. Las variables asociadas con la prescripción de DAPT-P fueron la hipertensión (HR 4,92 [1,37-17,68], p = 0,02), la diabetes mellitus (HR 5,13 [1,09-24,09], p = 0,04), la enfermedad multivaso (HR 5,54 [1,55-19,79], p = 0,008), y un diámetro de *stent* 3 mm (HR 5,46 [1,25-23,78], p = 0,02). El poder predictivo del modelo fue excelente (AUC 0,88 [0,8-0,96], p 0,001). Las escalas de riesgo isquémico y hemorrágico no se asociaron con la DAPT-P.

DAPT.

Conclusiones: En una cohorte en la vida real de pacientes con IAM sometidos a un PRC en Fase 3 extendida, se prescribió DAPT-P en la mitad de la población. Las variables clínicas (hipertensión y diabetes mellitus) y angiográficas (enfermedad multivaso y diámetro del *stent* 3 mm) se asociaron fuertemente con la probabilidad de recibir DAPT-P, a diferencia de las escalas de riesgo isquémico y hemorrágico.