



16. RESULTADOS CLÍNICOS DE LA DOBLE ANTIAGREGACIÓN PLAQUETARIA EN PACIENTES ESTRATIFICADOS POR PRECISE-DAPT Y DAPT-SCORE POSTERIOR A LA INTERVENCIÓN CORONARIA PERCUTÁNEA POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Carlos Eduardo Vergara Uzcátegui¹, Víctor Hugo Moreno Munguía¹, Breda Hennessey¹, Rafael Sánchez del Hoyo², Jorgelys González Rojas³, Pablo Salinas Sanguino¹, Luis Nombela Franco¹, Nieves Gonzalo López¹, Pilar Jiménez Quevedo¹, Hernán David Mejía Rentería¹, Javier Escaned Barbosa¹, Fernando Macaya Ten¹, Antonio Fernández Ortiz¹, Carlos Macaya Miguel¹ e Iván Núñez Gil¹

¹Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España, ²Unidad de Apoyo Metodológico a la Investigación. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España y ³Facultad de Medicina. Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela.

Resumen

Introducción y objetivos: La duración óptima de la doble antiagregación plaquetaria (DAPT) sigue siendo controversial. Se han validado varios puntajes para predecir eventos hemorrágicos tanto en los primeros meses posteriores a la intervención coronaria percutánea (ICP) como a más largo plazo. Nuestro estudio buscó si la duración de la DAPT del paciente se correspondía con la recomendación según la puntuación PRECISE-DAPT o DAPT-score aplicadas ambas después de la ICP de ingreso por síndrome coronario agudo (SCA). Además, evaluamos los eventos cardiovasculares mayores (MACE) y hemorrágicos a largo plazo en aquellos pacientes con duraciones de DAPT concordantes y discordantes.

Métodos: Se evaluaron 750 pacientes con SCA. Se evaluó el perfil de riesgo isquémico y hemorrágico con ambas escalas, los pacientes se agruparon en grupos dicotómicos según las puntuaciones de las escalas y se subclasificaron en dos grupos según la duración de la DAPT: 13 meses.

Resultados: Los pacientes con PRECISE-DAPT 13 meses presentaron mayores tasas de nueva revascularización (3,9 vs 8,4%), sin diferencias en MACE, eventos isquémicos o hemorrágicos. Entre los pacientes del grupo del DAPT-score, aquellos con una puntuación 13 meses tuvieron una mayor incidencia no ajustada de MACE (11,4% frente a 21,8%), reingreso por angina (2% frente a 7,9%), nueva revascularización (3,7 vs 8,7%) y TVR (0,4 vs 5,9%). El modelo de riesgos proporcionales de Cox mostró que los pacientes con DAPT > 13 meses tenían un mayor riesgo de MACE (HR 1,78, IC95% 1,02-3,11, p = 0,043), reingreso por angina (HR: 4,18, IC95%: 1,37 -12,79, p = 0,012), nueva revascularización (HR 12,95, IC95% 2,76-60,86, p = 0,001) y TVR (HR 17,80, IC95% 2,12-149,57, p = 0,008). El índice de concordancia Kappa de 0,31 sugirió baja concordancia entre escalas.

Conclusiones: En pacientes con SCA tratados con DAPT después de la ICP, la aplicación del PRECISE-DAPT y DAPT-score al ingreso, puede dar lugar a recomendaciones contradictorias sobre la duración de la DAPT. Los pacientes con DAPT-score 13 meses de DAPT fueron más propensos a MACE, reingreso por angina, nueva revascularización y TVR. Los pacientes con PRECISE-DAPT 13 meses tuvieron tasas de nueva revascularización más altas. No hubo diferencias en eventos de sangrado en todos los grupos.