



## 5009-3. PRONÓSTICO A LARGO PLAZO DEL MANTENIMIENTO DE LA DOBLE TERAPIA ANTIAGREGANTE EN UNA COHORTE DE PACIENTES CONSECUTIVOS CON IAMEST

Helena Tizón-Marcos<sup>1</sup>, Andrea Toloba<sup>2</sup>, Isaac Subirana Cachinero<sup>2</sup>, Roberto Elosua Llanos<sup>2</sup>, Alessandro Sionis Green<sup>3</sup>, Francisco Fernández-Avilés<sup>4</sup>, Héctor Bueno Zamora<sup>4</sup>, Andrés Carrillo Alcaraz<sup>5</sup>, Antonio Bayés Genís<sup>6</sup>, Pedro L. Sánchez<sup>7</sup>, M. Mercè Roqué Moreno<sup>7</sup>, Laia Milà<sup>8</sup>, Ane Elorriaga Madariaga<sup>9</sup>, Jéssica Vaquero Luna<sup>10</sup>, Daniel Fernández Bergés<sup>11</sup>, Daniel Bosch<sup>12</sup>, Javier Alameda<sup>13</sup>, Julio Martí Almor<sup>14</sup>, Manuel Jiménez Navarro<sup>15</sup>, Manuel Jiménez Navarro<sup>15</sup>, Luis Martínez<sup>16</sup>, Juan Sanchís<sup>17</sup>, Juan Sanchís<sup>17</sup>, Esther Sánchez<sup>18</sup>, Catalina Rubert<sup>19</sup>, Luis Ruiz Valdepeñas<sup>20</sup>, Marcos Rodríguez<sup>21</sup>, Íñigo Lozano<sup>22</sup>, Emad Abu Assi<sup>23</sup>, Vicente Bertomeu González<sup>24</sup> y Jaume Marrugat de la Iglesia<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital del Mar, Barcelona, <sup>2</sup>Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM), Barcelona, <sup>3</sup>Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, <sup>4</sup>Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, <sup>5</sup>Hospital Son Espases, Palma de Mallorca, <sup>6</sup>Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona), <sup>7</sup>Hospital Clínic, Barcelona, <sup>8</sup>Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, <sup>9</sup>Hospital Universitario de Basurto, Bilbao, <sup>10</sup>Hospital Universitario Araba-Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz, Álava, <sup>11</sup>Unidad de Investigación, Hospital Don Benito-Villanueva, <sup>12</sup>Department of Cardiology, Hospital Universitari Doctor Josep Trueta, Girona, <sup>13</sup>Cardiología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, <sup>14</sup>Department of Cardiology, Hospital del Mar, Barcelona, <sup>15</sup>Cardiology Department, Virgen de la Victoria University Hospital, Málaga, <sup>16</sup>Hospital Universitario La Fe, Valencia, <sup>17</sup>Cardiology Department, Hospital Clínico Universitario, INCLIVA, Universitat de València, <sup>18</sup>Department of Cardiology, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, <sup>19</sup>Hospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca, <sup>20</sup>Hospital General Universitario de Ciudad Real, <sup>21</sup>Department of Cardiology, Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, <sup>22</sup>Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, <sup>23</sup>Complejo Hospitalario Universidad de Santiago y <sup>24</sup>Department of Clinical Medicine, Miguel Hernandez University, Alicante.

## Resumen

**Introducción y objetivos:** La duración de la doble terapia antiagregante (DAPT) después de un infarto con elevación del segmento ST (IAMEST) es todavía incierta.

**Métodos:** Analizamos el efecto de la DAPT sobre la mortalidad por cualquier causa, mortalidad cardiovascular y el combinado de reingreso por motivo cardiovascular y mortalidad, al año y a los cinco años en una cohorte prospectiva multicéntrica de pacientes con IAMEST.

**Resultados:** De un total de 3.591 pacientes con IAMEST, se consiguió seguimiento de 3,107 pacientes. Al alta hospitalaria el 93% recibió DAPT. A los 5 años, el 9,5% de los pacientes mantenía la DAPT. La mortalidad cardiovascular de los pacientes con antiagregación simple (SAPT) vs DAPT al año fue del 5,0 vs 1,9% (p 0,032) y a los cinco años 1,4 vs 3,6% (p 0,01), respectivamente. La mortalidad no-cardiovascular fue del 4,1 vs 2,3% (p = 0,207) al año y 3,3 vs 5,8% (p = 0,049) a los cinco años, respectivamente. La tasa del evento combinado (reingreso cardiovascular + mortalidad) a un año fue del 14,6% en SAPT vs 11,8% en DAPT (p = 0,496), y del 11,4 vs 46,5% (p 0,001) a los cinco años, respectivamente. La DAPT se asoció con menor mortalidad por cualquier causa al año (HR: 0,53, IC95%: 0,28-0,98), comparado con SAPT, independientemente de la edad o sexo. Sin embargo, el mantenimiento de la DAPT hasta los 5 años se asoció de forma independiente a mayor mortalidad por cualquier causa (HR: 2,16, IC95%: 1,40-3,33), mayor mortalidad cardiovascular (HR: 2,83, IC95% 1,37-5,84) y mayor rehospitalización cardiovascular y mortalidad (HR: 5,20, IC95%: 3,96-6,82).

**Conclusiones:** El mantenimiento de la DAPT hasta los cinco años en pacientes con IAMEST está asociado con peor pronóstico que la SAPT. La DAPT restringida al primer año está asociada a mejor pronóstico post-IAMEST.