



5029-7. ANÁLISIS DE PREDICTORES DE POSITIVIDAD DE UNA NUEVA ESCALA DE RIESGO-BENEFICIO PARA PROLONGAR LA DOBLE ANTIAGREGACIÓN PLAQUETARIA MÁS ALLÁ DE 12 MESES TRAS SÍNDROME CORONARIO AGUDO REVASCULARIZADO PERCUTÁNEAMENTE

Jeremías Bayón Lorenzo, Pablo Sueiro-García, Melisa Santás-Álvarez, Rafael Vidal-Pérez, Andrea López López, Alberto Pérez Pérez, Raymundo Ocaranza-Sánchez y Carlos González-Juanatey del Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo.

Resumen

Introducción y objetivos: La duración de la doble antiagregación plaquetaria (DAP) es un tema controvertido tras revascularización percutánea en el contexto del síndrome coronario agudo (SCA). Actualmente las guías eEuropeas de cardiología recomiendan con nivel I mantener la DAP, salvo contraindicación, 12 meses y con un nivel IIb, podría extenderse más allá de 12 meses solo tras evaluación del riesgo hemorrágico-isquémico.

Métodos: Se aplica la escala DAP (tabla) en una muestra retrospectiva de pacientes ingresados en 2015 por SCA con seguimiento hasta enero 2017. Se clasifican los pacientes entre aquellos que podrían beneficiarse de DAP prolongada en el tiempo (puntuación = 4) y aquellos que no (puntuación < 4). Se analiza mediante regresión logística los parámetros de la escala.

Resultados: Se estudiaron 376 pacientes ($68,2 \pm 12,7$ años), 282 varones (75%), con antecedentes de HTA 254 (68,6%), diabetes 137 (37%), dislipemia 261 (70,5%), tabaquismo 193 (52,2%), CI previa 126 (34,1%), ICP previa 101 (27,3%), cirugía revascularización 17 (4,6%), insuficiencia renal FGR 45 36 (9,7%). La presentación del SCA fue: angina inestable en 86 casos (23,8%), SCASEST tipo IAM no Q en 158 (43,6%) y SCACEST en 118 (32,6%). Se realizó tratamiento intervencionista en el 78,3% de los pacientes y 81 pacientes tenían puntuación = 4 (21,5%). Éstos mostraban menos reinfarto 14,3% en puntuación 4 frente a 3,5% puntuación < 4 ($p = 0,005$) y reingresos 33,7 frente a 15%, ($p = 0,005$), sin diferencias significativas en el ACV isquémico, hemorragia TIMI mayor ni muerte durante el seguimiento. Al analizar predictores independientes de la escala (tabla) se obtuvo significación estadística en factores de riesgo isquémico: antecedentes de SCA (OR = 3,5), ICP previa o cirugía de revascularización coronaria (OR = 3,9), diabetes (OR = 21,2) y en factores de revascularización percutánea: Más de 2 *stent* en 1 vaso/más de 2 vasos distintos tratados (OR = 12,3), *stents* > 30 mm (OR = 21,2), *stents* 2,5 mm de diámetro, (OR = 15,3) *stents* bioabsorbibles (OR 20,4) y tratamiento de tronco coronario izquierdo (TCI) (OR = 8,6)

Presentación de escala riesgo-beneficio de prolongar la DAP más allá de 12 meses y análisis multivariable de predictores independientes de puntuación positiva. (puntuación = 4)

OR

IC95%

p

Inferior	Superior				
1. Edad ^b	1 punto si se cumple el supuesto	5,13	0,35	75,84	0,23
2. Riesgo hemorrágico	1 punto y se han de cumplir los 3 supuestos				
2A. No antecedente de ingresos por hemorragia		0,0	0,0		
2B. No necesidad de anticoagulación					
2C. No antecedentes de ACV hemorrágico					
3. Riesgo isquémico	1 punto si se cumple al menos uno de los supuestos:				
3A. SCA previo		3,47	1,09	11,05	0,04
3B. ICP o cirugía revascularización previa		3,93	1,06	14,64	0,04
3C. Diabetes mellitus		21,2	7,13	63,09	0,001
3D. Insuficiencia renal con FGR 45		0,97	0,23	3,99	0,97
3E. FEVI 35%		1,30	0,31	5,47	0,72
4. Factores revascularización percutánea	1 punto si se cumple al menos uno de los supuestos:				
4A. Más de 2 <i>stents</i> en un solo vaso o en vasos distintos		12,25	4,58	32,77	0,001
4B. <i>Stents</i> mayores de 30 mm		21,17	7,23	61,99	0,001
4C. <i>Stents</i> de diámetro menor de 2,5 mm		15,34	3,42	68,87	0,001

4D. Bifurcación con más de 2 <i>stents</i>	1,37	0,3	6,30	0,68
4E. <i>Stents</i> bioabsorbibles	20,37	2,41	171,96	0,006
4F. Tratamiento de TCI	8,62	1,59	46,81	0,013

^bEdad menor de 80 años o mayor de 80 años si lleva *stents* liberadores de fármaco. ACV: accidente cerebrovascular; SCA: síndrome coronario agudo; OR: odds ratio; ICP: intervención coronaria percutánea, TCI: tronco coronario izquierdo, FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo, IC95% intervalo de confianza del 95%

Conclusiones: Presentamos una escala que discrimina pacientes con más reingresos y reinfartos en el seguimiento sin más complicaciones hemorrágicas ni mortalidad. Los parámetros predictores independientes de la escala son de carácter isquémico: antecedentes de IAM previo o revascularización previa percutánea o quirúrgica, la diabetes y parámetros intervencionistas: múltiples *stents* implantados, *stents* largos, *stents* de pequeño diámetro, *stents* bioabsorbibles o tratamiento de TCI.