



6052-652. ¿SE CUMPLEN EN LA VIDA REAL LAS RECOMENDACIONES EN PACIENTES CON TRIPLE TERAPIA ANTITROMBÓTICA?

Laura Espinosa Pinzón, Sergio Huertas Nieto, Maria Melendo-Viu, Rafael Salguero-Bodes, Roberto Martín-Asenjo, Guillermo Alonso-Deniz, Francisco Galván Román y Fernando Arribas Ynsaurriaga del Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: El intervencionismo coronario percutáneo (ICP) en pacientes con indicación de ACO supone un desafío al plantear la necesidad de triple terapia antitrombótica (TTA), cuya duración debe establecerse tras evaluación individualizada atendiendo a escalas de riesgo según proponen las guías clínicas. El objetivo fue evaluar el grado de fidelidad a las recomendaciones de guías clínicas al alta hospitalaria en pacientes con TTA en un hospital terciario.

Métodos: Estudio de cohorte prospectivo aprobado por comité ético del Centro. Se incluyeron de forma consecutiva todos los pacientes con indicación de ACO sometidos a (ICP) en un periodo de 4 meses. Tras firma de consentimiento se incluyeron variables clínicas y de prescripción en una base de datos, analizada con STATA v14.

Resultados: Se incluyeron 28 pacientes ($76,16 \pm 10,6$ años; 75%V). 68% tenían indicación previa de ACO. El 90% de ICP realizadas fueron por SCA. El riesgo hemorrágico y trombótico estimado fue elevado, con HAS-BLED ? 3 en el 71% y CHA₂DS₂-VASc ? 2 en el 93%. Se indicó al alta acenocumarol al 69% de los pacientes y rivaroxaban al 21%. Se antiagregó con AAS y clopidogrel en todos. Se analizó el plan terapéutico propuesto en el informe de alta (duración prevista de cada fármaco). Coincidió con la propuesta recogida en la guía europea más reciente de manejo de TTA en SCASEST en solo el 16% de casos. En pacientes con riesgo hemorrágico más bajo se prescribió el segundo antiagregante durante más tiempo del indicado por las guías en el 87% de casos. La mayor fuente de desacuerdo se encontró en los pacientes con HAS-BLED ? 3, pautándose doble antiagregación durante más tiempo del recomendado en el 65%, y en un 5% menos del recomendado. En un 5% no se especificó claramente la duración del segundo antiagregante.

Conclusiones: En nuestro entorno, a un porcentaje significativo de pacientes con indicación de TTA tras ICP se les prescribe un régimen terapéutico diferente del propuesto en las guías más actuales, destacando la frecuente prolongación de la duración de la doble antiagregación en pacientes con alto riesgo hemorrágico, y el empleo de anticoagulantes de acción directa poco estudiados en el contexto de TTA. El tamaño muestral ha de considerarse al evaluar los resultados.