



Revista Española de Cardiología



6011-173. DOBLE ANTIAGREGACIÓN EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO. ¿HASTA CUÁNDO?

Mercedes Merchán Cuenda, Bruno Limpo Bengla, Martínez Carapeto Ana María, Marta Lledó Gómez, Antonio Chacón Piñero, Inmaculada Gómez Sánchez, Dante Paul Agip Fustamante y Juan Manuel Nogales Asensio del Hospital Universitario Infanta Cristina, Badajoz.

Resumen

Introducción y objetivos: La doble antiagregación plaquetaria (DAP) es actualmente la terapia de elección en pacientes con síndrome coronario agudo (SCA), siendo recomendada durante un año si no hay contraindicación. Algunos estudios sugieren que disminuir el tiempo de DAP es seguro, mientras otros optan por prolongarlo. Nuestro objetivo fue analizar la evolución de los pacientes con SCA, según la duración de DAP.

Métodos: Analizamos 984 pacientes dados de alta de nuestro centro de forma consecutiva por SCA (con elevación del ST, o sin elevación del ST, con elevación de marcadores miocárdicos o alteraciones dinámicas del ST). Analizamos los eventos isquémicos mayores, EIM (muerte, infarto, ictus, trombosis del *stent* o nueva ICP) a largo plazo (> 12 meses entre los pacientes que no presentaron eventos durante el primer año tras el alta), según la duración de DAP (convencional, 12 meses, o prolongado, > 12 meses).

Resultados: Fueron dados de alta 608 pacientes por SCASEST (61,8%) y 376 pacientes por SCAEST (38,2%). Al alta, el 67% mantuvo DAP de forma prolongada. 605 pacientes completaron el primer año de seguimiento sin sufrir ningún EIM. La media de seguimiento clínico tras el primer año en estos pacientes fue de 22 meses. La mortalidad por cualquier causa fue de 6,9%, siendo menor entre los pacientes con DAP prolongado (5 frente a 17%; $p = 0,001$). El número de EIM también fue inferior en el subgrupo con DAP prolongado (12,5 frente a 25%; $p = 0,002$). Aplicando la escala de riesgo GRACE, la puntuación intrahospitalaria se asoció al número de eventos tras el primer año (GRACE bajo: 4,5%; GRACE moderado: 10,4%; GRACE alto: 23%; $p = 0,001$). El número de hemorragias fue similar independientemente de la pauta de tratamiento utilizada. La puntuación GRACE al ingreso (HR: 1,02; IC95%: 1,01 a 1,02; $p = 0,001$) y la duración de DAP más allá de los 12 meses (HR: 0,59; IC95%: 0,35 a 1,0; $p = 0,05$) se asociaron independientemente a la tasa de EIM durante el seguimiento a partir de los 12 meses.

Características basales y eventos durante el seguimiento según la duración de DAP

	Todos (N = 984)	DAPT 12 meses (N = 157)	DAPT >12 meses (N = 827)	p
Edad	64,5 ± 1,8	69,02 ± 13,2	63,31 ± 12,3	0,001

Sexo masculino	758 (77,0%)	122 (77,7%)	635 (77,0%)	0,918
HTA	578 (58,7%)	106 (67,5%)	468 (56,7%)	0,012
DM	280 (28,5%)	49 (31,2%)	231 (27,9%)	0,404
SCASEST	608 (61,8%)	84 (53,5%)	524 (63,5%)	0,020
Pacientes sin eventos en el primer año:				
	Todos (N = 605)	DAA 12 m (N = 88)	DAA > 12 m (N = 481)	p
Sexo masculino	473 (37,2%)	73 (83,0%)	373 (77,5%)	0,231
GRACE	143,3 ± 31,1	151,8 ± 29,2	141,5 ± 31,2	0,010
CRUSADE	23,8 ± 11,5	27,5 ± 13,4	23,0 ± 10,7	0,019
Muerte	39 (6,4%)	15 (17,0%)	24 (5,0%)	0,001
Infarto	19 (3,1%)	5 (5,7%)	14 (2,9%)	0,183
Trombosis <i>stent</i>	3 (0,5%)	0	3 (0,5%)	1,000
Ictus isquémico	12 (2,0%)	3 (3,4%)	9 (1,9%)	0,356
Nueva ICP	22 (3,6%)	4 (4,5%)	18 (3,7%)	0,719
EIM	82 (13,6%)	22 (25,0%)	60 (12,5%)	0,002
Ictus hemorrágico	2 (0,3%)	1 (1,1%)	1 (0,2%)	0,176
Hemorragia grave	16 (2,6%)	3 (3,4%)	13 (2,7%)	0,712

Conclusiones: La DAP prolongada parece asociarse a menor tasa de EIM más allá del primer año sin asociarse a mayor incidencia de sangrado. La puntuación GRACE puede ser útil para seleccionar a aquellos pacientes que pueden beneficiarse de DAP prolongada.