



## 5025-7. EVENTOS MÁS ALLÁ DEL AÑO TRAS UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN LA VIDA REAL

Dante Paul Agip Fustamante, Javier Pérez Cervera, José Carlos Fernández Camacho, Eladio Galindo Fernández, Marta Lledó Gómez, Elena Gálvez Ríos, Antonio Chacón Piñero y Juan Manuel Nogales Asensio, del Hospital Universitario Infanta Cristina, Badajoz.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La doble antiagregación plaquetaria durante un año tras un síndrome coronario agudo (SCA) ha demostrado disminuir la incidencia de eventos isquémicos en esta población. Pocos son los estudios que evalúen la incidencia de eventos isquémicos más allá del año. Nuestro objetivo fue estudiar la evolución a largo plazo, más allá del año tras el SCA, de estos pacientes.

**Métodos:** Estudiamos de forma prospectiva 1.464 pacientes dados de alta tras un SCA, de forma consecutiva, en nuestro centro que habían completado el ingreso hospitalario sin complicaciones isquémicas ni hemorrágicas. De ellos, analizamos 944 pacientes (450 con SCASEST y 494 con SCAEST) que completaron el primer año de seguimiento sin eventos isquémicos (muerte, infarto, ictus isquémico o nueva revascularización) ni hemorrágicos. Seguimiento medio tras el alta de 30,8 meses.

**Resultados:** La edad media fue  $64,0 \pm 12,7$  años. El 25,4% eran mujeres. El 29,4% tenían diabetes, el 57,9% hipertensión arterial y el 44,5% hiperlipidemia. En 917 pacientes (97,1%) se realizó coronariografía durante la fase hospitalaria y, de estos, en 836 pacientes (91,2%) se realizó ICP (en el 82,2% con *stent* liberador de fármaco). El 42,1% de los pacientes fue dado de alta con nuevos antiagregantes (ticagrelor o prasugrel) mientras que el 57,9% fue dado de alta con el clopidogrel. La media de la duración del tratamiento antiagregante doble fue de  $11,6 \pm 7,3$  meses. Durante el seguimiento tras el año del SCA se produjeron 51 muertes (2,1 por 100 pacientes-año), 25 infartos (1 por 100 pacientes-año), 17 ictus isquémicos (0,7 por 100 pacientes-año), 41 nuevas revascularizaciones (1,7 por 100 pacientes-año). Los eventos isquémicos mayores (muerte, infarto, ictus o nueva revascularización) se produjeron en 108 pacientes (4,6 por 100 pacientes-año) mientras que las hemorragias mayores (BARC 3) se produjeron en 16 pacientes (0,7 por 100 pacientes-año). Las variables que se asociaron de forma independiente a la tasa de eventos se muestran en la tabla.

Evento	Nº	Tasa de eventos (x100 pacientes-año)	Variables predictoras (Cox)
Muerte	51	2,1	GRACE (HR: 1,02; IC95%: 1,01 a 1,03; p 0,001)

IAM	25 1,0	HTA (HR: 2,37; IC95%: 0,94 a 5,99; p = 0,050)
ACV isquémico	17 0,7	Edad (HR: 1,07; IC95%: 1,03 a 1,12; p = 0,002)
ACV hemorrágico	4 0,2	NP
Trombosis <i>stent</i>	2 0,1	NP
Nueva ICP	30 1,2	Edad (HR: 0,95; IC95%: 0,92 a 0,98; p = 0,001)
Cirugía coronaria	11 0,5	DM (HR: 2,06; IC95%: 1,03 a 4,12; p = 0,042)
		HTA (HR:1,7; IC95%: 1,1 a 2,7; p = 0,016)
		CI previa (HR:1,6; IC95%: 1,1 a 2,5; p = 0,019)
Muerte/IAM/ACV isquémico/Nueva revasc.	108 4,6	Edad (HR: 1,02; IC95%: 1,01 a 1,04; p = 0,036)
		Hb al ingreso (HR: 1,01; IC95%: 1,01 a 1,02; p = 0,030)
Hemorragia mayor (BARC 3)	16 0,7	Edad (HR: 1,05; IC95%: 1,02 a 1,09; p = 0,001)

**Conclusiones:** Los pacientes que han presentado un SCA presentan un alto riesgo evolutivo que persiste más allá del año de seguimiento. La tasa de eventos isquémicos mayores supera el de hemorragias mayores en estos pacientes.