Rev Esp Cardiol. 2021;74(Supl 1): 262

Revista Española de Cardiología

6013-2. ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE LA INDICACIÓN DE LA DOBLE ANTIAGREGACIÓN PROLONGADA Y SITUACIÓN ACTUAL

Alejandro Gadella Fernández, Álvaro Serrano Blanco, Carlos de Cabo Porras, Esther Gigante Miravalles, Alejandro Cabello Rodríguez, María Cristina Morante Perea y Belén Santos González

Servicio de Cardiología, UIP-CCD, Hospital Universitario de Toledo.

Resumen

Introducción y objetivos: La doble antiagregación es uno de los pilares más importantes de la terapia farmacológica tras sufrir un evento coronario agudo. En las guías europeas de 2018 ya se planteaba un escenario donde la prolongación (DAPT) por encima del año de la doble terapia antiagregante podía tener un papel en la prevención de nuevos eventos. En las guías de 2020 del SCASEST (síndrome coronario agudo sin elevación del ST) entra como recomendación IIA la extensión de la doble antiagregación en pacientes con alto riesgo isquémico sin riesgo hemorrágico significativo. El objetivo de este estudio es revisar el estado actual de la doble antiagregación prolongada según las indicaciones más recientes y el perfil de riesgo de los pacientes que han sufrido un SCA (síndrome coronario agudo).

Métodos: Se incluyeron 100 pacientes ingresados por un síndrome coronario agudo en un periodo comprendido entre diciembre de 2019 y enero de 2020. Se recogieron los datos clínicos necesarios para establecer el riesgo hemorrágico y riesgo isquémico, así como los eventos sufridos posteriormente en el primer año con la doble antiagregación y el régimen de antiagregación usado. Se realizó análisis estadístico con la herramienta SPSS Statistics.

Resultados: Se observó que la indicación de doble antiagregación prolongada según las últimas recomendaciones se podría aplicar en un 64% de los pacientes (20% con indicación IIA-riesgo alto; 44% con indicación IIB-riesgo moderado). De estos, solo un 28% (18) tenían un segundo antiagregante pautado al año. La distribución de este segundo antiagregante predominaba la dosis de ticagrelor 90 (38%) seguido de clopidogrel 75 (33%) y posteriormente ticagrelor 60 y prasugrel 10 (11% cada uno). En relación con el riesgo hemorrágico, 34% de los pacientes recogidos presentaban un alto riesgo hemorrágico. De estos, el 47% estaban con antiagregación simple; 15% con ticagrelor 90; 15% con clopidogrel 75 y 8% con ticagrelor 60. Se documentaron un total de 7 eventos mayores, 4 de ellos isquémicos y 3 hemorrágicos.

Conclusiones: Se ha objetivado que el perfil de alto riesgo isquémico que se beneficiaria de la DAPT es de relativa frecuencia (64%) y sin embargo, la reevaluación a los doce meses sugiere una falta de integración en la práctica clínica (28%). El riesgo hemorrágico es considerado en el manejo dado que el 47% de los pacientes estuvieron tratados durante el primer año con clopidogrel 75.