Rev Esp Cardiol. 2021;74(Supl 1): 1038

Revista Española de Cardiología

6047-9. ¿INDIVIDUALIZAMOS LA DAPT?: LA PUNTA DEL ICEBERG

Enrique Sánchez Muñoz, Javier Borrego Rodríguez, Clea González Maniega, Rubén Bergel García, Carlos Minguito-Carazo, Silvia Prieto González, Julio Echarte-Morales, Itsaso Larrabide Eguren, Claudia Santos García, Irene Toribio García, Javier Maíllo Seco, Paula Menéndez Suárez, Alba Martín Centellas, Carlos Galán Fariña y Felipe Fernández Vázquez

Servicio de Cardiología, Complejo Asistencial Universitario de León.

Resumen

Introducción y objetivos: La doble antiagregación plaquetaria (DAPT) en prevención secundaria tras un evento agudo isquémico es un tema en debate constante y permanente revisión. En las últimas guías de síndrome coronario crónico se plantea la posibilidad de prolongar más allá de los 12 meses en pacientes con un alto riesgo isquémico. El objetivo de este estudio fue evaluar la existencia de criterios de prolongación de doble antiagregación plaquetaria en una muestra de pacientes con alto riesgo isquémico tras un infarto agudo con elevación del segmento ST.

Métodos: Estudio observacional, unicéntrico, retrospectivo de 101 pacientes ingresados con síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST) menores de 40 años. Se identificaron aquellos enfermos con alto riesgo isquémico, siendo este definido tras cumplir estos 1 o más de las siguientes variables: diabetes mellitus con tratamiento médico, enfermedad multivaso, revascularización con múltiples *stents*, enfermedad renal crónica o reinfarto. Se analizó en este grupo la prolongación o no de la DAPT más allá de los 12 meses, así como el desarrollo de nuevos eventos cardiovasculares.

Resultados: Se identificaron 37 pacientes con alto riesgo isquémico (91,9% varones, edad media: 38) (tabla). Durante el seguimiento se observaron hasta 9 re-IAM, coincidiendo todo ellos en pacientes con mayor riesgo isquémico y tras el abandono del segundo antiagregante (fig.). De los mismos, todos los pacientes estuvieron con DAPT doce meses. Solo en 2 pacientes, dentro de la cohorte, coincidiendo con el grupo de pacientes con alto riesgo isquémico, se realizó una estrategia de más de 12 meses de prolongación de la terapia de doble antiagregación. En el seguimiento, ninguno tuvo episodios de hemorragia mayor (definido por la escala BARC), ni ningún nuevo evento isquémico hasta fecha de hoy.

Edad media	38 (36,40)
Sexo	34 (91,9% varones)
DM	6 (16,2%)
HTA	7 (18,9%)

Dislipemia	19 (51,4%)
Fumadores	31 (83,8%)
Drogas	3 (8,1% cocaína)
Deportistas	1 (2,7%)
Obesos	7 (18,9%)
ERC	1 (2,7%)
ACV previo	3 (8,1%)
DAPT prolongada	1 (2,7%)
REIAM	9 (24,3%)
Muertes	3 (8,3%)

Conclusiones: Las últimas guías de síndrome coronario crónico inciden en la importancia de la individualización de los pacientes a la hora de optar por una estrategia de doble antiagregación prolongada o no. En nuestro estudio se observa, que aún siendo un número considerable de pacientes con criterios de alto riesgo, actualmente la decisión de adoptar este manejo está siendo excepcional. Extrapolar las recomendaciones de estas guías sigue suponiendo a día de hoy todo un reto en la práctica hospitalaria.