



MEDICINA No hay acuerdo claro sobre la duración de la doble terapia antiagregante

Varios estudios presentados en el congreso anual de la American Heart Association (AHA), que se está celebrando en Chicago, discrepan sobre el tiempo óptimo de duración de la terapia

antiplaquetaria dual tras intervencionismo coronario percutáneo. Dos de ellos coinciden en que basta con seis meses; otro más amplio indica lo contrario. Individualizar parece ser la clave. **P. 8**



AHA 2014 Cuál es el tiempo óptimo de duración de la doble terapia antiagregante tras una intervención percutánea coronaria ha sido uno de los temas más debatidos en el congreso americano de cardiología, en Chicago

Individualizar es clave en la terapia antiplaquetaria dual

MADRID
REDACCIÓN
soniamb@diariomedico.com

La terapia antiplaquetaria doble o dual (en esencia, ácido acetil salicílico más algún fármaco de la familia de las tienopiridinas) ha mejorado el control del síndrome coronario agudo tras un intervencionismo coronario percutáneo; pero, ¿cuáles son sus riesgos y beneficios? ¿Cuánto tiempo debería mantenerse tras la implantación del *stent* farmacoactivo? Sobre estas cuestiones aún por resolver de la doble terapia antiagregante (DAPT) han girado varios estudios en la reunión científica de la AHA (American Heart Association), que se celebra estos días en Chicago.

Dos ensayos multicéntricos europeos han comparado los beneficios clínicos de prolongar o no la terapia. En concreto, el ensayo *ISAR-SAFE*, presentado por Stefanie Schüpke, del Centro Cardiaco Alemán en Múnich (Alemania), concluye, de acuerdo a lo observado en más de 4.000 pacientes, que el tratamiento antiagregante (clopidogrel y ácido acetil salicílico) durante seis meses logra los mismos beneficios clínicos que si se mantiene un año.

El otro estudio, *Italic*, obtenía resultados similares en unos 1.900 pacientes, al prolongar la terapia durante 24 meses, también frente a los seis meses, según lo expuesto por uno de los autores del trabajo, Martin



Laura Mauri.

Gillard, de la Universidad Brest (Francia).

No obstante, el número de pacientes reclutados en ambos trabajos se queda corto para emitir una recomendación rotunda, sobre todo cuando otro trabajo de mayores dimensiones parece contradecir las conclusiones anteriores. Así, el ensa-

yo *DAPT*, presentado en sesión plenaria coincidiendo con su publicación en *The New England Journal of Medicine*, ha analizado a 9.961 pacientes que recibieron la terapia antiplaquetaria dual (clopidogrel o prasugrel más aspirina) bien durante doce meses tras la intervención percutánea o bien 18 meses más; todos los pacientes analizados continuaron tomando aspirina los 30 meses.

Laura Mauri, del Hospital Brigham and Women, de Boston, es la primera firmando del estudio. El grupo que recibió la terapia dual durante más tiempo redujo de forma significativa los riesgos de trombosis por *stent*, así como otros eventos isquémicos, pero el precio fue un aumento del riesgo de sangrados.

A pesar de la aparente contradicción, los datos procedentes de estos estudios, analizados atendiendo el detalle del tipo de pacientes incluidos, dan pistas a los cardiólogos a la hora de indicar la terapia. Como comentan Antonio Colombo y Alaide Chieffo (Instituto Científico de San Rafael, en Milán) en un editorial en *The New England*, "el estudio *DAPT* sugiere que algunos enfermos con *stent* farmacoactivo pueden beneficiarse de la prolongación de la terapia dual más allá de un año, pero también que existe un daño potencial que no debería pasarse por alto". Una vez más, la individualización es la clave.

Menos muerte por patología cardiaca, más por enfermedad hipertensiva

Los datos epidemiológicos sobre mortalidad por enfermedad cardiaca en Estados Unidos, recabados por el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), en Atlanta, y que se han presentado en la reunión de la AHA, son positivos pero con matizos. La mortalidad por enfermedad cardiaca y冠状动脉 ha descendido entre 2000 y 2010; sin embargo, aumenta al colocar la lupa sobre los fallecimientos por enfermedad cardiaca

hipertensiva (crecieron un 1,3 por ciento anualmente) y por arritmias (1 por ciento). Matthew D. Ritchey (CDC) comenta que aún son necesarias nuevas intervenciones para prevenir y tratar la enfermedad coronaria, así como determinados subtipos de esta patología, en concreto la hipertensión y las arritmias.

Precisamente, para reducir el número de muertes por enfermedad cardiovascular, otro trabajo presentado en el congreso ha

estudiado la utilidad del ácido acetil salicílico. Yasuo Ikeda (Universidad de Waseda, en Tokio) examinó si una dosis baja al día del fármaco repercutía en la mortalidad por estas enfermedades entre los mayores de 60 años con hipertensión, diabetes o alteraciones lipídicas. Los datos de 14.464 personas de entre 60 y 85 años no arrojaron diferencias en cuanto a la prevención primaria entre los que consumían el medicamento y los que no.

La angiografía rutinaria no ayuda a prevenir infartos en diabéticos

La diabetes es uno de los factores de riesgo de más peso en la enfermedad cardiaca. Sin embargo, un trabajo desmiente la idea de que la realización rutinaria de pruebas de imagen en los diabéticos prevenga infartos, angina inestable y otras patologías cardíacas.

Es la conclusión de un estudio realizado sobre más de 900 pacientes con diabetes y coordinado por Brent Muhlestein, del Instituto del Corazón en Murray (Utah), que se ha presentado en la reunión de la AHA y se publica en el último número de la revista *JAMA*.

El trabajo concluye, después de un seguimiento de cuatro años, que un adecuado control de la diabetes, tanto la tipo 1 como la 2, así como de la hiperlipidemia y la hipertensión arterial, resulta mucho más efectivo en cuanto a prevención de enfermedad coronaria que la angiografía coronaria por TC en los sujetos asintomáticos. Hay que tener en cuenta que este tipo de pruebas de imagen conlleva una exposición radiactiva cuyo riesgo no se justifica en este tipo de población, como matizan los auto-

res del estudio.

La revista *JAMA* publica también un resultado sorprendente del mayor estudio realizado sobre pacientes que han sufrido un infarto de miocardio con elevación del segmento ST (*STEMI*), un total de 62.021 enfermos. Según este trabajo, coordinado por George Souffer (Universidad de Carolina del Norte), aquellos que tuvieron el infarto



George A. Souffer.

en el hospital eran más propensos a fallecer que los que lo presentaron fuera del centro sanitario. Las razones que explicarían esta diferencia en la tasa de mortalidad son las comorbilidades y la edad, más acusadas en los pacientes ingresados, y que influirían en la peor evolución tras el infarto.