

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA
MEDICINA Y CIRUGÍA

*Tesis para optar por el grado académico de
Licenciatura.*

**TRATAMIENTO ANTIPLAQUETARIO
DOBLE VS TRATAMIENTO
ANTIPLAQUETARIO TRIPLE EN
PACIENTES CON ENFERMEDAD
CORONARIA MULTIVASO Y STENT
RELACIONADO CON LOS EFECTOS EN LA
CALIDAD DE VIDA Y MORTALIDAD.**

MARIA FERNANDA CUBERO NIETO

MAYO, 2025

INDICE DE CONTENIDO

Índice de tablas.....	1
Indicé de figuras	2
RESUMEN.....	3
ABSTRACT.....	5
CAPITULO 1: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	7
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
1.1.1 Antecedentes del problema.....	8
1.1.2 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.....	11
1.1.3 JUSTIFICACIÓN.....	11
1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	13
1.3 OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	13
1.3.1Objetivo general:	13
1.3.2 Objetivos específicos.....	13
1.4ALCANCES Y LIMITACIONES	14
1.4.1 Alcances de la investigación.....	14
1.4.2 Limitaciones de la investigación.....	14
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO.....	15
2.1 EI CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL.....	16
2.1.1 Enfermedad Coronaria Multivaso.....	16
CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO.....	33
3.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN.....	34
3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN	34
3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETIVOS DE ESTUDIO	35
3.3.1 Área de estudio.....	35
3.3.2 Fuentes de información	35
3.3.3 Población.....	35
3.3.4 Muestra.....	36
3.3.5 Criterios de inclusión y exclusión.....	36
3.4 INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	37
3.4.1 Instrumentos.....	37
3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	37
3.5.1Método PRISMA.....	37

3.5.2 Pregunta PICO.....	38
3.6 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	38
3.6.1 DESCRIPTORES.....	39
3.7 PALABRAS CLAVE.....	40
3.8 ANALISIS DE DATOS.....	42
CAPITULO IV RESULTADOS	43
4.1 Generalidades	44
4.2 RESULTADOS PRINCIPALES.....	44
4.2.1 Terapia antiplaquetaria dual con anticoagulación concomitante: perspectivas actuales sobre la triple terapia.....	44
4.2.2 Duración de la terapia antiplaquetaria dual después de una intervención coronaria percutánea en pacientes con alto riesgo de sangrado.....	45
4.2.3 Terapia antitrombótica dual (anticoagulante más antiplaquetario simple) vs. triple (anticoagulante más antiplaquetario doble): experiencia práctica.....	46
4.2.4 Terapia antiplaquetaria en la enfermedad coronaria: un dilema abrumador.....	47
4.2.5 Triple terapia antitrombótica vs. doble terapia antitrombótica: Un escenario, ocho preguntas, muchas conclusiones.....	48
4.2.6 Terapia antiplaquetaria dual en la enfermedad arterial coronaria.....	49
4.2.7 Eficacia y seguridad de la terapia antiplaquetaria dual en pacientes sometidos a implante de stent coronario.....	50
4.2.8 Comparación entre terapia antiplaquetaria mono vs. dual vs. triple en pacientes con cardiopatía isquémica sometidos a ICP.....	51
4.2.9 Triple terapia versus doble terapia antiplaquetaria para pacientes con fibrilación auricular y síndromes coronarios agudos.....	52
4.2.10 Impacto de la triple terapia antitrombótica en pacientes con SCA sometidos a intervención percutánea.....	52
4.2.11 Triple terapia antitrombótica (triple terapia) después de la intervención coronaria percutánea en la anticoagulación crónica.....	53
4.3 Características principales de los estudios.....	59
4.3.1 Estudios incluidos en la investigación.....	59
CAPITULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	62
CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	68
6.1 CONCLUSIONES.....	69
6.2 RECOMENDACIONES.....	71
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	73
ANEXOS.....	82

ANEXO 1 DECLARACION JURADA	83
ANEXO 3 CARTA DEL LECTOR	85
ANEXO 4 CARTA DE AUTORIZACIÓN	86

Índice de tablas

Tabla 1 Criterios de inclusión y exclusión	36
Tabla 2 Algoritmo pregunta clínica de investigación.....	38
Tabla 3 Estrategia de búsqueda	39
Tabla 4 Filtrado pubmed en ingles	55
Tabla 5 Filtrado Pubmed en español	56
Tabla 6 Filtrado Sciencedirect en ingles.....	57
Tabla 7 Filtrado Sciencedirect en español.....	58
Tabla 8 Matriz de búsqueda.....	60
Tabla 9 Matriz de búsqueda.....	61

Indicé de figuras

Figura 1 Criterios mayores y menores para valorar alto riesgo de sangrado.	25
Figura 2 Flujograma	41
Figura 3 Variables incluidas en los puntajes de riesgo de sangrado en pacientes con terapia antiagregante dual.....	67

RESUMEN

INTRIDUCCIÓN: El tratamiento antiplaquetario es el pilar fundamental en el manejo de pacientes con patologías cardíacas en especial aquellos con enfermedad coronaria multivaso y que han recibido ICP y colocación de stent. **Objetivo:** Evaluar los efectos en la calidad de vida y en la mortalidad del tratamiento antiplaquetario doble vs el triple en pacientes con enfermedad coronaria y stent. Metodología: Investigación cualitativa, Revisión sistemática. Con un total de 11 artículos de un total de 11535, encontrados en bases de datos Pubmed Sciencedirect. Resultados: En cuanto a la eficacia del tratamiento antiplaquetaria doble (aspirina + inhibidor de P2Y12) frente al tratamiento antiplaquetario triple (aspirina +inhibidor de P2Y12 + ACO) el triple puede ofrecer una mayor protección contra eventos trombóticos en ciertos subgrupos de pacientes de alto riesgo entre ellos aquellos con FA concomitante, peor a la vez se asocia con un mayor riesgo de sangrado, lo cual puede impactar negativamente en los resultados de calidad de vida y aumentar la morbilidad, en cuanto a la terapia doble cuanta con un perfil de eficacia y seguridad que puede reducir nuevos eventos isquémicos y disminuir la tasa de mortalidad. **Discusión:** La individualización del tratamiento antiplaquetario es de suma importancia, conocer las comorbilidades que pueden aumentar los efectos adversos graves cómo la hemorragia y así alcanzar una tasa de mortalidad menor posterior a eventos trombóticos y a procedimientos de ICP, con el objetivo de que los pacientes puedan obtener una mejor calidad de vida. **Conclusión:** Los efectos favorables en la calidad de vida se han asociado mayormente a la terapia dual, ya que estos presentan menores efectos adversos principalmente sangrados lo que conlleva a que los pacientes requieran menos hospitalizaciones lo que lo convierte en un tratamiento eficaz y seguro a largo plazo. **Palabras**

clave: Terapia antiplaquetaria doble, terapia antiplaquetaria triple, enfermedad coronaria multivaso y factores de riesgo.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Antiplatelet therapy is a fundamental pillar in the management of patients with heart conditions, especially those with multivessel coronary artery disease who have undergone PCI and stent placement. **Objective:** To evaluate the effects of dual vs triple antiplatelet therapy on quality of life and mortality in patients with coronary artery disease and stents. **Methodology:** Qualitative research, systematic review. A total of 11 articles were selected out of 11,535 identified in PubMed and ScienceDirect databases.

Results: Regarding the effectiveness of dual antiplatelet therapy (aspirin + P2Y12 inhibitor) versus triple antiplatelet therapy (aspirin + P2Y12 inhibitor + anticoagulant), the triple therapy may offer greater protection against thrombotic events in certain high-risk patient subgroups, such as those with concomitant atrial fibrillation. However, it is also associated with a higher risk of bleeding, which could negatively impact quality of life outcomes and increase morbidity. On the other hand, dual therapy has an efficacy and safety profile that can reduce new ischemic events and lower mortality rates.

Discussion: Individualization of antiplatelet therapy is crucial. Understanding comorbidities that may increase the risk of severe adverse effects, such as bleeding, is essential in order to achieve lower mortality rates after thrombotic events and PCI procedures, with the aim of improving the patient's quality of life.

Conclusion: Favorable effects on quality of life have been mostly associated with dual therapy, as it presents fewer adverse effects, particularly bleeding, which leads to fewer hospitalizations, making it an effective and safe long-term treatment.

Keywords: Dual antiplatelet therapy, triple antiplatelet therapy, multivessel coronary artery disease, and risk factors.

CAPITULO 1: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1 Antecedentes del problema

La investigación “Triple terapia versus doble terapia antiplaquetaria para pacientes con fibrilación auricular y síndromes coronarios agudos: una revisión sistemática de la literatura” señala que en pacientes con SCA y FA, es probable que la triple terapia se asocie con un mayor riesgo de sangrado, sin una reducción clara de los criterios de valoración isquémicos. La calidad de la evidencia que respalda las directrices actuales para este grupo de pacientes fue, en general, deficiente. (Fake&Ranchord, 2017)

Según el estudio “Terapia antiplaquetaria dual para la prevención secundaria de la enfermedad de la arteria coronaria” el régimen y la duración óptimos de la terapia antiplaquetaria doble para pacientes con enfermedad coronaria requieren un enfoque personalizado basado en la presentación clínica del paciente, el perfil de riesgo inicial y la estrategia de manejo. (Degrauwe et al., 2017)

Según el estudio, “Experiencias clínicas reales de terapia antitrombótica dual versus triple después de intervención coronaria percutánea” la terapia doble se asoció con una tasa significativamente mayor de efectos cardíacos y cerebrovasculares mayores que la terapia triple después de la implantación de stent liberador de fármacos de generación actual o un armazón vascular bio-reabsorbible liberador de everolimus o BVS. Se requieren más estudios para evaluar la seguridad y eficacia de la DAT versus la TAT después de la ICP en la práctica clínica. (Wustrow et al., 2018)

La investigación “Drogas antiplaquetarias de utilización en Síndrome Coronario Agudo” concluyo, los medicamentos antiplaquetarios representan el pilar del tratamiento farmacológico

en el síndrome coronario agudo. Su utilización pronta y precisa permiten ganar minutos importantes en la toma de decisiones de estos pacientes, que permitan una resolución cabal y de óptimo pronóstico. Esta revisión pretende destacar las características más importantes de cada uno de ellos, que ofrezca al clínico optimizar la decisión del medicamento que representa la mejor estrategia terapéutica en el contexto individual de cada paciente. (Poveda Fernández, 2019).

Según el estudio "Intervención coronaria percutánea y anticoagulantes orales" la intensidad y la duración del tratamiento antitrombótico tienen que estar determinadas por el cuadro clínico que establece la revascularización y por el riesgo isquémico y hemorrágico del paciente. El tipo de stent ha dejado de ser una variable que influye en la decisión del tratamiento antitrombótico de esta población y la mayoría de estos pacientes deben ser tratados con stents fármaco activos actuales, por su mayor eficacia respecto a los metálicos y por su mayor seguridad. (Ruiz Nodar et al., 2019)

El estudio "Terapia antiplaquetaria en la enfermedad cardiovascular: estado actual y direcciones futuras" señala la terapia antiplaquetaria es un componente importante de la profilaxis cardiovascular y cerebrovascular en pacientes con enfermedad aterosclerótica documentada; y los agentes antiplaquetarios modernos, solos o en combinación, pueden inhibir poderosamente las complicaciones trombóticas. Sin embargo, la inhibición plaquetaria intensiva conlleva el precio de un mayor riesgo hemorrágico y el riesgo de sangrado grave, incluso mortales en pacientes predispuestos. (Passacquale, Sharma, Perera, et al., 2022).

El estudio "Enfermedad multivascular" señala a la enfermedad coronaria como la causa individual más frecuente de muerte en el mundo. Más de 7 millones de personas mueren cada año como consecuencia de la cardiopatía isquémica lo que corresponde a un 12,8 % de todas las muertes.

Esta enfermedad es la principal causa de morbilidad y mortalidad en los pacientes con diabetes mellitus (DM). La enfermedad multivaso es un hallazgo angiográfico frecuente en el infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST en donde se obstruye más de un vaso, se observa en más del 40% de los pacientes a los que se practica una intervención coronaria percutánea (ICP). (López et al., 2022).

La investigación “Eficacia y seguridad de la terapia antiplaquetaria en pacientes con síndrome coronario agudo una revisión exploratoria” concluyó que los estudios han demostrado con éxito los efectos favorables del tratamiento antiplaquetario en pacientes con SCA, con una seguridad y eficacia notables siempre que la medicación prescrita y la dosis se hayan personalizado individualmente tras una evaluación meticulosa del riesgo de sangrado del paciente. (Winson et al., 2023)

La investigación “Terapia antiplaquetaria dual para el cardiólogo general: evidencia reciente, equilibrando el riesgo isquémico y hemorrágico” concluyó que la terapia antitrombótico dual y las estrategias antitrombóticas son un componente crucial en el tratamiento de pacientes con enfermedad de la arteria coronaria sometidos a ICP, ya que ayudan a prevenir complicaciones trombóticas isquémicas tanto locales como sistémicas. En las últimas tres décadas se han desarrollado e implementado en la práctica clínica varias estrategias antitrombóticas que incluyen aspirina e inhibidores de P2Y₁₂ con diferentes objetivos y resultados. (Giacoppo, 2023.)

El estudio “Riesgo de sangrado en pacientes a los que se les prescribe terapia antiplaquetaria dual y terapia triple después de intervenciones coronarias” señala la incidencia de cualquier sangrado fue del 5% entre los pacientes con injerto de derivación de la arteria coronaria, del 10% entre los pacientes con síndrome coronario agudo tratado de forma conservadora y del 9%

entre los pacientes con intervención coronaria percutánea de emergencia, en comparación con el 18% entre los pacientes a los que se les prescribió terapia triple. (Harris et al., 2023)

1.1.2 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Esta investigación se enfoca en comparar la eficacia del tratamiento antiplaquetario doble vs el triple, su impacto en la calidad de vida y mortalidad haciendo referencia específicamente a la población de pacientes Hombres y Mujeres de todas las edades que fueron diagnosticados con enfermedad coronaria multivaso que han recibido stent, durante los años del 2017 al 2024, en países de Latinoamérica y Europa.

1.1.3 JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades cardiovasculares son una de las principales causas de muerte a nivel mundial tanto en hombres como mujeres y principalmente el síndrome coronario agudo el cual se ha demostrado que la causa principal es la enfermedad de la arteria coronaria, por lo cual es de suma importancia conocer el alcance de los tratamientos actuales que se ofrecen a las poblaciones diagnosticadas con enfermedad coronaria, como mejorar su calidad de vida y alcanzar una disminución en la mortalidad.

La prevalencia de las enfermedades cardiovasculares aumenta con el paso de los años lo que representa un gran problema para la salud pública a nivel mundial, por lo que es de gran impacto para la mejora en los sistemas de salud tanto nacionales como internacionales estudiar y

comparar los efectos y la seguridad de los tratamientos antiplaquetarios y las intervenciones que se pueden ofrecer a los pacientes con enfermedad coronaria multivaso.

Los hallazgos demostrados durante la realización de la investigación podrán aportar y brindar seguridad a la hora de que se tomen decisiones en cuanto a la elección de los tratamientos antiplaquetarios utilizados en estos pacientes y conocer con cuales se obtendrán los mejores resultados en cuanto a eficacia y seguridad y que mejorara la tasa de mortalidad en cuanto a las intervenciones recibidas posterior al diagnóstico.

En el transcurso del tiempo se ha comprobado que más personas a edades tempranas son diagnosticadas con enfermedades cardiovasculares y principalmente con síndrome coronario agudo desencadenado por enfermedad coronaria, lo cual es un diagnóstico que repercute en la calidad de vida y en la salud de estos pacientes, por lo tanto esta investigación busca conocer tratamientos basados en evidencia que han demostrado tener mejores resultados y que tras diferentes estudios se ha comprobado su seguridad y buena respuesta al tratamiento lo cual se pueda reflejar en una mejor calidad de vida posterior al diagnóstico y en una disminución de la mortalidad.

Como se ha mencionado anteriormente, hoy en día las enfermedades cardiovasculares son una de las principales causas de muerte a nivel mundial y la enfermedad coronaria multivaso es una de estas afectando cada vez a personas en edades más jóvenes tanto hombres como mujeres, por lo que es fundamental conocer los tratamientos e intervenciones que puedan brindar la seguridad durante la práctica clínica de que estos pacientes obtendrán mejores resultados a corto y a largo plazo mejorando su calidad de vida y disminuyendo la tasa de morbilidad y mortalidad posterior a recibir un diagnóstico de síndrome coronario agudo desencadenado por una enfermedad coronaria multivaso.

1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los efectos en la calidad de vida y en la mortalidad de los pacientes con enfermedad coronaria multivaso y stent ante el tratamiento antiplaquetario doble vs tratamiento antiplaquetario triple?

1.3 OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo general:

Evaluar los efectos en la calidad de vida y en la mortalidad del tratamiento antiplaquetario doble vs el triple en pacientes con enfermedad coronaria y stent.

1.3.2 Objetivos específicos

- 1 Conocer los efectos en la calidad de vida de los pacientes con enfermedad coronaria multivaso posterior al inicio de tratamiento antiplaquetario.
- 2 Determinar la mortalidad en pacientes con enfermedad coronaria multivaso tras el uso de la terapia antiplaquetaria doble vs el triple.

- 3 Relacionar los efectos del tratamiento antiplaquetario doble vs el triple en la calidad de vida y la mortalidad de los pacientes con enfermedad coronaria multivaso.
- 4 Caracterizar al paciente con enfermedad coronaria que utiliza como tratamiento la terapia antiplaquetaria doble vs la triple.
- 5 Analizar el impacto de la terapia antiplaquetaria dual vs la triple en la reducción y recurrencia de eventos cardiovasculares graves.

1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES

1.4.1 Alcances de la investigación

- Comparar la eficacia y seguridad del tratamiento antiplaquetario doble vs el triple en pacientes con enfermedad coronaria multivaso y que recibieron un stent.

1.4.2 Limitaciones de la investigación

- En la búsqueda de artículos en español donde no se obtuvieron resultados suficientes, y de los artículos encontrados muchos tuvieron que ser excluidos porque abarcaban comorbilidades y patologías que no se encontraban dentro del objetivo de búsqueda.

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1 EL CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

2.1.1 Enfermedad Coronaria Multivaso

La enfermedad arterial coronaria (EAC) se caracteriza por el desarrollo de aterosclerosis en las arterias coronarias, que en ocasiones puede ser asintomática. La cardiopatía coronaria (CC), también conocida como cardiopatía isquémica (CI), abarca afecciones como la angina estable, el síndrome coronario agudo (SCA) y la isquemia miocárdica asintomática. La mortalidad asociada a la CC se debe principalmente a la EAC. El SCA suele ser sintomático e incluye afecciones como la angina inestable y el infarto de miocardio. La enfermedad coronaria (CAD) se caracteriza por un suministro inadecuado de sangre y oxígeno al miocardio. Esta afección se origina por la oclusión de las arterias coronarias y provoca un desequilibrio entre la demanda y la oferta de oxígeno. La CAD generalmente implica la formación de placas en el lumen de las arterias coronarias que impiden el flujo sanguíneo. (Shahjehan et al., 2024b)

Etiología

La enfermedad coronaria es multifactorial. Los factores etiológicos pueden clasificarse en general en no modificables y modificables. Los factores no modificables incluyen el sexo, la edad, los antecedentes familiares y la genética. Los factores de riesgo modificables incluyen la hipertensión, el tabaquismo, la obesidad, los niveles de lípidos y las variables psicosociales. En el mundo occidental, un estilo de vida acelerado ha llevado a las personas a consumir más comida rápida y comidas poco saludables, lo que ha propiciado el aumento de la prevalencia de la cardiopatía isquémica. En EE. UU., una mejor atención primaria en los grupos socioeconómicos medio y alto ha impulsado la incidencia hacia la tercera edad. El tabaquismo

sigue siendo la principal causa de enfermedad cardiovascular. En 2016, la prevalencia del tabaquismo en adultos en Estados Unidos fue del 15,5 %.

La enfermedad coronaria multivaso se define como la obstrucción de al menos un 70% del lumen en 2 o más arteriaslo que conduce a una disminución del aporte del flujo sanguíneo al corazón por lo tanto se aumenta el riesgo de presentar eventos cardiovasculares, entre ellos principalmente síndrome coronario agudo ya sea SCA con elevación del ST o sin elevación del ST. (López et al., 2022).

Síndrome coronario agudo

Las enfermedades cardiovasculares y principalmente las desarrolladas por trombosis de los vasos que se encargan de la irrigación del corazón son una de las mayores causas de morbilidad y mortalidad en el mundo lo que representa un problema de salud y socioeconómico para la salud pública. El síndrome coronario agudo está relacionado con la presencia de síntomas de isquemia o necrosis miocárdica que fisiopatológicamente se asocia a un conjunto de entidades clínicas que tienen como desencadenante la obstrucción parcial o total de una o de varias arterias por medio de un trombo el cual ya sea por la rotura o erosión de una placa que se encuentra vulnerable. La disfunción endotelial se considera como el síntoma patológico inicial del proceso aterosclerótico, según su presentación se pueden clasificar en SCA con elevación del ST y SCA sin elevación del ST. (Thygesen et al., 2018)

Clasificación de los síndromes coronarios agudos

Con respecto a la presentación clínica y los síntomas de esta patología se pueden clasificar de la siguiente manera:

- Angina inestable
- Infarto de miocardio sin elevación del segmento ST (IMSEST)
- Infarto de miocardio con elevación del segmento ST (IMEST)

- **Angina Inestable**

Se caracteriza por un dolor en el pecho el cual suele presentarse en reposo o con esfuerzos mínimos se asocia a una reducción del flujo sanguíneo que recibe el miocardio, generalmente asociado a una placa aterosclerótica que se rompe el cual puede ocluir alguna de las arterias coronarias lo que representa un riesgo de sufrir un infarto de miocardio. (Sweis&Jivan, 2022)

Se caracteriza principalmente por:

- Dolor en el pecho prolongado > 20 min generalmente en reposo o con mínimos esfuerzos.
- Puede estar acompañado de disnea, sudoración, náuseas, inestabilidad hemodinámica.
- Puede presentar cambios transitorios en el electrocardiograma ya sea un infra o supradesnivel del segmento ST.

- **Infarto de miocardio sin elevación del ST**

Suele presentarse debido a la isquemia o necrosis miocárdica la cual clínicamente se logra observar mediante marcadores cardíacos los cuales presentan un aumento de las concentraciones en la troponina I o troponina T y CK-MB, electrocardiográficamente sin supra

desnivel agudo del segmento ST, en algunas ocasiones en ECG podrían encontrarse cambios electrocardiográficos como infra desnivel del segmento ST o una inversión de la onda T o ambos. (Sweis&Jivan, 2022)

- **Infarto de miocardio con elevación del ST**

Suele estar desencadenado por la isquemia o necrosis miocárdica, clínicamente está asociada cambios en el ECG como supra desnivel del segmento ST el cual no revierte rápidamente tras la intervención farmacológica, en algunas ocasiones también suele presentarse un bloqueo de la rama izquierda del haz de His de inicio agudo. Los marcadores cardiacos como la Troponina I o troponina T y CK-MB presentan cifras elevadas representa un daño extenso o transmural al miocardio. (Sweis&Jivan, 2022)

- **Características clínicas**

1. **Dolor torácico:** Suele ser intenso, con una duración de más de 15 minutos. Puede presentarse como una sensación de presión, opresión o ardor y puede irradiar hacia el brazo izquierdo, mandíbula o espalda.
2. **Dificultad para respirar:** Común en pacientes, a menudo acompañando el dolor torácico.
3. **Sudoración profusa:** Sudor frío y pegajoso, a menudo asociado con ansiedad.
4. **Náuseas y vómitos:** Sensaciones de malestar estomacal.
5. **Mareos o síncope:** Puede haber una sensación de desmayo o aturdimiento.
6. **Fatiga inusual:** Especialmente en mujeres, puede manifestarse como una fatiga extrema sin causa aparente.
7. **Alteraciones en el electrocardiograma:** Cambios en el trazado que indican isquemia o infarto.

8. **Elevación de marcadores cardíacos:** Niveles aumentados de troponina y otros biomarcadores en sangre.

2.1.2 Manejo y Diagnóstico del SCA

- **Electrocardiograma**

Es la prueba inicial para el diagnóstico del SCA, según la presentación de este ya sea con elevación de ST o síndrome coronario agudo sin elevación del ST así serán los hallazgos en el electrocardiograma los cuales pueden ser desde un supradesnivel, un infra desnivel o en algunos casos durante el inicio del cuadro puede que no se muestren cambios en el EKG por eso es de suma importancia repetirse por lo menos a las 3h, 6-9 h y 24 h después de la primera presentación y en casos en que los síntomas persistan.

- **Marcadores de daño miocárdico**

La Troponina I y T son proteínas las cuales solo se van a encontrar en los cardiomiocitos, suelen elevarse cuando estos sufren daño por lo que son un marcador específico para afectaciones cardiovasculares, sin embargo, estas proteínas no son específicas solamente para los casos de SCA ya que pueden elevarse por otras patologías cardíacas como; miocarditis o insuficiencia cardíaca. Aun tomando en cuenta esto son el patrón de oro para el diagnóstico de infarto al miocardio.

- **Angiografía Coronaria**

Es una prueba indispensable para el diagnóstico de la oclusión coronaria en el IAM y con el cual se logra identificar el vaso implicado, el grado de oclusión y es la guía para el manejo más adecuado que debe de tener cada paciente para así disminuir su riesgo de mortalidad.

- **Ecocardiografía**

Es de gran importancia en el diagnóstico de SCA ya que se logra objetivar el daño que ha sufrido el miocardio tras la isquemia por la privación del flujo sanguíneo, por lo que se pueden encontrar anomalías en la contractilidad miocárdica, posibles complicaciones como derrame pericárdico, ruptura de la pared libre y realizar pronósticos obteniendo la FE.

2.1.3 Tratamiento Antiplaquetario

El mecanismo de acción está dado por el grupo al que pertenece cada medicamento antiagregante, pero en general su función principal es evitar que las células sanguíneas (plaquetas) se aglutinen y formen coágulos que puedan obstruir las arterias. Entre los principales medicamentos utilizados en la práctica clínica se encuentran los siguientes:

AAS: La aspirina interfiere con la síntesis de prostaglandinas en donde ejerce su efecto antiplaquetario a través de la inhibición irreversible de la ciclooxigenasa. Dosis oral de carga

de 150-300mg, o 75-250mg por vía intravenosa si no es posible la toma oral, seguida de dosis oral de mantenimiento de 75-100mg 1 vez al día. (Collet et al., 2021)

- **Inhibidores del P2Y12 (por vía oral o intravenosa)**

Son profármacos que actúan mediante la inhibición irreversible de un receptor P2Y12 el cual inhibe la agregación plaquetaria y la unión de plaquetas por medio de la fibrina como resultado al bloquearse este receptor impide la activación de la vía de la glicoproteína IIb / IIIa. (Collet et al., 2021)

- Clopidogrel Dosis oral de carga de 300-600mg, seguida de dosis oral de mantenimiento.
- Prasugrel Dosis oral de carga de 60mg, seguida de dosis oral de mantenimiento de 10mg 1 vez al día. Para pacientes con un peso corporal < 60 kg, se recomienda una dosis de mantenimiento de 5 mg 1 vez al día. Con los pacientes de edad ≥ 75 años es necesario tomar precauciones, pero si el tratamiento se considera necesario se administrarán dosis de 5 mg 1 vez al día. No es necesario ajustar la dosis para los pacientes con ERC. El ictus previo es una contraindicación para el prasugrel.
- Ticagrelor Dosis oral de carga de 180mg, seguida de dosis de mantenimiento de 90mg 2 veces al día; no es necesario ajustar la dosis para los pacientes con ERC.
- Cangrelor Bolo intravenoso de 30 μ g/kg seguido de infusión de 4 μ g/kg/min durante un mínimo de 2 h o mientras dure el procedimiento (lo que sea más largo).

- **Inhibidores de la GPIIb/IIIa (por vía intravenosa)**

Estos medicamentos tienen como mecanismo de acción inhibir la agregación plaquetaria evitando la unión del fibrinógeno del factor Von Willebrand y de otras moléculas adhesivas a las zonas del receptor GPIIb/IIIa en las plaquetas. (Collet et al., 2021)

- Abciximab Bolo intravenoso de 0,25mg/kg e infusión de 0,125µg/kg/min (máximo de 10µg/min) durante 12h (este fármaco ya no se suministra).
- Tirofibán Bolo intravenoso de 25µg/kg durante 3min seguido de infusión de 0,15µg/kg/min durante un máximo de 18 h.
- Los efectos secundarios más comunes del cilostazol son dolor de cabeza, náuseas, diarrea, dolor, infección, síntomas respiratorios superiores, palpitaciones, arritmias y edema periférico.

- **Tratamiento antiplaquetario Doble**

El tratamiento antiagregante plaquetario doble (TAPD) con ácido acetilsalicílico (AAS) y un antagonista del receptor P2Y12 es el tratamiento antitrombótico de elección (superior a los ACO) para la prevención de eventos isquémicos recurrentes en los pacientes sometidos a ICP, ya sea en el contexto de un síndrome coronario agudo (SCA) o en sujetos con cardiopatía isquémica estable. (Lugo & Ferreiro, 2019).

- **Terapia antiplaquetaria triple**

Se recomienda el uso de tres medicamentos antiplaquetarios los utilizados principalmente son aspirina, clopidogrel y un tercer fármaco que sería un anticoagulante oral como, por ejemplo;

la Warfarina, que es un antagonista de la vitamina K, otra opción de ACOS son los inhibidores directos del Xa, como por ejemplo el rivaroxabán, apixabán quienes bloquean al factor Xa el cual es esencial para convertir la protrombina en trombina., ciertos estudios hacen referencia a que el uso de esta terapia podría aumentar el riesgo de sangrado por lo que es de suma importancia reconocer los casos en que se requiera su uso esto en función de los beneficios y los riesgos que puedan presentar para el paciente.

Efectos Adversos de los antiplaquetarios

Dentro de los principales efectos adversos que se pueden presentar con el uso de los antiplaquetarios se encuentran los siguientes:

- Asma inducida por aspirina
- Pólipos nasales
- Sangrado gastrointestinal superior por gastritis crónica
- Equimosis
- Hematuria
- Epistaxis
- Disnea relacionada con ticagrelor
- Hemorragia
- Trombocitopenia

Figura 1 Criterios mayores y menores para valorar alto riesgo de sangrado.

Criterios	Mayores	Menores
Edad		Edad > 75 años
Fármacos	Necesidad de ACO a largo plazo	Uso prolongado de AINE o esteroides
Afectación renal	ERC grave (FGe < 30 ml/min)	ERC moderada (FGe: 30-59 ml/min)
Afectación sanguínea	Anemia Hb < 11 g/dl Sangrado espontáneo en últimos 6 meses que requirieron hospitalización o transfusión, o en cualquier momento si recurrente Trombocitopenia $PQ < 100 \times 10^9$ / Diátesis hemorrágica crónica	Afectación Anemia Hb < 11 g/dl Anemia Hb 11-12,9 g/dl varones o 11-11,9 g/dl mujeres. Sangrado espontáneo en últimos 12 meses que requirieron hospitalización o transfusión, no de criterio mayor
Afectación hepática	Cirrosis hepática con hipertensión portal	
Cáncer	Cáncer activo en últimos 12 meses (excepto cáncer de piel no melanoma)	
Afectación cerebral	Hemorragia cerebral previa en cualquier momento Hemorragia cerebral traumática en los últimos 12 meses Malformación arteriovenosa cerebral Ictus isquémico moderado o grave en últimos 6 meses	Cualquier ictus isquémico en cualquier momento sin cumplir criterio mayor
Cirugía	Cirugía mayor no diferible en TAPD Cirugía mayor reciente o trauma mayor en últimos 30 días antes de IC	

Fuente elaboración propia 2025. Tomado de <https://www.reccardioclinics.org/es-pautas-optimizacion-del-tratamiento-antiagregante-articulo-S2605153224000396>.

Contraindicaciones

- Varices esofágicas grandes
- Accidente cerebro vascular reciente en los últimos 2 años
- Historia de hemorragia intracraneal
- Trombocitopenia significativa
- Cirugía mayor en 72 horas
- Hipersensibilidad al medicamento.
- Hemorragia aguda clínicamente significativa
- Enfermedad renal terminal en hemodiálisis
- Cirrosis hepática descompensada
- Hipertensión grave con presión arterial superior a 200/110 mmHg
- La insuficiencia cardíaca congestiva es una contraindicación para el uso de cilostazol.

Angioplastia Coronaria con Stent

Es un procedimiento coronario intervencionista utilizado en el manejo del IAM el cual tiene como propósito la revascularización de la o las arterias obstruidas por las cuales se ha disminuido el aporte de flujo sanguíneo del corazón, en muchos casos es necesaria la colocación de stent para evitar la re-estenosis del vaso.

Stent

Fueron diseñados con el fin de evitarla retracción y la re-estenosis arterial posterior a una angioplastia de dilatación con balón, es un dispositivo pequeño con forma cilíndrica y tubular, tienen una estructura de malla metálica que se adapta fácilmente al diámetro y forma del vaso obstruido, actualmente se clasifican en 3 grupos.

- **Tipos de stent**

Stent convencional: normalmente de acero o cromo-cobalto

Stent recubierto de fármacos o liberadores de fármaco (stent farmacológico): Proporciona el mismo soporte estructural que los stents convencionales, pero además está concebido para que lentamente libere la dosis exacta de fármaco y de esta forma contribuya a prevenir la re-estenosis (la reproducción del estrechamiento de la arteria). Tras el implante de este tipo de stents se recomienda tomar dos fármacos antiagregantes (para hacer la sangre más fluida) que son ácido acetilsalicílico (aspirina) y clopidogrel, durante al menos 1 año.

Stents farmacológico bioabsorbibles: Iguales a los anteriores, aunque con el tiempo son capaces de reabsorber parte de su estructura o desaparecer completamente (incluido el metal). Su ventaja se basa en la probabilidad de que al "disolverse" permitirían una restauración completa de todas las funciones de la pared de la arteria, evitarían problemas mecánicos tardíos y facilitarían la visualización y la valoración no invasiva durante el seguimiento de los segmentos coronarios tratados.

Efectos en la calidad de vida

El tratamiento antiplaquetario es la combinación de ácido acetilsalicílico y un inhibidor del receptor plaquetario de adenosina difosfato P2Y₁₂ (clopidogrel, prasugrel, ticagrelor o cangrelor), es una de las opciones de tratamiento más utilizadas en las últimas décadas en patologías cardiovasculares. Este tratamiento tras el SCA o tras la intervención coronaria percutánea (ICP) ha demostrado disminuir la recurrencia de eventos cardiovasculares, pero a la vez representa un mayor riesgo de que se presente hemorragia.

La combinación será individualizada según las características clínicas y los riesgos de cada paciente, su duración deberá individualizarse siempre en cada paciente dependiendo del tipo de SCA, del riesgo de nuevo evento isquémico y del riesgo hemorrágico asociado al tratamiento, generalmente se recomienda que la duración del TAPD inicial sea de al menos un año, esto con el fin de poder brindarle una mejor calidad de vida al paciente reduciendo el riesgo de presentar nuevos eventos cardiovasculares, que el paciente pueda dentro de las medidas consideradas continuar con una vida normal, sin dejar de lado un seguimiento estricto para evitar los riesgos y complicaciones como hemorragias.

Recomendaciones generales de seguimiento asistencial y continuidad con atención primaria

El seguimiento del paciente tras un SCA es de suma importancia esto debido al impacto que puede tener en su calidad de vida y el riesgo de presentar eventos cardiovasculares recurrentes. Es importante mantener una excelente comunicación y que las decisiones médicas sean

compartidas entre el médico especialista, el médico de atención primaria y los pacientes (y en ocasiones también la familia) como estrategia para reducir el riesgo residual de futuros eventos cardiovasculares. (Tejedor et al., 2024).

Debe efectuarse una transición bien planificada entre el cardiólogo que lo atiende en los primeros días durante el ingreso en el hospital y el médico de atención primaria. Dentro de las iniciativas recomendadas para fomentar la continuidad. En síntesis, se deberían de cumplir con 3 elementos que se integran entre sí: proporcionar la formación específica en el proceso cardiovascular, protocolizar actuaciones mediante la creación de informes estándar con los correspondientes indicadores de calidad, y mejorar la comunicación y relación entre asistencia primaria y especializada. (Tejedor et al., 2024).

Es fundamental la elaboración de un informe de alta completo junto con la derivación precoz a un programa de prevención cardiovascular que incluya la rehabilitación cardíaca y que facilite el seguimiento del paciente por un equipo multidisciplinario. Es importante asegurar que el paciente asista a un programa de rehabilitación cardíaca y aprovechar las próximas citas para optimizar el tratamiento y las recomendaciones. (Tejedor et al., 2024).

Otros efectos en la calidad de vida

El uso de antiplaquetarios tiene un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes con enfermedades cardiovasculares, esos efectos pueden ser tanto positivos como negativos y dependerán del tiempo de uso del medicamento, su adherencia, el tipo en específico del fármaco, los efectos adversos que estos puedan provocar entre otras características según la

respuesta de cada paciente y del mecanismo del medicamento en uso, dentro de los principales efectos se encuentran;

- Reducción de eventos cardiovasculares posteriores al evento principal.
- Disminución del riesgo de accidentes cerebrovasculares.
- Disminuye y previene el riesgo de progresión de la enfermedad.
- El uso de antiplaquetarios puede reducir la necesidad de procedimientos invasivos e intervenciones quirúrgicas.
- La reducción de efectos cardiovasculares graves disminuye el número de hospitalizaciones en estas poblaciones.
- Mejora en la funcionalidad de la vida diaria de los pacientes tras una reducción en los síntomas cardiovasculares como lo es la angina principalmente.
- La elección de un tratamiento individualizado y eficaz está relacionada con una mejora en la calidad de vida, lo que permite un aumento en su esperanza de vida.
- Reducción de la mortalidad tras la disminuir el riesgo de eventos cardiovasculares graves.
- El principal efecto negativo de los medicamentos antiplaquetarios es el riesgo de sangrados graves que pueden presentar los pacientes.
- Riesgo de aparición de úlceras gastrointestinales, que puedan estar asociados a un mayor riesgo de sangrados digestivos.

Mortalidad

La mortalidad en las enfermedades cardiovasculares cada día aumenta su prevalencia y afecta cada vez a personas más jóvenes, estos pacientes suelen tener un mayor riesgo de eventos cardiovasculares. Los tratamientos antiplaquetarios ya sea el usado con mayor frecuencia que es el tratamiento dual (Aspirina más un inhibidor del P2Y12) o el tratamiento antiplaquetario triple (Aspirina, inhibidor del P2Y12, ACO) son fundamentales para disminuir la tasa morbilidad y mortalidad y en la prevención de eventos adversos sin dejar de lado que es de suma importancia un tratamiento individualizado que tome en cuenta los riesgos y las comorbilidades de cada paciente.

Complicaciones

Las arritmias, la insuficiencia cardíaca congestiva, la regurgitación mitral, las complicaciones mecánicas, la pericarditis, la formación de aneurismas y los trombos murales son las principales complicaciones asociadas con la CAD. (Shahjehan et al., 2024b)

- Ciertas arritmias peri-infarto, como las arritmias ventriculares, la fibrilación auricular y el bloqueo auriculoventricular persistente de alto grado, requieren intervención inmediata. Otras arritmias, como la bradicardia y la taquicardia sinusales y el bloqueo auriculoventricular transitorio de alto grado, pueden requerir tratamiento urgente, pero a menudo se resuelven espontáneamente tras la reperfusión y con el paso del tiempo.
- Insuficiencia cardíaca: El estudio de la biomecánica cardíaca es crucial para evaluar la función cardiovascular general en pacientes con infarto de miocardio, ya que esta población presenta un mayor riesgo de desarrollar insuficiencia cardíaca crónica (ICC)

debido al remodelado patológico del ventrículo izquierdo. La monitorización de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) es especialmente importante en el manejo de la ICC, ya que una FEVI reducida se asocia a un mal pronóstico, una menor calidad de vida y mayores tasas de mortalidad y hospitalización.

- Regurgitación mitral Un estudio analizó a 1000 pacientes ingresados con infarto agudo de miocardio (IAM) de 2016 a 2017, todos los cuales se sometieron a ICP seguida de ecocardiografía transtorácica previa al alta. Se identificó insuficiencia mitral en 294 pacientes (29 %).

CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO

3.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

Este trabajo se basa en una revisión sistemática, la cual está enfocada en una revisión de estudios acerca del tratamiento antiplaquetario doble vs el tratamiento antiplaquetario triple en pacientes que presentan enfermedad coronaria multivaso y que reciben un stent, la relación entre los efectos en la calidad de vida y la mortalidad.

Esta revisión es de un enfoque cualitativo ya que mediante la recolección de datos los cuales han sido extraídos de distintas fuentes de información con evidencia científica hacen una comparación cualitativa y no numérica entre la terapia antiplaquetaria doble vs la triple en la enfermedad coronaria multivaso, sus efectos en la calidad de vida y en la mortalidad de cada paciente en que se utilizó alguno de estos tratamientos, el mismo está basado en la metodología PRISMA.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Este proyecto es una revisión sistemática de tipo correlacional ya que corresponde a una investigación y explicación sistemática cuyo fin es el de recopilar estudios que comparen los efectos del tratamiento antiplaquetario doble vs el triple, esto con el fin de sintetizar y analizar las distintas evidencias que nos ayudan a correlacionar los resultados del tema en investigación.

3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETIVOS DE ESTUDIO

Este apartado tiene como objetivo mostrar el área de estudio realizada, el tamaño de la población y la muestra, además las fuentes de información consultadas en este proyecto.

3.3.1 Área de estudio

La presente investigación incluye publicaciones de nivel mundial. Entre ellos América Latina, Estados Unidos y Europa.

3.3.2 Fuentes de información

Las fuentes donde se obtiene la información son publicaciones de origen primario y pueden ser: tesis, artículos científicos, investigaciones, revisiones sistemáticas. También se incluyen revistas, libros y demás documentos. La información es extraída de bases de datos como, Pubmed, Science Direct entre otras donde se logra verificar que la información consultada es de interés para el proyecto.

3.3.3 Población

La población abarca distintas personas de interés para el estudio, en este caso pacientes con enfermedad coronaria multivaso que utilizan tratamiento antiplaquetario doble o triple para lo cual se toman como la población en estudio obteniendo como resultado 11535 artículos.

3.3.4 Muestra

La muestra obtenida hace referencia a los resultados de los artículos tras la aplicación de los criterios de exclusión e inclusión. (11 artículos).

3.3.5 Criterios de inclusión y exclusión

Son parámetros basados en la pregunta PICO, con el objetivo de delimitar las características de la población en estudio, variables del tema y otros datos de interés para la investigación.

Tabla 1 Criterios de inclusión y exclusión

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Tratamiento antiplaquetario en pacientes con enfermedad coronaria multivaso.	Enfermedad Coronaria de un único vaso culpable.
Efectos en la calidad de vida a corto y largo plazo.	Diabetes u otras afectaciones crónicas concomitantes.
Documentos publicados a partir del 2017	Angina estable
Estudios en hombres y mujeres	
Pacientes que recibieron stent.	
Países de América Latina	
Publicaciones en Estados Unidos	
Publicaciones en Europa.	

Fuente: elaboración propia, 2024.

3.4 INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

3.4.1 Instrumentos

Dentro de los instrumentos utilizados para la recolección de la información del fenómeno en estudio se han extraído artículos de diferentes bases de datos como pubmed, scientificDirect, donde tras una exhaustiva revisión y tras obtener los resultados utilizando los criterios de exclusión e inclusión en la búsqueda de los artículos se ha utilizado una hoja de Excel donde se colocaron estos criterios en 2 columnas de inclusión y exclusión, una columna con el título de cada artículo y tras analizar uno por uno al final se realiza una síntesis y se especifica si puede ser utilizado o es excluido en base a nuestros criterios de búsqueda.

3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de la investigación es no experimental, ya que se estudia un fenómeno que solamente estamos observando y no así alterando sus variables, se observan los acontecimientos tal y como son, de manera objetiva sin manipular los datos obtenidos. De la misma forma en cuanto al tiempo en que se realiza el estudio este será de tipo transversal.

3.5.1 Método PRISMA

El Sistema Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses corresponde por sus siglas en inglés al método PRISMA, utilizado para realizar revisiones sistemáticas donde se obtienen resultados de búsqueda confiables y con información respaldada científicamente.

3.5.2 Pregunta PICO

Esta es un marco investigativo clínico para formular preguntas claras y enfocadas para estudios de medicina basada en evidencia, corresponde a una nemotecnia en inglés; Patient, Intervention, Comparison, Outcome, utilizando estas palabras como referencia es que se logra abarcar los temas relevantes para la población.

Tabla 2 Algoritmo pregunta clínica de investigación

PATIENT	INTERVENTION	COMPARISON	OUTCOME
Población con enfermedad coronaria multivaso que recibieron un stent.	Tratamiento antiplaquetario doble	Tratamiento antiplaquetario triple	Efectos en la calidad de vida y mortalidad

Fuente: elaboración propia, 2024

3.6 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Hace referencia a la etapa de identificación de artículos para el estudio, los pasos detallados para reunir los datos de investigación se detallan las palabras claves usadas en las bases de datos.

3.6.1 DESCRIPTORES

La búsqueda inicia utilizando distintas bases de datos entre ellas Pubmed, Scielo donde se utilizan palabras claves como tratamiento antiplaquetario, enfermedad coronaria multivaso, efectos en la calidad de vida, terapia antiplaquetaria doble vs terapia triple, consiguiendo 264 documentos, tanto en español como en inglés donde se fueron descartando por la línea de tiempo, por título y los que tenían acceso a texto completo.

Tabla 3 Estrategia de búsqueda

Descriptor	Español	Inglés
Anticoagulantes	X	X
Enfermedad coronaria	X	X
Terapia dual	X	X
Terapiatriple	X	X
Síndrome coronario agudo	X	X
Aspirina	X	X
Antiagregantes	X	X
Terapia antiplaquetaria doble	X	X

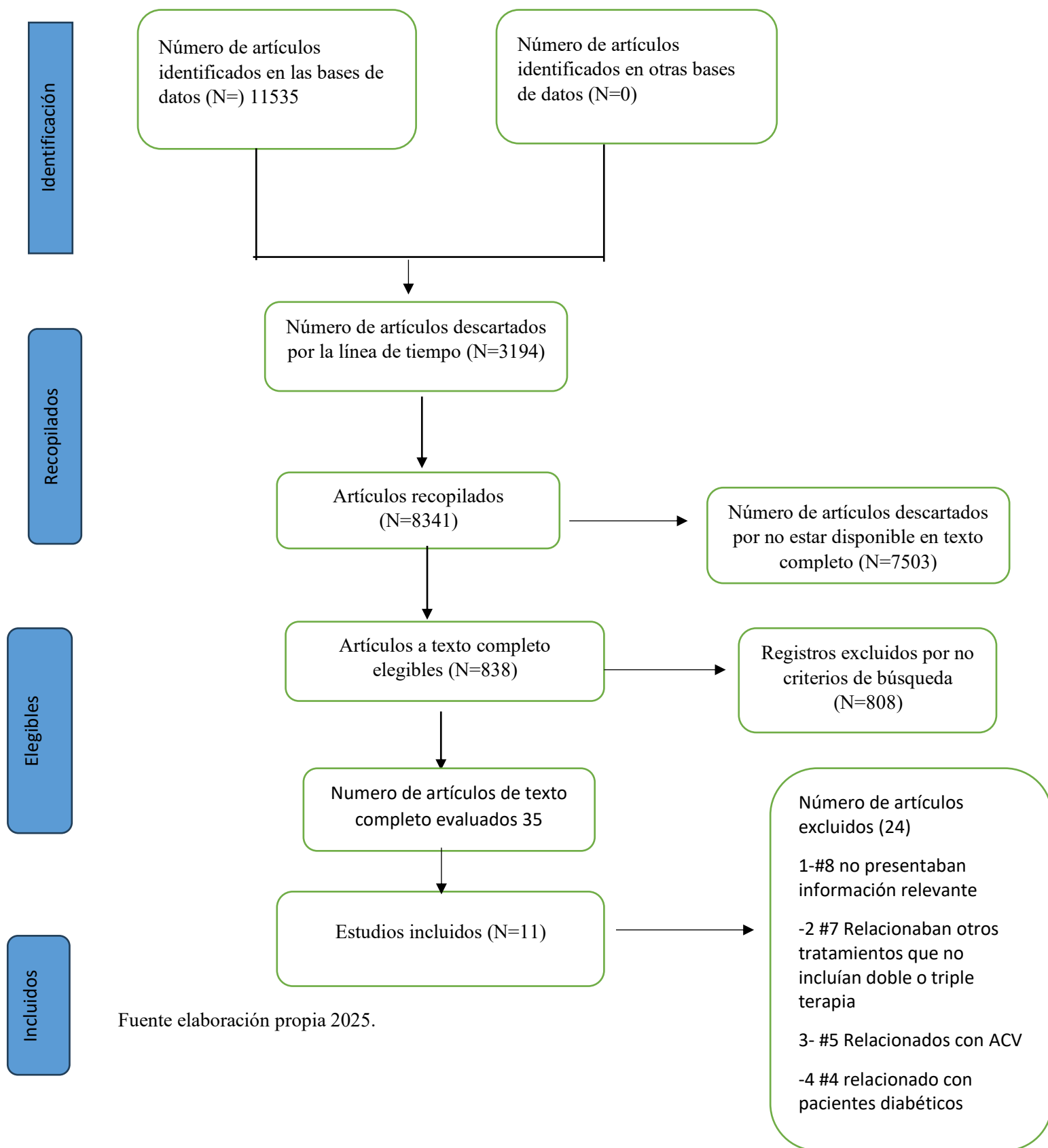
Fuente: elaboración propia, 2024.

3.7 PALABRAS CLAVE

La búsqueda inicia en la base de datos Pubmed, utilizando palabras claves y boléanos, los cuales se detallan en la tabla 3. Se realiza la combinación de “terapia antiplaquetaria doble” or “terapia antiplaquetaria triple” “enfermedad coronaria multivaso” and “efectos en la calidad de vida y mortalidad” y se encuentran artículos, de los cuales se descartan artículos ya que algunos no cumplen con la línea de tiempo establecida y porque abarcan tratamiento antiplaquetario en otras patologías que no son de interés en la investigación.

Igualmente se realizó búsqueda en la base de datos de scientificDirect donde se encontraron artículos de los cuales se descartan aquellos no cumplen con las líneas de tiempo, no incluyen la población meta de la investigación. Los artículos utilizados en otras bases de datos no fueron incluidos ya que no contaban con evidencia de calidad para el estudio.

Figura 2 Flujograma prisma revisión sistemática.



3.8 ANALISIS DE DATOS

Tras la recopilación de estudios sobre enfermedad coronaria multivaso y el tratamiento antiplaquetario, se realiza una síntesis sobre los resultados obtenidos y el impacto en la calidad de vida y en la mortalidad de estos pacientes y en cómo influye en esto la decisión de utilizar la terapia doble vs la triple tomando en cuenta los beneficios y los riesgos que presenta el tratamiento seleccionado para cada paciente. Se utilizan criterios del sistema GRADE para la verificación del nivel de evidencia. También se utilizó la plataforma FLC para comprobar la calidad de los artículos donde se fue insertando cada artículo y utilizando distintos criterios en cada ficha de lectura de la plataforma y los artículos tienen un nivel de calidad alta

CAPITULO IV RESULTADOS

4.1 Generalidades

Los resultados de esta investigación se obtienen por medio de un proceso en el que se ha realizado una búsqueda de artículos científicos en las bases de datos de Sciencedirect y Pubmed, en los meses de enero y febrero de 2025 utilizando descriptores y comandos que contienen los filtros y la información necesaria según corresponde.

4.2 RESULTADOS PRINCIPALES

4.2.1 Terapia antiplaquetaria dual con anticoagulación concomitante: perspectivas actuales sobre la triple terapia.

En el estudio de Patail et al. (2023), se examina la efectividad y seguridad de la denominada terapia triple, que consiste en una combinación de terapia antiplaquetaria dual (aspirina junto a un inhibidor P2Y₁₂, como clopidogrel) y anticoagulación oral (antagonistas de la vitamina K o anticoagulantes orales directos) en pacientes con comorbilidades cardiovasculares, especialmente en aquellos con fibrilación auricular que han sido sometidos a una intervención coronaria percutánea.

Los descubrimientos principales sugieren que, aunque la terapia triple puede ofrecer un leve beneficio isquémico, este se ve considerablemente contrarrestado por un aumento notable en el riesgo de hemorragia. Varios estudios analizados, como WOEST, PIONEER AF PCI, RE DUAL PCI, AUGUSTUS y ENTRUST AF PCI, coinciden en que las estrategias de terapia dual

(anticoagulante oral + inhibidor P2Y₁₂, excluyendo aspirina) proporcionan un perfil de seguridad mejorado sin afectar de manera considerable la protección isquémica.

En la práctica, se determina que la terapia triple debe acortarse en tiempo, utilizándose en pacientes con alto riesgo de trombosis durante el periodo periintervencionista, y rápidamente cambiar a doble terapia. Se sugiere el uso preferente de anticoagulantes orales directos (DOAC) en lugar de Warfarina, y clopidogrel como inhibidor P2Y₁₂ de primera elección, a menos que haya contraindicación.

Estos descubrimientos son significativos para comprender nuestros resultados, dado que respaldan la tendencia que se ha observado en nuestra población de estudio hacia regímenes simplificados de doble terapia, lo que refleja una mayor preocupación clínica por la seguridad en cuanto a hemorragias. Asimismo, enfatizan la necesidad de personalizar el tratamiento según el perfil de riesgo trombótico y hemorrágico del individuo.

4.2.2 Duración de la terapia antiplaquetaria dual después de una intervención coronaria percutánea en pacientes con alto riesgo de sangrado.

El metaanálisis de Costa et al. (2022), constituye un gran aporte a la optimización de la duración de la terapia antiplaquetaria dual en paciente sometidos a intervención coronaria percutánea y con alto riesgo de sangrado. Este estudio muestra relevancia sobre los efectos de la terapia antiplaquetaria doble frente a la triple en pacientes con enfermedad coronaria multivaso ya que ofrece una visión acerca del equilibrio entre la eficacia isquémica y la seguridad hemorrágica los cuales son los ejes fundamentales en la toma de decisiones a la hora de la elección de la terapia dirigida a cada paciente. En el estudio de Costa et al. (2022), se incluyeron análisis que

compararon esquemas de terapia dual corta (1–3 meses) frente a esquemas más prolongados (mayores a 6 meses). Con los resultados se evidencia que en pacientes con alto riesgo de hemorragia que se someten a intervención coronaria, una estrategia de DAPT corta (1–3 meses) disminuye de manera notable el sangrado y la mortalidad cardiovascular, también se sugiere estrategias de desescalamiento temprano hacia monoterapia que puede ser una alternativa segura y eficaz, sin elevar los eventos isquémicos. Indica que enfocar la reducción del riesgo de hemorragia podría ser más ventajoso que extender la protección isquémica en este conjunto de pacientes. Las recomendaciones clínicas vigentes podrían modificarse para facilitar DAPT más breve en pacientes con alto riesgo de sangrado, siempre evaluando cuidadosamente el perfil particular y el tipo de stent. Uno de los aportes indirectos más significativos del estudio es la relación entre reducción de sangrados mayores y mejoras en la calidad de vida de los pacientes, los episodios hemorrágicos no solo incrementan el riesgo de muerte hospitalaria a largo plazo sino que también afectan la adherencia terapéutica y generan complicaciones de deterioran la autonomía funcional del paciente al disminuir dichos eventos mediante esquemas más cortos de terapia dual se logra un beneficio clínico que va más allá de la prevención estricta de eventos cardiovasculares impactando directamente el bienestar del paciente lo que implica un modelo más personalizado en el cual la decisión terapéutica se basa en las características individuales del paciente y en la evaluación cuidadosa de sus comorbilidades

4.2.3 Terapia antitrombótica dual (anticoagulante más antiplaquetario simple) vs. triple (anticoagulante más antiplaquetario doble): experiencia práctica.

Effron y Gibson (2018) analizan la efectividad y seguridad de dos enfoques antitrombóticos en pacientes que han recibido intervención coronaria percutánea (PCI): la terapia triple (un

anticoagulante junto a doble antiagregación plaquetaria) en comparación con la terapia dual (un anticoagulante junto a un único antiagregante). Basándose en información de estudios observacionales en entornos clínicos reales, los autores señalan que la terapia triple se relaciona con un incremento notable del riesgo de hemorragia, sin una disminución evidente en eventos trombóticos en comparación con la terapia dual. Este descubrimiento pone en duda la efectividad de la terapia triple extendida y apoya un método más prudente, donde la terapia dual brinda un mejor equilibrio entre la eficacia antitrombótica y la seguridad. Los autores están de acuerdo con las recomendaciones clínicas vigentes, que sugieren restringir el tiempo de la terapia triple, sobre todo en pacientes con elevado riesgo de hemorragia.

4.2.4 Terapia antiplaquetaria en la enfermedad coronaria: un dilema abrumador

Chaturvedula, Diver y Vashist (2018) examinan los retos clínicos relacionados con la terapia antiplaquetaria en la enfermedad coronaria, centrándose particularmente en la duración ideal de la terapia dual antiplaquetaria (DAPT) después de la intervención coronaria percutánea (PCI). Aunque se ha demostrado que la mezcla de aspirina con un inhibidor del receptor P2Y₁₂ disminuye notablemente los eventos isquémicos, su utilización a largo plazo también eleva el riesgo de hemorragias. El artículo examina datos de ensayos clínicos fundamentales y menciona que, tras la llegada de stents de nueva generación, se pueden evaluar regímenes de DAPT más breves en pacientes específicos. Los escritores subrayan la relevancia de personalizar la duración del tratamiento de acuerdo con el perfil de riesgo isquémico y hemorrágico de cada paciente, fomentando un enfoque centrado en la decisión conjunta entre el médico y el paciente.

4.2.5 Triple terapia antitrombótica vs. doble terapia antitrombótica: Un escenario, ocho preguntas, muchas conclusiones

En la revisión de Aloia et al. (2019), se resumen las diferencias entre la terapia antitrombótica doble (OAC + P2Y₁₂) y triple (TT) en pacientes con fibrilación auricular que se someten a PCI. Se resalta que, si bien la TT proporciona una mejor protección teórica frente a eventos isquémicos, está evidentemente vinculada a un aumento considerable de eventos hemorrágicos. Estudios como WOEST e ISAR TRIPLE registraron una reducción en los eventos hemorrágicos con la doble terapia, sin indicar un incremento significativo en eventos tromboticos. Ensayos de mayor envergadura (PIONEER AF PCI y RE DUAL PCI) respaldaron esta tendencia, evidenciando disminución en el sangrado clínico significativo con doble terapia, conservando eficacia similar respecto a eventos tromboembólicos y mortalidad. Se determina que, a pesar de las limitaciones metodológicas de los datos disponibles (bajo poder estadístico, alta variabilidad), el perfil de seguridad y beneficio apoya la doble terapia en la mayoría de los pacientes, sugiriendo la TT únicamente en casos específicos.

Las pruebas disponibles indican de manera consistente que la TT aumenta el riesgo de hemorragia sin proporcionar una disminución evidente en eventos isquémicos significativos, aunque los ensayos presentan limitaciones (tamaños reducidos, alta variabilidad en IC, diseño que no siempre se centra en eventos isquémicos). Se sugiere crear nuevos estudios más organizados, con información angiográfica exhaustiva y adaptación de la duración y el régimen según el riesgo particular.

4.2.6 Terapia antiplaquetaria dual en la enfermedad arterial coronaria

De acuerdo con Sharma et al. (2020), se ofrece un examen de la evidencia clínica en relación con la terapia antiplaquetaria dual (DAPT) en el manejo de la enfermedad coronaria, especialmente en pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) y en aquellos que han recibido una intervención coronaria percutánea (ICP). La combinación de ácido acetilsalicílico (aspirina) y un inhibidor del receptor P2Y₁₂ (como clopidogrel, prasugrel o ticagrelor) constituye la base de la DAPT, con el fin de disminuir episodios trombóticos recurrentes, como infarto de miocardio, accidente cerebrovascular o trombosis del stent. DAPT (aspirina junto con un inhibidor P2Y₁₂) es la estrategia convencional tras SCA, demostrando ser más efectiva que la monoterapia; ticagrelor y Prasugrel son más potentes que clopidogrel en prevenir eventos isquémicos, aunque implican un mayor riesgo de hemorragias no quirúrgicas. La duración convencional de 12 meses ha sido objeto de debate: estudios como STOPDAPT-2, SMART CHOICE, TWILIGHT y TICO han demostrado que una monoterapia temprana puede disminuir hemorragias sin afectar la efectividad. Instrumentos como PRECISE DAPT son valiosos para ajustar la duración del tratamiento de acuerdo con el perfil de riesgo.

Respecto a la duración de la DAPT, Sharma y colaboradores examinan varios estudios que consideran tanto su extensión como su reducción. El Estudio DAPT demostró que extender el tratamiento por encima de 12 meses (hasta 30 meses) disminuye la recurrencia de infartos y trombosis del stent, pero aumenta significativamente el riesgo de hemorragia moderada o grave (2.5 % contra 1.6 %; $p = 0.001$). A diferencia de esto, estudios como STOPDAPT-2 y SMART-CHOICE analizaron regímenes más breves de DAPT seguidos de monoterapia con clopidogrel

o ticagrelor, mostrando no inferioridad e incluso una disminución en los eventos hemorrágicos, sin afectar la efectividad clínica.

4.2.7 Eficacia y seguridad de la terapia antiplaquetaria dual en pacientes sometidos a implante de stent coronario

En el metaanálisis en red llevado a cabo por Xu et al. (2021), que abarcó a más de 81 mil pacientes en 24 ensayos clínicos aleatorios, se evaluaron seis enfoques diferentes en cuanto a la duración y ajuste de la terapia antiplaquetaria dual (DAPT) después de la intervención coronaria percutánea con stents de liberación de fármacos.

Los hallazgos mostraron que la DAPT extendida (>12 meses) fue más efectiva en disminuir eventos isquémicos como infarto de miocardio y trombosis del stent, aunque implicó un incremento en el riesgo de hemorragias mayores. En cambio, estrategias reducidas (particularmente DAPT de 3 meses seguida de monoterapia con un inhibidor P2Y₁₂) se relacionaron con una menor incidencia de hemorragias, sin incrementar eventos trombóticos importantes, y lograron el perfil de beneficio clínico más favorable.

Especialmente en lo que respecta al balance entre eficacia y seguridad según la duración del tratamiento, estos resultados apoyan la urgencia de enfoques adaptados al riesgo isquémico y hemorrágico.

4.2.8 Comparación entre terapia antiplaquetaria mono vs. dual vs. triple en pacientes con cardiopatía isquémica sometidos a ICP.

El análisis efectuado por Al-Shammari y colaboradores muestra un metaanálisis en red que evalúa de forma exhaustiva las estrategias de monoterapia, terapia doble (DAPT) y terapia triple antiplaquetaria en pacientes con enfermedad isquémica que se someten a intervención coronaria percutánea (PCI). Este estudio trata un asunto fundamental en la cardiología intervencionista, ya que la mejora del tratamiento antiplaquetario es esencial para reducir el riesgo de complicaciones trombóticas sin aumentar en demasía la morbilidad por hemorragias. La técnica utilizada posibilita valorar no solo comparaciones directas entre dos tácticas, sino también deducir conexiones indirectas, ampliando la evidencia existente. Los hallazgos sugieren que la terapia combinada sigue siendo el estándar de tratamiento, ya que establece un equilibrio positivo entre la prevención de eventos isquémicos, como el infarto de miocardio y la trombosis del stent, y la ocurrencia de eventos hemorrágicos. No obstante, el análisis resalta que la monoterapia puede ser una opción adecuada en pacientes con alto riesgo de hemorragia, puesto que reduce de manera significativa la aparición de hemorragias mayores, aunque con un ligero aumento en eventos isquémicos. En cambio, la terapia triple, aunque es superior en la protección isquémica, evidenció un incremento notable en las complicaciones hemorrágicas, lo que restringe su uso a situaciones clínicas particulares y a pacientes seleccionados con elevado riesgo trombótico y bajo riesgo hemorrágico. Este análisis enfatiza la importancia de una estrategia individualizada en la administración de terapia antiplaquetaria después de la PCI, teniendo en cuenta factores clínicos y de riesgo para optimizar los beneficios clínicos y reducir daños. Asimismo, enfatiza la función del metaanálisis en red como instrumento para orientar

decisiones clínicas cuando no hay comparaciones directas evidentes entre todas las alternativas terapéuticas disponibles.

4.2.9 Triple terapia versus doble terapia antiplaquetaria para pacientes con fibrilación auricular y síndromes coronarios agudos

De acuerdo con Fake et al (2017), en el análisis sistemático Triple terapia frente a doble terapia antiplaquetaria para pacientes con fibrilación auricular y síndromes coronarios agudos: una revisión sistemática de la literatura, se observó una clara tendencia hacia un mayor riesgo de hemorragia vinculado al uso de terapia triple (anticoagulante oral y doble antiagregación plaquetaria) en comparación con la terapia doble (anticoagulante y un solo antiagregante). Respecto a los eventos isquémicos mayores (infarto agudo de miocardio, accidente cerebrovascular y muerte cardiovascular), la mayoría de los estudios no encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos tratamientos, aunque en algunos se evidenció una tendencia no significativa hacia la disminución de eventos con la terapia triple. La mortalidad global no presentó un patrón definido, ya que solo un estudio indicó una disminución significativa en el riesgo de muerte con tratamiento triple, mientras que los otros no mostraron ventaja clínica en ninguna de las estrategias.

4.2.10 Impacto de la triple terapia antitrombótica en pacientes con SCA sometidos a intervención percutánea

La investigación de Yan et al. (2017) se enfocó en analizar el efecto de la terapia antitrombótica triple (TT) en comparación con la terapia dual (DT) en individuos con síndrome coronario agudo (SCA) que recibieron intervención coronaria percutánea (ICP) y necesitaban anticoagulación oral. Durante un seguimiento de 12 meses, el evento principal (mortalidad por cualquier causa, reinfarto o hemorragia severa) se presentó en mayor porcentaje en los pacientes que recibieron terapia doble en comparación con la terapia dual, lo que sugiere que, en una población con SCA tras ICP que requieren anticoagulantes, la terapia triple no aumentó el riesgo de resultados adversos globales en relación con la terapia dual, pero sí disminuyó significativamente la tasa de reinfarto sin incrementar el riesgo de hemorragia grave. Estos hallazgos son clínicamente significativos, pues sugieren que la estrategia de tres fármacos podría proporcionar una mejor protección contra eventos isquémicos sin poner en riesgo la seguridad hemorrágica en este escenario.

4.2.11 Triple terapia antitrombótica (triple terapia) después de la intervención coronaria percutánea en la anticoagulación crónica

En este artículo de revisión fundamentado en la literatura especializada de Hussain et al., 2022, se analizan los tratamientos antitrombóticos en individuos que han sido sometidos a intervención coronaria percutánea (ICP) y que necesitan anticoagulación crónica, generalmente debido a fibrilación auricular. Se comprobó que la unión de la anticoagulación oral con la doble antiagregación (terapia triple) muestra que esta combinación aspirina, inhibidor P2Y12 y anticoagulante oral se relaciona con un incremento notable en episodios hemorrágicos y en mortalidad, en comparación con tratamientos más simples que consisten en un antiplaquetario e inhibidor P2Y12 (terapia dual).

Los autores destacan que las estrategias han cambiado: investigaciones recientes indican que las terapias que utilizan anticoagulantes orales directos junto con un único antiagregante (terapia dual) reducen considerablemente el riesgo de hemorragias, sin mostrar diferencias significativas en resultados como mortalidad total, eventos cardiovasculares mayores o accidentes cerebrovasculares, en relación con la terapia triple.

Este cambio en el enfoque terapéutico se fundamenta también en los hallazgos de ensayos clínicos aleatorios como WOEST, ISAR TRIPLE, PIONEER AF PCI, RE DUAL PCI, AUGUSTUS y ENTRUST AF PCI, los cuales, mencionados en la revisión, ofrecen evidencia robusta sobre la menor seguridad del esquema de triple terapia, especialmente en relación con el sangrado, sin beneficios isquémicos claros.

Tabla 4 Filtrado pubmed en ingles

Palabras claves <i>en inglés</i>	(dual antiplatelet therapy) AND (triple antiplatelet therapy)	multivessel coronary artery disease and antiplatelet therapy	antiplatelet therapy and multilevel disease and risks factor
Cantidad de registros	675	165	9
Filtros #1	artículos de los últimos 5 años	artículos de los últimos 5 años	artículos de los últimos 5 años
Subtotal de registros	220	62	3
filtros #2	Texto completo	Texto completo	Texto completo
Subtotal de registros	139	38	1
Total, de registros descartados por automatización	650	156	8
<i>Total, de registros para examinar</i>	25	9	1

Fuente: elaboración propia 2025

Tabla 5 Filtrado Pubmed en español

Palabras clave en español	(enfermedad coronaria multivaso) OR(terapia antiplaquetaria t)	(Enfermedad coronaria multivaso) AND (terapia antiplaquetaria)	(enfermedad coronaria multivaso) AND (terapia antiplaquetaria) AND (factores de riesgo)
Cantidad de registros	21	No se encontraron datos	No se encontraron datos
Filtros #1	artículos de los últimos 5 años	No se encontraron datos	No se encontraron datos
Subtotal de registros	10	No se encontraron datos	No se encontraron datos
filtros #2	Texto completo	No se encontraron datos	No se encontraron datos
Subtotal de registros	5	No se encontraron datos	No se encontraron datos
Total, de registros descartados por automatización	18	No se encontraron datos	No se encontraron datos
Total, de registros para examinar	3	No se encontraron datos	No se encontraron datos

Fuente: elaboración propia 2025

Tabla 6 Filtrado Sciencedirect en ingles

Palabras claves en inglés	(dual antiplatelet therapy) AND (triple antiplatelet therapy)	multivessel coronary artery disease and antiplatelet therapy	antiplatelet therapy and multilevel disease and risks factor
Cantidad de registros	3992	5536	983
Filtros #1	Últimos 5 años	Últimos 5 años	Últimos 5 años
Subtotal de registros filtros #2	1483	1608	412
	Artículo de revista	Artículo de revista	Artículo de revista
Subtotal de registros	323	259	63
Total, de registros descartados por automatización	3900	5500	973
Total, de registros para examinar	92	36	10

Fuente: elaboración propia 2025

Tabla 7 Filtrado Sciencedirect en español

Palabras claves en español	(Terapia antiplaquetaria dual) AND (terapia antiplaquetaria triple)	(Enfermedad coronaria multivaso) AND (terapia antiplaquetaria)	(enfermedad coronaria multivaso) AND (terapia antiplaquetaria) AND (factores de riesgo)
Cantidad de registros	103	28	23
Filtros #1	Últimos 5 años	Últimos 5 años	Últimos 5 años
Subtotal de registros filtros #2	36 Artículo de revista	4 Artículo de revista	4 Artículo de revista
Subtotal de registros	4	3	3
Total, de registros descartados por automatización	99	25	20
Total, de registros para examinar	4	3	3

Fuente: elaboración propia 2025

4.3 Características principales de los estudios

Son artículos principalmente de tipo de estudio de revisión, descriptivos, de los cuales los seleccionados para este estudio son en su totalidad artículos en inglés, todos cuentan con acceso gratuito y son del año 2015 al 2025.

4.3.1 Estudios incluidos en la investigación

En este apartado se presenta un resumen de cada artículo incluido en la revisión sistemática por base de datos, palabras clave usadas en su búsqueda, título, autores, año de publicación, revista, tipo de estudio y la conclusión que corresponde a cada uno.

Tabla 8 Matriz de búsqueda

Título	-Autor	Palabras Clave	Conclusiones
Terapia antiplaquetaria dual con anticoagulación concomitante: perspectivas actuales sobre la triple terapia.	(Patel et al., 2023)	dual antiplatelet therapy) AND (triple antiplatelet therapy)	La terapia antiplaquetaria triple puede reducir eficazmente la re-estenosis del stent y prevenir complicaciones cardíacas mayores posterior a una ICP sin embargo por su alto riesgo de hemorragia su eficacia puede ser cuestionada.
Duración de la terapia antiplaquetaria dual después de una intervención coronaria percutánea en pacientes con alto riesgo de sangrado.	Costa et al. (s. f.)	dual antiplatelet therapy) AND (triple antiplatelet therapy)	Los regímenes cortos de DAPT posterior a una ICP se asocian con un menor riesgo de hemorragias y de mayores complicaciones que puedan llevar a un aumento de la mortalidad. Se ha demostrado que la terapia triple es superior a la doble en la prevención de eventos embólicos sistémicos en pacientes con FA, la doble es superior en cuanto a prevención de trombosis del stent y eventos cardiovasculares adversos mayores (MACE) en pacientes sometidos a la implantación de un stent. La triple presenta mayor riesgo de sangrado.
Terapia antitrombótica dual (anticoagulante más antiplaquetario simple) vs. triple (anticoagulante más antiplaquetario doble): experiencia práctica	Effron y Gibson (2018)	dual antiplatelet therapy) AND (triple antiplatelet therapy)	La terapia dual y su uso a largo plazo al menos 12 meses se asocia con una reducción de nuevos eventos isquémicos, se recomienda una elección individualizada que tome en cuenta el riesgo isquémico y hemorrágico.
Terapia antiplaquetaria en la enfermedad coronaria: un dilema abrumador	Chaturvedula et al. (2018).	multivessel coronary artery disease and antiplatelet therapy	La terapia triple tiene mayores beneficios en pacientes con enfermedad coronaria multivasa y FA concomitante, sin embargo, por su alto riesgo de sangrado no se logra una menor tasa de mortalidad.
Triple terapia antitrombótica vs. doble terapia antitrombótica: Un escenario, ocho preguntas, muchas conclusiones	(Aloia et al., 2019)	dual antiplatelet therapy) AND (triple antiplatelet therapy)	

Tabla 9 Matriz de búsqueda

Titulo	Autor	Tipo de estudio	Palabra calve	Conclusión
Terapia antiplaquetaria dual en la enfermedad arterial coronaria	(Sharma et al., 2020)	Revisión sistemática	dual antiplatelet therapy) AND (triple antiplatelet therapy)	La terapia dual ha demostrado una reducción de eventos recurrentes
Triple terapia antitrombótica (triple terapia) después de la intervención coronaria percutánea en la anticoagulación crónica	(Hussain et al., 2022)	Revisión de literatura	multivessel coronary artery disease and antiplatelet therapy	La anticoagulación oral con un inhibidor de P2Y12 más AAS (terapia triple) conlleva un alto riesgo de sangrado y muerte en comparación con ACO más inhibidor de P2Y12 (terapia doble) sin un aumento significativo en la eficacia.
Eficacia y seguridad de la terapia antiplaquetaria dual en pacientes sometidos a implante de stent coronario	(Xu et al., 2021)	Revisión sistemática	dual antiplatelet therapy) AND (triple antiplatelet therapy)	La desescalada temprana (3 meses) de la DAPT a la monoterapia con inhibidor de P2Y12 puede ser una opción razonable para equilibrar el riesgo trombótico con el hemorrágico, especialmente en aquellos con alto riesgo de sangrado acompañado de isquemia.
Comparación entre terapia antiplaquetaria mono vs. dual vs. triple en pacientes con cardiopatía isquémica sometidos a ICP.	(Ali Saad Al-Shammari et al., 2024)	metanálisis	antiplatelet therapy and multilevel disease and risks factor	La DAPT y la TAPT aumentaron el riesgo de eventos hemorrágicos en comparación con la terapia simple.
Triple terapia versus doble terapia antiplaquetaria para pacientes con fibrilación auricular y síndromes coronarios agudos	Fake et al. (2017)	Revisión sistemática de literatura	dual antiplatelet therapy) AND (triple antiplatelet therapy)	La terapia triple se asoció de manera consistente con un aumento del riesgo de sangrado.
Impacto de la triple terapia antitrombótica en pacientes con SCA sometidos a intervención percutánea	(Yan et al., 2017)	Revisión sistemática	dual antiplatelet therapy) AND (triple antiplatelet therapy)	La TAP no se asoció con un mayor resultado adverso en comparación con la terapia doble. Además, disminuyó el riesgo de isquemia y no aumentó el riesgo de sangrado grave.

Fuente: elaboración propia 2025.

CAPITULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

5.1 DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

-Los efectos en la calidad de vida de los pacientes con enfermedad coronaria multivaso posterior al inicio de tratamiento antiplaquetario; los hallazgos actuales indican que la selección y la duración del tratamiento terapéutico influyen de manera considerable, tanto en lo clínico como en lo funcional. Varios estudios han evidenciado que, aunque la terapia antiplaquetaria es esencial para disminuir el riesgo de eventos isquémicos recurrentes, su uso prolongado o en conjunto con anticoagulantes puede aumentar el riesgo de hemorragia, lo que afecta negativamente la percepción de bienestar, la autonomía y la adherencia al tratamiento.

-La mortalidad en pacientes con enfermedad coronaria multivaso tras el uso de la terapia antiplaquetaria doble vs el triple, no existe una diferencia estadísticamente significativa en la mortalidad total entre quienes reciben terapia antiplaquetaria doble (DAPT) y aquellos tratados con terapia triple (TAT). Sin embargo aquellos que recibieron terapia doble con esquemas cortos no incrementa la mortalidad, incluso en pacientes con alto riesgo de sangrado lo que sugiere que la eficacia de este no depende necesariamente a esquemas más prolongados si no a una adecuada elección del tratamiento y de la individualización con respecto a la duración del tratamiento, la baja tasa de sangrados mayores observada en esquemas más cortos repercute en la reducción de la mortalidad, en la terapia triple la evidencia acumulada mostro que aun que puede estar asociada a un mayor beneficio en prevención de nuevos eventos isquémicos o eventos mayores no se traduce en una reducción significativa de la mortalidad por el contrario puede presentarse un aumento importante en el riesgo de hemorragias mayores lo que se puede

traducir en un incremento en los predictores de mortalidad y supervivencia global de estos pacientes.

-Los efectos del tratamiento antiplaquetario doble vs el triple relacionados con la calidad de vida y la mortalidad de los pacientes con enfermedad coronaria multivaso; los hallazgos actuales revelan una compleja interacción entre eficacia clínica y seguridad terapéutica. En términos de mortalidad, el estudio de Yan et al. (2017), basado en datos de estudios realizados, encontró que no hubo diferencias estadísticamente significativas en la tasa de mortalidad a un año entre los pacientes tratados con terapia doble y aquellos que recibieron terapia triple, a pesar de que esta última mostró una reducción significativa en la incidencia de reinfarto no se traduce en una reducción directa de la mortalidad global, esto podría estar asociado a que el beneficio de un menor riesgo isquémico este contrarrestado por el incremento de mayor riesgo hemorrágico.

Con respecto a la calidad de vida varios estudios demuestran que los pacientes con enfermedad coronaria multivaso suelen presentar limitaciones significativas asociadas a esta patología dentro de estas limitaciones las más frecuentes son angina recurrente, restricción de la capacidad funcional, disfunción ventricular, aunque el uso de la triple se a asociado a una mejor calidad de vida al reducir la recurrencia de eventos cardiovasculares mayores y una disminución en el número de hospitalizaciones requeridas y procedimientos de revascularización también se reconoce que estos beneficios en la calidad de vida podrían verse contrarrestados por los efectos secundarios de este tratamiento al presentar mayor riesgo de presentar eventos hemorrágicos.

-El paciente con enfermedad coronaria que utiliza como tratamiento la terapia antiplaquetaria doble vs la triple; en general los pacientes que reciben terapia triple (anticoagulante oral + clopidogrel + aspirina) suelen presentar un perfil clínico de mayor riesgo trombótico,

incluyendo antecedentes de infarto agudo de miocardio con elevación del ST, disfunción ventricular izquierda, fibrilación auricular, y múltiples factores de riesgo cardiovascular como hipertensión y dislipidemia, el análisis de diferentes estudios tienen como resultado la asociación de la terapia triple a escenarios clínicos de mayor riesgo lo que justifica la intensificación del tratamiento en ese grupo de pacientes.

Este grupo, sin embargo, también muestra mayor prevalencia de comorbilidades, como insuficiencia cardíaca o enfermedad renal, lo que hace más compleja la decisión terapéutica debido al riesgo aumentado de sangrado, esto hace que la toma de decisiones en cuanto a la elección sea individualizada de acuerdo con el perfil de riesgo beneficio de cada paciente. Por el contrario, los pacientes tratados con terapia doble (anticoagulante oral + clopidogrel) suelen ser de mayor edad, con antecedentes de sangrado, y con menor perfil isquémico, lo que motiva un enfoque más conservador que ajusta el tratamiento no solo a la necesidad de disminución del riesgo isquémico, sino que también prioriza la reducción del riesgo hemorrágico por parte del equipo clínico. Es evidente que no todos los grupos se benefician de la misma forma de las diferentes estrategias terapéuticas lo que demuestra que la elección de la terapia no debe limitarse a la presencia de eventos cardiovasculares, sino que debe permitir un análisis integral del perfil de cada paciente lo que permitirá establecer recomendaciones que contribuyan en el manejo de pacientes con enfermedad coronaria multivaso tratados con stent.

-El impacto de la terapia antiplaquetaria dual vs la triple en la reducción y recurrencia de eventos cardiovasculares graves constituye un punto de gran relevancia en el contexto de la prevención secundaria en pacientes con enfermedad coronaria multivaso con stent y que reciben

tratamiento. La evidencia sugiere que, ambos esquemas ofrecen eficacia en la prevención secundaria de eventos mayores, existen diferencias clínicas importantes que deben considerarse según el perfil del paciente, se ha demostrado que la terapia dual, conformada por la combinación de ácido acetil salicílico u un inhibidor del receptor P12Y12 es un pilar en el manejo de la enfermedad coronaria, sin embargo la terapia triple se asoció con una menor tasa de reinfarto y de recurrencia de eventos isquémicos graves en comparación con la terapia dual, siendo esta diferencia estadísticamente significativa, lo que sugiere que la intensificación del tratamiento podría ser de beneficio en determinados grupos de pacientes con alto riesgo.

A pesar de esto es importante resaltar que la elección entre terapia dual y triple no puede generalizarse, pues el uso de terapia triple puede estar asociado a mayor riesgo de complicaciones hemorrágicas, por tanto la elección del tipo de tratamiento utilizado exige una evaluación minuciosa del balance riesgo beneficio y no solo del tipo de terapia, sino también del equilibrio entre protección trombótica y seguridad clínica individual, según la evidencia se debe de tomar en cuenta factores como la edad, la presencia de comorbilidades, tipo de stent implantado y el riesgo de sangrado, lo que permite optimizar la prevención secundaria y mejorar las cifras de los eventos cardiovasculares graves a largo plazo.

Figura 3 Variables incluidas en los puntajes de riesgo de sangrado en pacientes con terapia antiagregante dual.

DAPT Score	PRECISE-DAPT
Edad	Edad
Tabaquismo	Sangrado previo
Diabetes mellitus	Recuento de glóbulos blancos
Hipertensión arterial	Hemoglobina
Enfermedad vascular periférica	Clearance de creatinina
Infarto miocárdico como presentación clínica	
Angioplastia o infarto previo	
Stent liberador de paclitaxel	
Diámetro de stent < 3 mm	
Insuficiencia cardíaca o FEVI < 30%	
Angioplastia a puente venoso	

Fuente elaboración propia 2025. Tomado de

https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-85602017000300200&lang=es.

CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

- Los efectos favorables en la calidad de vida se han asociado mayormente a la terapia dual, ya que estos presentan menores efectos adversos principalmente sangrados lo que conlleva a que los pacientes requieran menos hospitalizaciones lo que lo convierte en un tratamiento eficaz y seguro a largo plazo.
- La mortalidad en pacientes con enfermedad coronaria multivazo que recibieron stent coronarios y que recibieron tratamiento antiplaquetario dual en un plazo largo (12 meses) tuvieron una reducción significativa en la mortalidad.
- Los efectos relacionados con la calidad de vida y la mortalidad de la terapia dual asociaron menor tasa de incidencia de eventos hemorrágicos y una disminución significativa de nuevos eventos cardiovasculares adversos mayores, así como en la mortalidad.
- La terapia triple se asoció con una disminución de nuevos eventos cardiovasculares severos, pero con un alto porcentaje de riesgo de hemorragias a largo plazo por lo que podrían aumentar la mortalidad de los pacientes.
- El paciente que puede obtener mayor beneficio de la terapia dual son aquellos pacientes con ECM que fueron sometidos a una angioplastia con stent, otras características a tomar en cuenta son la edad, el riesgo hemorrágico, y la duración del tratamiento.
- La terapia triple está dirigida para aquellos pacientes con otras patologías concomitantes a la ECM como la FA o en aquellos que han recibido prótesis valvulares y que tengan riesgos isquémicos altos, se utilizara en un periodo corto para evitar hemorragias severas.

- El uso a largo plazo de la terapia dual tiene una alta tasa de prevención de nuevos eventos isquémicos y de re-estenosis del stent, menores tasas de hemorragias como principal efecto adverso, su eficacia también está asociada al riesgo de cada paciente y de su adherencia al tratamiento.

6.2 RECOMENDACIONES

- Se recomienda en futuras investigaciones hacer énfasis en las indicaciones farmacológicas del tratamiento antiplaquetario y demostrar su eficacia en ECM, debido a que la evidencia actual hace referencia a su eficacia en pacientes con otras patologías cardiovasculares como la FA.
- Individualizar el tratamiento basado en el riesgo beneficio de cada paciente, y que la elección del tratamiento este basado en las comorbilidades y otras patologías concomitantes y que esto se refleje en una menos tasa de recurrencia de eventos mayores y de mortalidad.
- Establecer por medio de criterios características que nos permitan una mayor tasa de eficacia de acuerdo con el tratamiento seleccionado, reflejado en una disminución de efectos adversos, una mejor calidad de vida, dentro de los criterios estarían plazo de la medicación, comorbilidades factores de riesgo modificables y no modificables.
- Realizar campañas educativas en centros de salud y otras instituciones donde se logre llegar a la población en general y poder brindar recomendaciones preventivas, estilos de vida saludables, factores de riesgo modificables y no modificables que podrían llevarlos a presentar patologías cardiovasculares.

- Contar con grupos multidisciplinarios en los sistemas de salud de Costa Rica que puedan dar un acompañamiento a los pacientes que han recibido un stent y tratamiento antiplaquetario donde se pueda evidenciar los efectos en la calidad de vida, el riesgo de comorbilidades posterior al evento, su mortalidad y la eficacia del tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ali Saad Al-Shammari, Ahmed Ibrahim, Laila Shalabi, Misha Khan, & M. Rafiqul Islam. (2024). *Comparación entre terapia antiplaquetaria mono vs. dual vs. triple en pacientes con cardiopatía isquémica sometidos a ICP, un metanálisis en red*. PUBMED. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39079620/>.
2. Aloia, E., Orselli, P., & Sciacaluga, C. (2019). Triple Antithrombotic Therapy vs. Double Antithrombotic Therapy: One Scenario, 8 Questions, Many Conclusions. *CurrentCardiologyReviews*, 15(3), 219-223. <https://doi.org/10.2174/1573403x15666190111095438>.
3. Bittl, J. A., Baber, U., Bradley, S. M., & Wijesundera, D. N. (2016). Duration of Dual Antiplatelet Therapy: A Systematic Review for the 2016 ACC/AHA Guideline Focused Update on Duration of Dual Antiplatelet Therapy in Patients with Coronary Artery Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*, 134(10). <https://doi.org/10.1161/cir.0000000000000405>.

4. Chaturvedula, S., Diver, D., & Vashist, A. (2018). Antiplatelet Therapy in Coronary Artery Disease: A Daunting Dilemma. *JournalOfClinical Medicine*, 7(4), 74. <https://doi.org/10.3390/jcm7040074>.
5. Costa, F., Montalto, C., Branca, M., Hong, S., Watanabe, H., Franzone, A., Vranckx, P., Hahn, J., Gwon, H., Feres, F., Jang, Y., De Luca, G., Kedhi, E., Cao, D., Steg, P. G., Bhatt, D. L., Stone, G. W., Micari, A., Windecker, S., . . . Valgimigli, M. (2022). Dual antiplatelet therapy duration after percutaneous coronary intervention in high bleeding risk: a meta-analysis of randomized trials. *European Heart Journal*, 44(11), 954-968. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehac706>.
6. De la Torre Hernández, J. M., Domínguez, J. F. O., Hernández, F., Camarero, T. G., Altisent, O. A., Crespo, F. R., Cascón, J. D., Zavala, G., Gimeno, F., Moreno, A. L. A., Andraka, L., Menchero, A. G., Bosa, F., Carrillo, X., Recalde, Á. S., Alfonso, F., De Prado, A. P., Palop, R. L., Sanchis, J., . . . Marcos, H. T. (2015). Terapia antiplaquetaria doble de 6 o de 12 meses tras implante de stentsfarmacoactivos de nueva generación: análisis emparejado de los registros ESTROFA-DAPT y ESTROFA-2. *Revista Española de Cardiología*, 68(10), 838-845. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2015.01.010>.

7. Degrauwe, S., Pilgrim, T., Aminian, A., Noble, S., Meier, P., & Iglesias, J. F. (2017). Dual antiplatelet therapy for secondary prevention of coronary artery disease. *Open Heart*, 4(2), e000651. <https://doi.org/10.1136/openhrt-2017-000651>.
8. Dual antiplatelet therapy for the general cardiologist: recent evidence, balancing ischaemic and bleeding risk. (2023) [https://www.escardio.org/Councils/Council-for-Cardiology-Practice-\(CCP\)/Cardiopractice/dual-antiplatelet-therapy-for-the-general-cardiologist-recent-](https://www.escardio.org/Councils/Council-for-Cardiology-Practice-(CCP)/Cardiopractice/dual-antiplatelet-therapy-for-the-general-cardiologist-recent-)
9. Effron, M. B., & Gibson, C. M. (2018). Dual (Anticoagulant Plus Single Antiplatelet) vs Triple (Anticoagulant Plus Dual Antiplatelet) Antithrombotic Therapy – “Real World” Experience. *Progress In Cardiovascular Diseases*, 60(4-5), 531-536. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2018.01.010>.
10. Fake, A., & Ranchord, A. (2017). Triple terapia versus doble terapia antiplaquetaria para pacientes con fibrilación auricular y síndromes coronarios agudos: una revisión sistemática de la literatura. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5730966/>.
11. Gómez-Polo, J. C., Vivas, D., & Roldán, I. (2017). Indicación del tratamiento con doble antiagregación más allá del año. A quién y por qué. *Revista Española de Cardiología Suplementos*, 17, 24-29. [https://doi.org/10.1016/s1131-3587\(19\)30020-2](https://doi.org/10.1016/s1131-3587(19)30020-2).

12. Giacoppo, D., Matsuda, Y., Fovino, L. N., D'Amico, G., Gargiulo, G., Byrne, R. A., Capodanno, D., Valgimigli, M., Mehran, R., & Tarantini, G. (2021). Short dual antiplatelet therapy followed by P2Y₁₂ inhibitor monotherapy vs. prolonged dual antiplatelet therapy after percutaneous coronary intervention with second-generation drug-eluting stents: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *European Heart Journal*, 42(4), 308–319. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa739>.

13. Gul, F., & Parekh, A. (2023, 8 febrero). Multivessel disease. StatPearls - NCBI Bookshelf. https://www.ncbi.nlm.nih.gov.translate.google/books/NBK557895/?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=sge#:~:text=La%20enfermedad%20multivaso%20se%20define,cirug%C3%ADa%20frente%20a%20intervenciones%20percut%C3%A1neas.

14. Hussain, A., Minhas, A., Sarwar, U., & Tahir, H. (2022). Triple antithrombotic therapy (Triple therapy) after percutaneous coronary intervention in chronic anticoagulation: A literature review. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.21810>.

15. . López, E. M. F., Veliz, F. N. C., Astudillo, J. G. O., & Rodríguez, C. L. M. (2022). Enfermedad de multivaso. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8294233#:~:text>

[=La%20enfermedad%20coronaria%20multivazo%20\(ECMV,obstruye%20m%C3%A1s%20de%20un%20vaso.](#)

16. Martínez, G., Adasme, M., Fuensalida, A., Mandiola, J., Cortés, M., Potthoff, M., Méndez, M., & Martínez, A. (2017). Uso de terapia antiagregante dual luego de angioplastia coronaria. Duración, frecuencia de sangramientos y validación de scores de riesgo de hemorragia en una cohorte chilena. *Revista Chilena de Cardiología*, 36(3), 200-208. <https://doi.org/10.4067/s0718-85602017000300200>.
17. Patel, H., Sharma, T., Bali, A., Isath, A., Aronow, W., & Haidry, S. (2023). Dual antiplatelet therapy with concomitant anticoagulation: current perspectives on triple therapy. *Archives Of Medical Science - Atherosclerotic Diseases*, 8(1), 13-18. <https://doi.org/10.5114/amsad/161172>.
18. Ruiz-Nodar, J. M., & Ferreiro, J. L. (2019). Tratamiento antitrombótico tras revascularización percutánea en pacientes con indicación crónica de anticoagulación oral. *REC, Interventional Cardiology*. <https://doi.org/10.24875/recic.m19000006>.
19. Sharma, R., Kumar, P., Prashanth, S. P., & Belagali, Y. (2020). Dual Antiplatelet Therapy in Coronary Artery Disease. *Cardiology And Therapy*, 9(2), 349-361. <https://doi.org/10.1007/s40119-020-00197-0>.

20. Saito, Y., & Kobayashi, Y. (2018). Triple therapy: A review of antithrombotic treatment for patients with atrial fibrillation undergoing percutaneous coronary intervention. *JournalOfCardiology*, 73(1), 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.jjcc.2018.09.001>.
21. Shahjehan, R. D., Sharma, S., & Bhutta, B. S. (2024, 9 octubre). *Coronary artery disease*. StatPearls - NCBI Bookshelf. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK564304/>.
22. Sørensen, R., & Gislason, G. (2014). Tratamiento antitrombótico combinado triple: arriesgado, pero a veces necesario. *Revista Española de Cardiología*, 67(3), 171-175. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2013.08.011>
23. Scott Kinlay, MBBS, PhD, Melissa M. Young, Rebecca Sherrod, & David R. Gagnon. (2023). Long-Term outcomes and duration of dual antiplatelet therapy after coronary intervention with Second-Generation Drug-Eluting stents: The Veterans Affairs Extended DAPT Study. *Journal Of The American Heart Association*. <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/JAHA.122.027055>.
24. Stone, G. W., & Bode, C. (2018). Comparison of Antiplatelet Therapy in Patients with Multivessel Coronary Artery Disease: Results from the ISCHEMIA

- Trial. *Lancet*, 392(10159), 2385-2395. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31933-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31933-4).
25. Tejedor, A. V., Ripoll-Vera, T., Amaro, M. S. B., Ariza-Solé, A., Rollán, M. S., Balcones, D. V., Rodríguez, N. R., & Olmo, M. R. F. (2024). Pautas de optimización del tratamiento antiagregante tras un infarto agudo de miocardio. *REC CardioClinics*, 59(3), 201-211. <https://doi.org/10.1016/j.rccl.2024.03.005>.
26. Tian, J., Wang, Z., Wang, Y., Wang, F., Wang, Y., Zhao, P., Hou, X., Peng, X., Tian, M., Wang, D., & Yu, B. (2024). Rationale and Design of Dual Antiplatelet Therapy in Patients with Coronary Multi-Vessel Disease (DAPT-MVD): A Multicenter, Randomized, Controlled Trial. *ClinicalCardiology*, 47(12). <https://doi.org/10.1002/clc.70049>.
27. Thygesen, K., Alpert, J. S., Jaffe, A. S., Chaitman, B. R., Bax, J. J., Morrow, D. A., & White, H. D. (2018). Fourth Universal Definition of Myocardial Infarction (2018). *Journal Of The American College Of Cardiology*, 72(18), 2231-2264. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.08.1038>.

28. U Khan, M., N Lone, A., U Khan, S., Singh, M., & Valavoor, S. (2020, agosto). *Dual antiplatelet therapy after percutaneous coronary intervention and Drug-Eluting stents*. Pubmed Central. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7547897/>.
29. Velásquez, J. G., Pinedo, F. G., Estacio, M. A., Vergara, I., Yara, S., & Carrillo, D. C. (2017). Incidencia de eventos cardiovasculares mayores asociada a la suspensión de doble terapia antiagregante en pacientes con enfermedad coronaria e implante de stent. *Revista Colombiana de Cardiología*, 24(4), 342-350. <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2016.10.038>.
30. Winson, T., Basu Roy, P., N Tejani, V., & S Dhillon, S. (2023). Eficacia y seguridad de la terapia antiplaquetaria en pacientes con síndrome coronario agudo: una revisión exploratoria. PubMed. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10756026>.
31. Wei, L., Su, E., Liu, W., Xing, W., Liu, X., Zhang, Y., Wang, S., Cheng, Q., Qi, D., & Gao, C. (2020). Antithrombotic therapy in coronary artery disease patients with atrial fibrillation. *BMC Cardiovascular Disorders*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12872-020-01609-8>.
32. Xu, Y., Shen, Y., Chen, D., Zhao, P., & Jiang, J. (2021). Efficacy and Safety of dual antiplatelet therapy in patients undergoing coronary stent implantation: A Systematic

- Review and Network Meta-Analysis. *Journal of Interventional Cardiology*, 2021, 1–12. <https://doi.org/10.1155/2021/9934535>.
33. Yan, Y., Wang, X., Fan, J., Nie, S., Raposeiras-Roubín, S., Abu-Assi, E., Henriques, J. P. S., D’Ascenzo, F., Saucedo, J., González-Juanatey, J. R., Wilton, S. B., Kikkert, W. J., Núñez-Gil, I., Ari-Za-Sole, A., Song, X., Alexopoulos, D., Liebetrau, C., Kawaji, T., Moretti, C., . . . Kedev, S. (2017). Impact of triple antithrombotic therapy in patients with acute coronary syndrome undergoing percutaneous coronary intervention in real-world practice. *PubMed*, 14(11), 679-687. <https://doi.org/10.11909/j.issn.1671-5411.2017.11.003>.
34. LPalmerini, T., Benedetto, U., Bacchi-Reggiani, L., Della Riva, D., Biondi-Zoccai, G., Feres, F., Abizaid, A., Hong, M., Kim, B., Jang, Y., Kim, H., Park, K. W., Genereux, P., Bhatt, D. L., Orlandi, C., De Servi, S., Petrou, M., Rapezzi, C., & Stone, G. W. (2015). Mortality in patients treated with extended duration dual antiplatelet therapy after drug-eluting stent implantation: a pairwise and Bayesian network meta-analysis of randomised trials. *The Lancet*, 385(9985), 2371-2382. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(15\)60263-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(15)60263-x).
35. Neumann, F., Sousa-Uva, M., Ahlsson, A., Alfonso, F., Banning, A. P., Benedetto, U., Byrne, R. A., Collet, J., Falk, V., Head, S. J., Jüni, P., Kastrati, A., Koller, A., Kristensen, S. D., Niebauer, J., Richter, D. J., Seferović, P. M., Sibbing, D., Stefanini, G. G., . . . Henderson, R. (2018). 2018 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization. *European Heart Journal*, 40(2), 87-165. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy394>.

ANEXOS

ANEXO 1 DECLARACION JURADA

DECLARACIÓN JURADA

Yo María Fernanda Cubero Nieto, mayor de edad, portador de la cédula de identidad número 503960967 egresado de la carrera de Medicina y cirugía de la Universidad Hispanoamericana, hago constar por medio de éste acto y debidamente aperebido y entendido de las penas y consecuencias con las que se castiga en el Código Penal el delito de perjurio, ante quienes se constituyen en el Tribunal Examinador de mi trabajo de tesis para optar por el título de licenciatura, juro solemnemente que mi trabajo de titulado TRATAMIENTO ANTIPLAQUETARIO DOBLE VS TRATAMIENTO ANTIPLAQUETARIO TRIPLE EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CORONARIA MULTIVASO Y STENT RELACIONADO CON LOS EFECTOS EN LA CALIDAD DE VIDA Y MORTALIDAD, es una obra original que ha respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derecho de Autor y Derecho Conexos número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; incluyendo el numeral 70 de dicha ley que advierte; artículo 70. Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que éstos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original. Asimismo, quedo advertido que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público. en fe de lo anterior, firmo en la ciudad de San José, a los 05 días del mes de mayo del año dos mil veinticinco.



Firma del estudiante

Cédula 503960967

ANEXO 2 CARTA TUTORA

San José, 12 de mayo del 2025

Dirección de Registro
 Universidad Hispanoamericana
 Presente

La estudiante María Fernanda Cubero Nieto, cédula de identidad número 503960967, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado "TRATAMIENTO ANTIPLAQUETARIO DOBLE VS TRATAMIENTO ANTIPLAQUETARIO TRIPLE EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CORONARIA MULTIVASO Y STENT RELACIONADO CON LOS EFECTOS EN LA CALIDAD DE VIDA Y MORTALIDAD", el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Medicina y Cirugía. He verificado que se han incluido las observaciones y hecho las correcciones indicadas, durante el proceso de tutoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

Los resultados obtenidos por la postulante implican la siguiente calificación:

A)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	10%
B)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	18%
C)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	30%
D)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	15%
E)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	20%
	TOTAL	100%	93%

Por consiguiente, se avala el traslado de la tesis al proceso de lectura. Atentamente,

Valeria
 Delgado
 Bermúdez

Firmado digitalmente
 por Valeria Delgado
 Bermúdez
 Fecha: 2025.05.12
 15:27:16 +02'00'

Dra. Valeria Delgado Bermúdez
 Cédula: 1-1336-0934
 CMC: 15625

ANEXO 3 CARTA DEL LECTOR

CARTA DEL LECTOR

San José, 22 de setiembre de 2025

Departamento de Servicios Estudiantiles
Universidad Hispanoamericana
Presente

Estimados señores:

La estudiante María Fernanda Cubero Nieto, mayor de edad, portador de la cédula de identidad número 503960967, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado: TRATAMIENTO ANTIPLAQUETARIO DOBLE VS TRATAMIENTO ANTIPLAQUETARIO TRIPLE EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CORONARIA MULTIVASO Y STENT RELACIONADO CON LOS EFECTOS EN LA CALIDAD DE VIDA Y MORTALIDAD. El cual ha elaborado para optar por el grado de Licenciatura en Medicina y Cirugía. He revisado y he hecho las observaciones relativas al contenido analizado, particularmente, lo relativo a la coherencia entre el marco teórico y el análisis de datos; la consistencia de los datos recopilados y, la coherencia entre estos y las conclusiones; asimismo, la aplicabilidad y originalidad de las recomendaciones, en términos de aporte de la investigación. He verificado que se han hecho las modificaciones esenciales correspondientes.

Por consiguiente, este trabajo cuenta con los requisitos para ser presentado en la defensa pública.

Atentamente,



DRA. KAREN JARA
Céd. 113680471
Céd. 13226

ANEXO 4 CARTA DE AUTORIZACIÓN

**UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA
CENTRO DE INFORMACION TECNOLOGICO (CENIT)
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA LA CONSULTA, LA
REPRODUCCION PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA
DE LOS TRABAJOS FINALES DE GRADUACION**

San José, 29/10/2025

Señores:
Universidad Hispanoamericana
Centro de Información Tecnológico (CENIT)

Estimados Señores:

- El suscrito (a) Maria Fernanda Cubero Nieto con número de identificación 503960967 autor (a) del trabajo de graduación titulado TRATAMIENTO ANTIPLAQUETARIO DOBLE VS TRATAMIENTO ANTIPLAQUETARIO TRIPLE EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CORONARIA MULTIVASO Y STENT RELACIONADO CON LOS EFECTOS EN LA CALIDAD DE VIDA Y MORTALIDAD, presentado y aprobado en el año 2025 como requisito para optar por el título de Licenciatura en Medicina y Cirugía (SI /) autorizo al Centro de Información Tecnológico (CENIT) para que con fines académicos, muestre a la comunidad universitaria la producción intelectual contenida en este documento.

De conformidad con lo establecido en la Ley sobre Derechos de Autor y Derechos Conexos N° 6683, Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica.

Cordialmente,



503960967
Firma y Documento de Identidad

ANEXO 5 DEDICATORIAS

Dedico este trabajo:

A mi familia por apoyarme desde el primer día que decidí estudiar medicina por estar conmigo por sus oraciones y acompañamiento durante todo este proceso.

A mi compañero de vida por su apoyo incondicional por ser un pilar fundamental durante todo este proceso por creer siempre en lo que lograría llegar hasta el final.

A mi abuelo en el cielo que gracias a su apoyo durante tantos años hoy también estoy aquí gracias por apoyarnos siempre por nunca dejarnos por tu amor incondicional.

A Dios por que sin él nunca hubiera logrado nada porque sin él nunca hubiera llegado hasta aquí por si mi fortaleza y mi fe de que los sueños se cumplen.

A mis amigos y seres amados que de muchas formas me apoyaron y me dieron palabras de aliento cuanto sentía que no lo lograría.