



6. SELECCIÓN DE CANDIDATOS A TRATAMIENTO ANTIPLAQUETARIO DOBLE EXTENDIDO TRAS SÍNDROME CORONARIO AGUDO. EVIDENCIAS DEL REGISTRO CREA-ARIAM

Manuel Almendro Delia¹, García González Nestor², Hernández Meneses Begoña², Emilia Blanco Ponce³, José Andrés Arboleda Sánchez⁴, Juan Carlos Rodríguez Yañez⁵, José Manuel Soto Blanco⁶, Isabel Fernández García⁷, José M Castillo Caballero⁸, Juan Carlos García Rubira⁹ y Rafael J. Hidalgo Urbano²

¹Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España, ²Cardiología. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España, ³Cardiología. Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida, España, ⁴UCI. Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga, España, ⁵UCI. Hospital Universitario Puerto Real, Puerto Real (Cádiz), España, ⁶UCI. Hospital Clínico San Cecilio, Granada, España, ⁷UCI. Hospital Costa del Sol, Marbella (Málaga), España, ⁸UCI. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España y ⁹Cardiología. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.

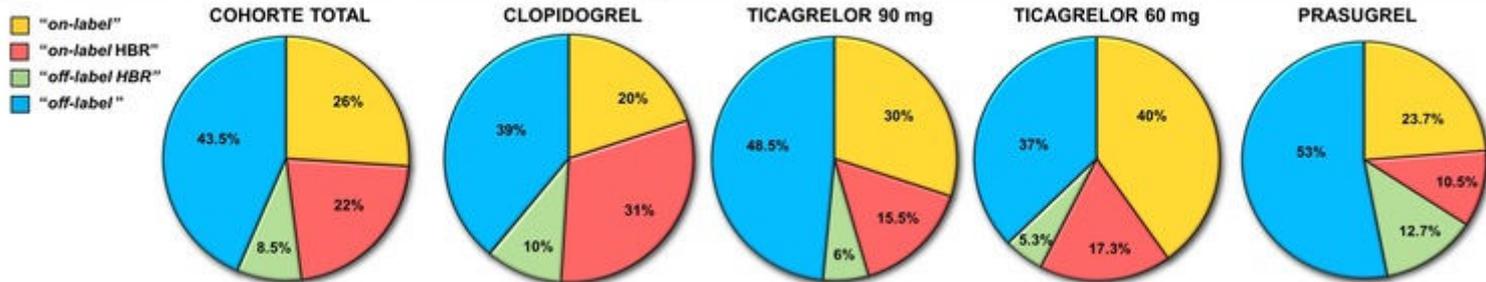
Resumen

Introducción y objetivos: La decisión de prolongar la doble antiagregación más de 12 meses (DA₁₂plus) tras un síndrome coronario agudo (SCA) es un proceso complejo. Analizamos la selección de candidatos a DA₁₂plus en escenario de práctica clínica.

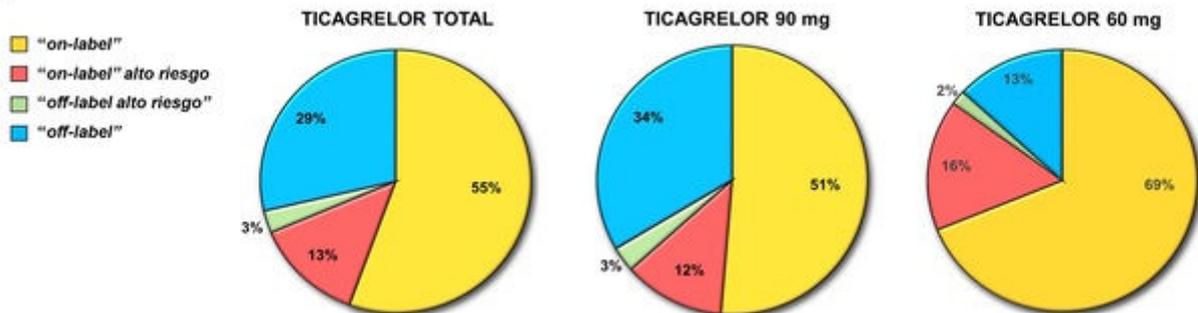
Métodos: Análisis pacientes del registro multicéntrico prospectivo CREA ARIAM-Andalucía que completaron 12 meses de DA (DA₁₂) tras SCA índice. Exploramos la prevalencia y adecuación de DA₁₂plus basada en las recomendaciones propuestas en guías de práctica clínica, balanceando criterios de alto riesgo hemorrágico (ARC-*High Bleeding Risk criteria*, HBR), y alto riesgo isquémico (ARI: complejidad angiográfica, trombosis *stent* previa con DA, insuficiencia renal crónica, y diabetes con enfermedad multivaso)

Resultados: De 2.355 pacientes que completaron DA₁₂, 1.587 (67,5%) continuaron con DA₁₂plus (clopidogrel, n = 711; ticagrelor 90, n = 528; ticagrelor 60, n = 167; y prasugrel, n = 181), durante una mediana (P25-75) de 24 (15-38) meses. En esta cohorte, la distribución de escenarios clínicos de decisión fue: 26% *on-label* (ARI+No HBR), 22% *on-label* HBR (ARI+HBR), 43,5% *off-label* (No ARI+No HBR), y 8,5% con el escenario más desfavorable *off-label* HBR (no ARI+HBR). Aplicando estos criterios, hubo diferencias significativas (p 50 años + ? 1 de: edad ? 65, diabetes, enfermedad multivaso, FG 60 ml/min, 2º infarto miocardio previo) y exclusión (ictus isquémico previo, sangrado/malformación intracraneal, sangrado digestivo reciente, cirugía mayor programada, anticoagulación oral) del ensayo PEGASUS TIMI-54, de los potenciales candidatos a DA₁₂plus (n = 549, 52,5%), solo el 21% usó ticagrelor 60 mg, con una tasa de indicación *off-label* en este grupo del 13%, y del 2% para la indicación *off-label* de alto riesgo (no criterios de inclusión en presencia de criterios de exclusión).

CRITERIOS ALTO RIESGO ISQUEMICO/ HEMORRÁGICO (ARC-HBR) RECOMENDADOS POR LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA



CRITERIOS INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN DEL ENSAYO PEGASUS TIMI-54 CON TICAGRELOR



Distintos escenarios de decisión de TDAP prolongada según inhibidor P2Y12.

Conclusiones: La selección de pacientes para DA_12plus tras un SCA es subóptima en el mundo-real. En este escenario, existe una evidente infrautilización de ticagrelor 60 mg, con una tasa global de indicación *off-label* del 15%. Estos hallazgos podrían afectar negativamente al beneficio clínico neto de esta estrategia a largo plazo.