



4019-2. DESAFIANDO LAS GUÍAS: METANÁLISIS EN RED DE LAS PAUTAS SIMPLIFICADAS DE ANTIAGREGACIÓN EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Anna María Claramunt Bayarri, Nicolás del Cuerpo Salinas y Diego Cazorla Morallón

Cardiología. Hospital Universitario de San Juan, San Juan de Alicante (Alicante), España.

Resumen

Introducción y objetivos: Las últimas guías de la Sociedad Europea de Cardiología de 2023 para el síndrome coronario agudo (SCA) con o sin elevación del segmento ST, recomiendan la doble antiagregación con aspirina y un inhibidor potente del receptor P2Y12 durante los primeros 12 meses. No obstante, las complicaciones hemorrágicas son frecuentes en pacientes sometidos a esta estrategia, por lo que en los últimos años se han realizado numerosos estudios que analizan pautas de antiagregación en monoterapia o pautas cortas de doble antiagregación. El objetivo es analizar el compuesto de muerte cardiovascular, infarto de miocardio no mortal e ictus no mortal (MACE) y el riesgo de sangrado mayor entre las diversas pautas de antiagregación.

Métodos: Se realizó un metanálisis en red con un modelo de enfoque frecuentista de efectos aleatorios, incluyendo 15 ensayos clínicos aleatorizados (ECA) que comparan los distintos regímenes terapéuticos.

Resultados: Se incluyeron un total de 60.159 pacientes. En la figura de geometría en red se resumen las comparaciones directas y su representación en una red completa de las distintas estrategias terapéuticas. La mayoría de los ECA comparaban directamente la terapia de doble antiagregación plaquetaria (DAPT) con un inhibidor de P2Y12 potente (DAPT iP2Y12 potente) frente a clopidogrel (DAPT clopidogrel), ambos a 12 meses. A través de la tabla de clasificación (league table), se puede extraer la información de todas las comparaciones posibles entre las intervenciones analizadas en el metanálisis. Se observa una reducción estadísticamente significativa del riesgo de sangrado mayor con clopidogrel y ticagrelor en monoterapia respecto a la DAPT estándar (DAPT iP2Y12 potente o DAPT clopidogrel). También se observa una reducción del sangrado con clopidogrel en monoterapia respecto a DAPT con prasugrel 5 mg. No se observan diferencias estadísticamente significativas en MACE entre los distintos grupos terapéuticos.

Tabla de clasificación que representa las estimaciones resumidas del metanálisis en red								
	Clopidogrel monoterapia	0,78 (0,41,1,51)	0,87 (0,49,1,56)	0,75 (0,37,1,52)	0,67 (0,32,1,39)	0,99 (0,46,2,13)	0,88 (0,51,1,52)	MACE
Sangrado mayor	0,69 (0,27,1,78)	Ticagrelor monoterapia	1,11 (0,82,1,50)	0,96 (0,55,1,68)	0,85 (0,50,1,45)	1,27 (0,66,2,45)	1,13 (0,78,1,64)	

0,30 (0,13,0,71)	0,44 (0,29,0,66)	DAPT iP2Y12 potente	0,86 (0,53,1,39)	0,76 (0,49,1,19)	1,14 (0,63,2,05)	1,01 (0,81,1,27)	
0,32 (0,11,0,94)	0,47 (0,21,1,05)	1,07 (0,54,2,14)	DAPT Prasugrel 5	0,89 (0,46,1,70)	1,32 (0,65,2,69)	1,18 (0,74,1,86)	
0,61 (0,20,1,85)	0,88 (0,39,2,01)	2,02 (0,99,4,13)	1,88 (0,70,5,08)	DAPT desescalada	1,49 (0,72,3,11)	1,33 (0,81,2,18)	
0,61 (0,22,1,67)	0,88 (0,41,1,89)	2,01 (1,05,3,85)	1,87 (0,76,4,65)	1,00 (0,38,2,61)	DAPT Clopidogrel 6 meses	0,89 (0,52,1,53)	
0,41 (0,18,0,93)	0,60 (0,37,0,96)	1,37 (1,06,1,76)	1,27 (0,64,2,52)	0,68 (0,32,1,44)	0,68 (0,37,1,23)	DAPT Clopidogrel	
Datos representados mediante: Riesgo relativo (Intervalo de confianza 95%).							



Figura de geometría en red.

Conclusiones: La estrategia de tratamiento con pautas de antiagregación simple o pautas cortas de DAPT en pacientes que han sufrido un SCA demostró ser segura, sin mostrar diferencias en cuanto a MACE respecto al tratamiento estándar. Además, se observa una reducción significativa de sangrados mayores con el tratamiento antiagregante en monoterapia. Esto abre la puerta a futuras investigaciones sobre si la aspirina deberá administrarse de forma sistemática tras un SCA.