Rev Esp Cardiol. 2015;68 Supl 1: 143

Revista Española de Cardiología

7004-7. OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE TRAS UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO E INFLUENCIA EN LA EVOLUCIÓN CLÍNICA

Antonio Chacón Piñero, Ana María Martínez Carapeto, Marta Lledó Gómez, Juan Manuel Nogales Asensio, Carmen García Corrales, Mercedes Merchán Cuenda, Bruno Bengla Limpo y Patricia Trinidad Márquez Lozano del Hospital Universitario Infanta Cristina, Badajoz.

Resumen

Introducción y objetivos: Los nuevos antiagregantes plaquetarios, ticagrelor y prasugrel (T/P), han demostrado disminuir la incidencia de eventos isquémicos tras un síndrome coronario agudo (SCA) con respecto al tratamiento estándar con clopidogrel (C) a costa de un aumento de las hemorragias (H), por lo que se recomienda optimizar su uso según las escalas de riesgo GRACE y CRUSADE. Nuestro objetivo fue evaluar el grado en que el tratamiento antiagregante al alta (TAA) tras un SCA se ajusta a estas recomendaciones y la influencia con la evolución tras el alta.

Métodos: Estudiamos 891 pacientes dados de alta de forma consecutiva con el diagnóstico de SCA en nuestro centro: 367 pacientes (41,2%) sin elevación del ST (-SEST) y 524 pacientes (58,8%) con elevación del ST (-CEST).

Resultados: La edad media fue 64,3 ± 12,8 años y el 24% eran mujeres. La puntuación GRACE fue significativamente mayor entre los pacientes con SCACEST (151,7 ± 33,6 frente a 137,5 ± 32,5; p 0,001). El 54,6% de los pacientes tenían una puntuación GRACE de alto riesgo (> 140) (SCACEST: 60,4% frente a SCASEST 46,1%; p 0,001). La puntuación media de la escala de riesgo hemorrágico CRUSADE fue de 23,8 ± 11,8, similar entre ambos tipos de SCA (el 8,6% presentaban elevado riesgo de H, CRUSADE > 40). El 72,5% de los pacientes fueron dados de alta con C y el 27,5% con T/P. Se consideró TAA óptimo si T/P en pacientes con GRACE > 140 y CRUSADE 40, en ausencia de contraindicaciones. Un total de 377 pacientes (42,3%) tenían indicación de T/P (27% en SCASEST frente a 40,3% en SCACEST; p 0,001). El acuerdo global en el TAA prescrito y óptimo fue del 47,4%; índice Kappa de -0,2 (p 0,001). Todos los pacientes se siguieron durante un año tras el alta. Se produjo algún evento isquémico mayor (EIM: muerte, infarto o ictus) en 117 pacientes (13,1%), trombosis del *stent* en 10 (1,1%) y algún evento hemorrágico en 50 (5,6%). La distribución del TAA según el perfil de riesgo isquémico y hemorrágico y los eventos tras el alta se muestra en la tabla.

Eventos durante el seguimiento en función del riesgo isquémico y hemorrágico basal y del tratamiento antiagregante al alta							
GRACE	N	CRUSADE	N	C (N = 646)	T/P (N = 245)	EIM (C frente a T/P)	H (C frente a T/P)

> 140 puntos	486 (54,5%)	> 40 puntos	74 (15,2%)	58 (78,4%)	16 (21,6%)	37,9 frente a 25,0%	10,3 frente a 0%
		40 puntos	412 (84,8%)	342 (83,0%)	70 (17,0%)	17,5 frente a 5,7%	5,8 frente a 8,6%
140 puntos	405 (45,5%)	>40 puntos	9 (2,2%)	7 (77,8%)	2 (22,2%)	20,0 frente a 0%	0
		40 puntos	396 (97,8%)	239 (60,4%)	157 (39,6%)	7,9 frente a 3,8%	4,4 frente a 4,8%
C: Clopidogrel; T/P: Ticagrelor/Prasugrel; EIM: Evento isquémico mayor; H: Hemorragias.							

Conclusiones: El grado de adhesión a las recomendaciones actuales en cuanto al TAA tras un SCA es muy bajo en nuestro centro. Se requieren protocolos de actuación para la mejor optimización del TAA, lo que se podría traducir en una reducción de los eventos isquémicos y hemorrágicos en la evolución clínica de estos pacientes.