



6017-276. INFLUENCIA DE LA ESTRATEGIA TERAPÉUTICA EN LA INDICACIÓN DE FÁRMACOS RECOMENDADOS EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL ST Y SU INFLUENCIA PRONÓSTICA

Elena María Candela Sánchez¹, Luna Carrillo Alemán¹, Manuel Jesús Macías Villanego¹, María Elena Guzmán Román¹, Nuria Vicente Ibarra², Álvaro Vicedo López¹, Francisco Marín Ortuño³ y Juan Miguel Ruiz Nodar¹ del ¹Hospital General Universitario de Alicante, ²Hospital General Universitario de Elche, Alicante, y ³Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar (Murcia).

Resumen

Introducción y objetivos: En la práctica clínica habitual una proporción no despreciable de pacientes diagnosticados de SCASEST, son manejados únicamente con tratamiento médico. Las guías de práctica clínica recomiendan el mismo tratamiento farmacológico independientemente del abordaje terapéutico. El objetivo de este estudio es analizar el uso de fármacos recomendados en pacientes con SCASEST en función de la estrategia terapéutica, así como valorar su influencia en el pronóstico.

Métodos: Registro observacional, prospectivo y multicéntrico en el que se recogieron 1717 pacientes consecutivos con diagnóstico al alta de SCA, de los que 1.153 fueron SCASEST. Evaluamos el uso de las diferentes terapias recomendadas en función de 4 grupos según el manejo: 1. No cateterismo, 2. Cateterismo-No angioplastia, 3. Angioplastia, 4. Cirugía. Se realizó el seguimiento al año del alta, registrando los eventos cardiovasculares mayores (ECAM = muerte cardiaca, ictus o infarto), mortalidad global y complicaciones hemorrágicas.

Resultados: Se realizó cateterismo a 1.009 pacientes (88,3%). La distribución por grupos fue: Grupo 1: 134 pacientes (11,6%); Grupo 2: 256 (22,2%); Grupo 3: 639 (55,4%); Grupo 4: 124 (10,7%). El grupo 1 presentaba una mayor media de edad, mayor prevalencia de factores de riesgo cardiovascular y comorbilidades, así como mayor riesgo isquémico y hemorrágico según las escalas GRACE y CRUSADE. En el grupo 1 destacó un menor uso de fármacos indicados por las guías. Los nuevos antiagregantes se indicaron de forma predominante en pacientes tratados con angioplastia (tabla). En el seguimiento a un año el grupo 1 presentó una incidencia de ECAM que triplicaba al resto de grupos y una mortalidad global también muy superior. No hubo diferencias significativas en eventos hemorrágicos (tabla).

| | | | | |
|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|---|
| Grupo 1 (n = 134) | Grupo 2 (n = 256) | Grupo 3 (n = 639) | Grupo 4 (n = 124) | p |
|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|---|

Fármacos indicados

| | | | | | |
|----------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------|
| AAS | 120 (89,6%) | 227 (88,7%) | 624 (99,2%) | 115 (92,7%) | 0,001 |
| Inhibidor de ADP | 80 (59,7%) | 155 (60,6%) | 625 (99,3%) | 43 (34,7%) | 0,001 |
| Clopidogrel | 75 (56,0%) | 128 (50,0%) | 353 (56,1%) | 39 (31,5%) | 0,001 |
| Ticagrelor | 5 (3,7%) | 26 (10,2%) | 217 (34,5%) | 4 (3,2%) | 0,001 |
| Prasugrel | 0 | 1 (0,4%) | 55 (8,7%) | 0 | 0,001 |
| Bloqueadores beta | 92 (69,2%) | 187 (73,0%) | 528 (83,9%) | 111 (89,5%) | 0,001 |
| IECA/ARA II | 90 (67,2%) | 202 (78,9%) | 521 (82,8%) | 79 (63,7%) | 0,001 |
| Estatinas | 122 (91,0%) | 229 (89,5%) | 608 (96,7%) | 119 (96,7%) | 0,001 |
| Eventos en el seguimiento al año | | | | | |
| ECAM | 39 (29,3%) | 20 (7,9%) | 64 (10,4%) | 11 (8,9%) | 0,001 |
| Muerte cardiaca | 17 (12,8%) | 7 (2,8%) | 14 (2,3%) | 2 (1,6%) | 0,001 |
| Infarto agudo de miocardio | 22 (16,5%) | 9 (3,5%) | 41 (6,7%) | 5 (4,1%) | 0,001 |
| Ictus no mortal | 0 | 4 (1,6%) | 9 (1,5%) | 4 (3,3%) | 0,001 |
| Muerte de cualquier causa | 34 (25,6%) | 11 (4,3%) | 22 (3,6%) | 5 (4,1%) | 0,001 |
| Hemorragia BARC 3-5 | 3 (2,3%) | 4 (1,6%) | 13 (2,1%) | 6 (5,0%) | 0,210 |

IECA: inhibidores de la enzima de conversión de angiotensina.

Conclusiones: Los pacientes con SCASEST en los que no se realiza cateterismo son el grupo de mayor riesgo y peor pronóstico y, sin embargo, con menor uso tanto de antiagregación como del resto de fármacos recomendados. Por el contrario, los pacientes revascularizados con angioplastia son los tratados de forma más óptima.