



6016-9. INICIO DE ANTIAGREGACIÓN TRAS RESULTADO DE CALCIFICACIÓN ARTERIAL CORONARIA

José Antonio Parada Barcia, Manuel Barreiro Pérez, Pablo Pazos López, Tatiana Mallely Matajira Chía, Amara Tilve Gómez, Luis Manuel Domínguez Rodríguez, Pablo Domínguez Erquicia, Andrea Lizancos Castro y Andrés Iñiguez Romo

Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo.

Resumen

Introducción y objetivos: La detección de calcificación arterial coronaria (CAC) mediante tomografía computarizada (TC) favorece la optimización de la estimación del riesgo cardiovascular de futuros eventos. Un score de más de 100 UA (Unidades de Agatston) sitúa el riesgo cardiovascular a 10 años por encima del 7,5%, justificando el inicio de medidas farmacológicas en prevención primaria, incluyendo el inicio de aspirina.

El grado de aplicación de esta estrategia en la práctica clínica en España es desconocido.

Métodos: Registro transversal y unicéntrico, de julio de 2021 a febrero de 2022. Incluye 305 pacientes consecutivos sometidos a TC de coronarias. La estratificación de calcificación arterial coronaria según Agatston se realizó en tres grupos: no calcificación (0 UA), calcificación no significativa (incluyendo calcificación leve 1-100 UA), y en significativa (calcificación moderada 101-400 UA y grave > 400 UA). Se excluyeron los pacientes con lesiones coronarias de > 50% de estenosis (CADRADS 3 o superior), estudios no concluyentes y pacientes con indicación de anticoagulación (96 pacientes), analizando 209 pacientes. Se realizó regresión logística binaria utilizando Stata/IC 16,1 para identificar los factores asociados a la pauta de aspirina.

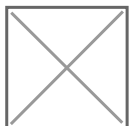
Resultados: De los 209 pacientes, 41 (19,62%) presentaban un score de más de 100 UA. En 16 (39,02%) se optó por inicio de aspirina (fig.). Se objetivaron diferencias significativas en la proporción de pacientes a los cuales se les indica tratamiento antiagregante con aspirina en función del grado de CAC (χ^2 18,76; $p = 0,000$) (tabla). En lo relativo a los predictores asociados al inicio de aspirina, tras ajuste multivariado, la calcificación coronaria significativa (OR 5,88 (2,29-15,07; $p = 0,000$) y la presencia de placa vulnerable (OR de 6,78 (0,97-47,46; $p = 0,05$) se asocian de manera significativa con el inicio de aspirina. Ni la edad, ni el SIS, ni la hemoglobina, entre otros predictores analizados, se asociaron de manera significativa con el inicio de la pauta.

Inicio de aspirina en función de grado de calcificación coronaria

No calcificación (0 UA)	Calcificación leve (1-100 UA)	Calcificación significativa (> 100 UA)	Total
-------------------------	-------------------------------	--	-------

No	87 (90,63)	62 (86,11)	25 (60,98)	174
Sí	9 (9,37)	10 (13,89)	16 (39,02)	35
Total	96	72	41	209

Los valores se expresan en n (%). UA = Unidades de Agatston; $\text{Chi}^2 = 18,76$ ($p = 0,000$).



Inicio de aspirina tras resultado de TC de coronarias.

Conclusiones: La implementación de antiagregación con aspirina en tras resultado de CAC en pacientes con enfermedad arterial coronaria no obstructiva resulta poco establecida en nuestra muestra. Debemos transmitir al clínico la posibilidad iniciar terapia equilibrando el riesgo isquémico-hemorrágico, individualizando la indicación.