Rev Esp Cardiol. 2024;77 (Supl 1): 831

Revista Española de Cardiología

# 6026-139. PRESCRIPCIÓN DE TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE EN PACIENTES CON ISQUEMIA SIN ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA OBSTRUCTIVA Y DIAGNÓSTICO DE DISFUNCIÓN MICROVASCULAR

María Isabel Ezpeleta Sobrevía[1], Eva Rúmiz González[2], Ainhoa Pérez Guerrero[3], Guillem Llopis Gisbert[2], Pablo Vadillo Martín[3], Luis Cerdán Ferreira[1], Alberto Carrión Cavero[2], Cristina Buisán Esporrín[3], Sonia Cardona Mulet[2], David Gómez Martín[1], Ernesto Valero Picher[4], José A. Diarte de Miguel[1], Rafael Payá Serrano[2], José Ramón Ruiz Arroyo[3] y Georgina Fuertes Ferre[1]

[1]Cardiología. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España, [2]Cardiología. Hospital General Universitario, Valencia, España, [3]Cardiología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España y [4]Cardiología. Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España.

## Resumen

**Introducción y objetivos:** La evidencia actual sobre la utilidad del tratamiento antiagregante plaquetario (TAP) para el tratamiento de la disfunción coronaria microvascular (DCM) es muy escasa. El objetivo del presente estudio es evaluar la prescripción de TAP en pacientes con isquemia sin enfermedad arterial coronaria obstructiva (INOCA) con DCM y los eventos hemorrágicos durante el seguimiento.

**Métodos:** En el presente estudio multicéntrico se incluyeron pacientes consecutivos con INOCA a los que se realizó valoración de la función microvascular mediante técnica de termodilución con bolos. Se indujo hiperemia con adenosina intravenosa. Se definió la DCM como IMR (índice de resistencia microvascular) > 25 o CFR (reserva de flujo coronario) 2. Se analizaron diferencias demográficas, clínicas y eventos hemorrágicos en el seguimiento en función de la prescripción al alta de TAP. Se utilizó la escala BARC para la valoración de la gravedad de los eventos hemorrágicos.

**Resultados:** El total de pacientes valorados fue 281. Se excluyeron 51 con historia de intervencionismo coronario percutáneo previo. 109 pacientes (47,4%) presentaron DCM. Se prescribió TAP tras el diagnóstico en 58 pacientes (53,2%) siendo este ácido acetilsalicílico (AAS) en 56 y clopidogrel en 3 pacientes. A un paciente se le prescribió doble TAP con AAS y clopidogrel. No se encontraron diferencias en cuanto a edad, sexo, factores de riesgo cardiovascular y otras comorbilidades entre los pacientes con TAP y sin ella al alta (tabla). La ausencia de fibrilación auricular, la presentación como ángor de esfuerzo y la prescripción previa de TAP se asociaron con el TAP al alta. En el análisis multivariante solo el TAP previo mantuvo asociación estadísticamente significativa (RR 4,05 [0,85-1,9]; p 0,001). Tras un seguimiento mediano de 25,5 meses (rango 25,7) hubo un caso de infarto agudo de miocardio en un paciente con TAP y 6 eventos de sangrado. No se observaron eventos hemorrágicos mayores en los pacientes con TAP (p = 1).

| Características de la cohorte con DCM |
|---|

| **Características basales** | **Total (N = 109)** | **TAP al alta (n = 58)** | **Sin TAP al alta (n = 51)** | **p** | **RR en análisis multivariable** |
|---|---|---|---|---|---|
| Sexo, hombres (%) | 51 (46,8%) | 29 (50%) | 22 (43,1%) | 0,6 | 1,41 (p = 0,06) |
| Edad, años* (IQR) | 65 | 65 (11,75) | 66 (14) | 0,5 | 1 (p = 0,99) |
| Hipertensión | 73 (67%) | 41 (70,7%) | 32 (62,7%) | 1 | -- |
| Dislipemia | 66 (60,6%) | 41 (70,7%) | 25 (49%) | 0,13 | -- |
| Obesidad | 32 (29,3%) | 19 (32,8%) | 13 (25,5%) | 0,7 | -- |
| Diabetes | 24 (22%) | 16 (27,6%) | 8 (15,7%) | 0,3 | -- |
| Tabaquismo** | 50 (45,9%) | 28 (48,3%) | 22 (43,1%) | 0,73 | -- |
| Enfermedad vascular periférica | 2 (1,8%) | 2 (3,4%) | 0 | 0,5 | -- |
| Enfermedad cerebrovascular | 6 (5,5%) | 3 (5,2%) | 3 (5,9%) | 1 | -- |
| Fibrilación auricular | 13 (11,95) | 3 (5,2%) | 10 (19,6%) | **0,04** | 0,36 (p = 0,07) |
| TAP previo | 47 (43,1%) | 37 (63,8%) | 10 (19,6%) | **0,01** | **4,05 (0,85-1,96) (p 0,001)** |
| Ángor de esfuerzo (presentación) | 64 (58,7%) | 42 (72,4%) | 22 (43,1%) | **0,01** | 1,36<br>(p = 0,28) |
| Ángor de reposo (presentación) | 41 (37,6%) | 21 (36,2%) | 20 (39,2%) | 0,6 | -- |
| **Eventos en el seguimiento** | | | | | |
| Infarto agudo de miocardio | 1 (0,9%) | 1 (1,7%) | 0 | 1 | -- |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Eventos hemorrágicos | 6 (5,5%) | 3 (5,2%) | 3 (5,9%) | 1 | -- |
| BARC clase > 2 | 6 | 3 | 3 | | |

TAP: tratamiento antiagregante plaquetario; IQR: rango intercuartílico; BARC: Bleeding Academic Research Consortium; Escala de gravedad hemorrágica. *Expresado como mediana; **Incluye tabaquismo activo y extabaquismo.

**Conclusiones:** En la presente cohorte de pacientes con DCM, el tratamiento antiagregante previo se asoció con una mayor prescripción de este tras el diagnóstico de DCM. Se observó un bajo número de eventos hemorrágicos durante el seguimiento sin existir diferencias en función del TAP. Son necesarios estudios mayores adicionales para clarificar estos resultados y valorar si existen beneficios pronósticos del TAP en los pacientes con DCM.