Rev Esp Cardiol. 2024;77 (Supl 1): 1016

Revista Española de Cardiología

6048-324. IMPACTO DE LA ANTIAGREGACIÓN INADECUADA EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL ST

Paula Hinojal Collado, Javier Orlando Quintero Ardila, Sergio Marrero Bravo, María Ramos López, Veena Moti Amarnani Amarnani, Rafael Martín-Portugués Palencia, María Padilla Bautista, Francisco Javier López Rodríguez, Diego López Fazlic, Amelia González Martín, Ana Patricia Fariña Ruíz, Alejandro Quijada Fumero y Julio Salvador Hernández Afonso

Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La doble antiagregación en el síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCASEST) es un tema controvertido. Existe variabilidad en la praxis entre centros, optando algunos por el pretratamiento indiscriminado. Esto se traduce en indicaciones menos ajustadas a las guías por parte de urgencias, ambulancias y otros, al no evaluarse las características del paciente. Lo anterior sumado a la inercia terapéutica aumentan el riesgo de una antiagregación inadecuada. El objetivo del estudio fue revisar la indicación del segundo antiagregante en el SCASEST en nuestro centro, las razones que la condicionan y valorar si la antiagregación inapropiada presenta mayor riesgo de eventos al año.

Métodos: Se realizó una cohorte retrospectiva. Se recogieron 378 pacientes con sospecha de SCASEST durante 1 año y se excluyeron 71 pacientes por presentar diagnósticos finales diferentes que no requerían de doble antiagregación, además de fallecidos y foráneos. Se utilizó el programa SPSS para realizar análisis descriptivos y comparar los pacientes con antiagregante bien indicado y mal indicado.

Resultados: Se caracterizó las poblaciones, dentro del grupo antiagregante bien indicado (según guías) la mayoría eran varones, dislipidémicos, un 36,5% tenía cardiopatía isquémica previa (CI), y 40,9% diabéticos. El tratamiento más usado fue ticagrelor, seguido de clopidogrel y prasugrel. En el grupo de antiagregante mal indicado había 57,1% de varones, la mayoría con CI, dislipidémicos y diabéticos. El antiagregante mal indicado con mayor frecuencia fue clopidogrel, el resto de casos se trataba de pacientes sin segundo antiagregante. Las razones más comunes de indicación errónea fueron administración antes de la valoración de un cardiólogo, la selección del antiagregante basada en la edad sin considerar el riesgo hemorrágico y la no modificación de antiagregación previa. Además, en el grupo de tratamiento bien indicado un 19,8% era por *switch*. Finalmente, la mala indicación del antiagregante se relacionó de forma significativa con mayor riesgo de MACE (ictus/infarto/muerte cardiológica) (RR 2,22; IC95% 1,14-4,3; p 0,032).

Razones de selección de antiagregante y eventos

	Ag bien indicada (N = 242)	**Ag mal indicada (N = 35)**	**p (P.Fisher)**	**RR**	**IC95%**

Razones de selección de antiagregante					
Prevaloración a cardiólogo	16,9%	31,42%			
Edad	0,41%	22,85%			
No modificación por uso previo	7%	17,14%			
No antiagregación	0%	11,4%			
Riesgo sangrado	2,9%	0%			
Riesgo isquémico	5,3%	0%			
Anticoagulación	13,2%	0%			
Efecto adverso de otro ag	0,8%	0%			
No conocido	37,6%	16,1%			
Cx cardiaca	10,32%	2,8%			
Manejo conservador	5,4%	0%			
Eventos					
Infarto al año	5,8%	14,3%	0,075	2,46	0,948-6,434
Sangrado al año	7%	2,9%	0,7	0,407	0,056-2,962
Ictus al año	3,3%	0%	0,6		
Exitus cardiológico al año	30,8%	40,2%	1	1,3	0,338-5,005
MACE al año	11,6%	25,7%	0,032	2,22	1,146-4,309

Ag: antiagregante; P.Fisher: prueba exacta de Fisher; RR: riesgo relativo; IC95%: intervalo de confianza al 95%; Cx: cirugía cardiaca; MACE año: ictus o sangrado o infarto al año.

Características de la población.

Conclusiones: El estudio sugiere que la indicación inapropiada de la antiagregación puede resultar en un incremento de eventos adversos al año. Estos hallazgos enfatizan la importancia de evitar la inercia terapéutica y ser más activos para hacer switch en los casos indicados.