



7. CARACTERIZACIÓN DE UNA POBLACIÓN DE PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST Y ADHERENCIA A LAS GUÍAS EUROPEAS

Javier Orlando Quintero Ardila, María Ramos López, Rafael Martín-Portugués Palencia, Francisco Javier López Rodríguez, Paula Hinojal Collado, Angélica Estefanía Figueroa Mora y Julio Salvador Hernández Afonso

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

Resumen

Introducción y objetivos: Las guías europeas del 2020 de síndrome coronario agudo (SCA) sin elevación de ST (SCASEST) nos recomiendan doble antiagregación (DAPT) durante un año (IA), pero en pacientes con alto riesgo de sangrado (como score PRECISE-DAPT ≥ 25) solo por 3-6 meses (IIaB). Buscamos caracterizar nuestra población con SCASEST y valorar la adherencia a las guías respecto al tiempo de DAPT y sus implicaciones clínicas.

Métodos: Estudio observacional prospectivo unicéntrico de los ingresos consecutivos con diagnóstico inicial de SCASEST del 14 de abril de 2022 hasta 16 de octubre de 2022. Se describe la población, factores de riesgo, presencia de DAPT al alta y se aplica la escala PRECISE-DAPT clasificando según alto riesgo de sangrado (≥ 25) y bajo riesgo (< 25). Posteriormente se realiza un seguimiento mediante la historia clínica electrónica registrando muertes, reingresos por SCA, sangrados mínimo, menor o mayor según escala TIMI y tiempo de DAPT.

Resultados: Se incluyeron 166 pacientes, cuyas características se describen en la tabla. De ellos, 128 fueron dados de alta con DAPT (77,1%), aunque se pierden 10 del seguimiento (6 extranjeros y 4 muertes antes de los 6 meses con DAPT: por neumonía COVID en el ingreso, neumonía adquirida en la comunidad, tromboembolismo pulmonar y el último por nuevo SCA (manejo conservador inicial)). Hubo 4 sangrados en pacientes sin DAPT: 3 menores y 1 mínimo. De los 118 pacientes con DAPT analizados el 49% reciben ticagrelor, 47,5% clopidogrel y 3,4% prasugrel. El 61,9% (73) tenía bajo riesgo de sangrado y el 38,1% (45) alto riesgo. De estos últimos, 35 mantuvieron DAPT > 6 meses, 4 entre 3-6 meses y 6 25 tuvieron sangrado menor (uno entre 3 y 6 meses y otro > 6 meses).

Variable	Valor	Proporción o DE	Variable	Valor	Proporción o DE	Variable	Valor	Proporción o DE
----------	-------	--------------------	----------	-------	--------------------	----------	-------	--------------------

Características poblacionales

Características clínicas

Manejo

Edad media	65,8 años	± 11,4 años	Killip I	151	91%	Implante de <i>stent</i>	72	44%
Hombre	121	72,9%	Killip II	13	7,8%	Cirugía cardiaca	21	12,7%
Mujer	45	27,1%	Killip III	2	1,2%	Anticoagulación al alta	22	13,3%
Factores de riesgo cardiovascular			Killip IV	0	0%	DAPT al alta	128	77,1%
Diabetes mellitus	75	45,2%	FEVI > 50%	127	76,5%	Seguimiento		
Hipertensión arterial	129	77,7%	FEVI 41-50%	19	11,4%	Tiempo medio de seguimiento	9,04 meses	± 2,19 meses
Dislipemia	118	71,1%	FEVI 36-40%	12	7,2%	Tiempo medio con DAPT hasta el fin de seguimiento	8,3 meses	± 2,6 meses
Tabaquismo activo	50	30,1%	FEVI ? 35%	2	1,2%	Muertes de causa cardiaca a 6 meses	2	1,2%
Enfermedad renal crónica	22	13,3%	PRECISE-DAPT 25	99	59,6%	Muertes de cualquier causa a 6 meses	6	3,6%
Enfermedad arterial periférica	15	9%	PRCECISE-DAPT ? 25	67	40,4%	Nuevos SCASEST a 6 meses	2	1,2%
Diagnostico al alta			Cateterismo cardiaco			Sangrado mayor	2	1,2%
IAMSEST	100	60,2%	Realización de cateterismo	161	97%	Sangrado menor	5	3%

Angina inestable	40	24,1%	Afectación de 0 vasos	40	24,1%	Sangrado mínimo 3	1,8%
Vasoespasmo	2	1,2%	Afectación de 1 vasos	53	31,9%		
MINOCA	14	8,4%	Afectación de 2 vasos	42	25,3%		
IAM tipo 2	5	3%	Afectación de 3 vasos	25	15,1%		
Otro	1	0,6%	Afectación de TCI	6	3,6%		

IAMSEST: infarto agudo de miocardio sin elevación de ST; MINOCA: infarto agudo de miocardio sin lesiones coronarias obstructivas; IAM: infarto agudo de miocardio; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; TCI: tronco coronario izquierdo; DAPT: doble antiagregación oral; DE: desviación estándar.

Conclusiones: Nuestra adherencia a las guías respecto al tiempo de DAPT es baja. Sin embargo, no parece implicar mayores tasas de sangrados, independientemente de la edad. A pesar del pequeño tamaño de nuestra serie y tiempo de seguimiento, esto nos hace replantearnos la aplicabilidad generalizada de estas escalas para la toma de decisiones terapéuticas en nuestra población, y sugiere la importancia de individualizar cada caso.