



5013-3. IMPACTO DEL DESARROLLO DE UN PROGRAMA FORMATIVO ACERCA DE LA ADHERENCIA A LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL MANEJO DEL TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO

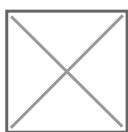
Juan Carlos Gómez Polo¹, Carlos Ferrera Durán¹, Carmen Rico García-Amado², Virginia Ruiz Pizarro¹, Pedro Martínez Losas¹, Francisco Javier Noriega Sanz¹, Antonio Fernández Ortiz¹ y Ana Viana Tejedor¹ del ¹Hospital Clínico San Carlos, Madrid y ²Hospital Severo Ochoa, Leganés (Madrid).

Resumen

Introducción y objetivos: Las guías de práctica clínica recomiendan emplear prasugrel o ticagrelor como antiagregantes de primera elección en el síndrome coronario agudo (SCA). Registros recientes objetivan una injustificada infrautilización de éstos en favor de clopidogrel. El objetivo fue analizar los índices actuales de empleo de nuevos antiagregantes y el impacto de un programa formativo para mejorar la adherencia a las guías clínicas.

Métodos: Analizamos retrospectivamente una cohorte de 959 pacientes ingresados de forma consecutiva en un hospital terciario por SCA con elevación del segmento ST (SCACEST) y sin elevación del segmento ST (SCASEST), entre enero-2013 y junio-2014 (periodo 1) y entre julio-2014 y junio-2015 (periodo 2). Establecimos ese punto de corte por el desarrollo de un programa formativo en junio de 2014. Se registraron datos clínicos, analíticos y ecocardiográficos, con un seguimiento de 12 meses. Excluimos 61 enfermos con indicación de anticoagulación permanente y enfermedad cerebrovascular.

Resultados: De los 898 pacientes restantes, 592 (65,9%) ingresaron un SCACEST y 342 (34,1%) por SCASEST, sin presentar los enfermos de ambos grupos y periodos diferencias según sus características basales. Existieron diferencias en prescripción de nuevos antiagregantes entre los 2 periodos, con un incremento en el uso de prasugrel (13,4 frente a 18,8%) y sobre todo de ticagrelor (11,4 frente a 30,2%), con descenso en el uso de clopidogrel (72,5 frente a 49,7%, $p < 0,001$). Se objetivaron diferencias en las estrategias de *switching*, más comunes en el segundo periodo ($p = 0,034$). Los resultados se mantienen al analizar los 2 tipos de SCA por separado. En los SCASEST, no hubo diferencias en el GRACE ($p = 0,264$) ni la escala CRUSADE ($p = 0,416$) entre los periodos, aumentando la prescripción de prasugrel y ticagrelor tras el programa educacional ($p < 0,001$), sin diferencias en sangrados a los 12 meses ($p = 0,361$). Estos resultados se reproducen en los pacientes con SCACEST, donde destaca una menor tasa de reinfartos durante el ingreso en el periodo 2 frente al 1 ($p = 0,002$).



Comparativa de la prescripción de nuevos antiagregantes en función del periodo.

Conclusiones: Nuestro estudio demuestra la eficacia de los programas formativos y del desarrollo de protocolos para mejorar la adherencia a las guías clínicas, lo que redundará en beneficios clínicos para nuestros pacientes con SCA, como la reducción de eventos sin aumentar la tasa de sangrados.