



6029-286. DISNEA SECUNDARIA A TICAGRELOR. UN EFECTO INDESEADO MÁS FRECUENTE DE LO QUE PARECÍA

Beatriz Toledano León, Meritxell Uson Ruiz, Àngels Jaén Manzanera, Leticia Fernández López, Silvia Homs Vila, Álvaro Calabuig Goena, Juan Francisco Muñoz Camacho y Ferrán Padilla Marchán

Hospital Universitario Mútua de Terrassa (Barcelona).

Resumen

Introducción y objetivos: En los últimos años se ha generalizado la terapia con inhibidores potentes de P2Y12 en pacientes con síndrome coronario agudo y en pacientes estables en situaciones de alto riesgo en el implante de stent, tal y como indican las guías clínicas. Debido a este uso más extensivo, uno de los efectos secundarios de ticagrelor, la disnea, se ha observado subjetivamente más frecuente a lo descrito en estudios previos (10-14%). Objetivo: analizar la incidencia de disnea secundaria a ticagrelor en pacientes sometidos a intervencionismo coronario percutáneo (ICP) en la práctica habitual, la severidad de la disnea, los predictores de su aparición y la necesidad de discontinuación del fármaco.

Métodos: Análisis prospectivo de pacientes consecutivos sometidos a ICP en nuestro centro y con indicación de tratamiento con ticagrelor desde julio-2019 a abril-2020.

Resultados: Se incluyeron 153 pacientes con una edad media de $63,2 \pm 11,6$ años. El 22,2% mujeres. Con los factores de riesgo clásicos: 40,1% fumadores, 58,8% hipertensos, 57,5% dislipémicos, 27,4% diabéticos y 29,4% obesos. Presentaban patología respiratoria el 9,2%, insuficiencia renal el 21,6% y el 12,4% tenían IAM previo. La indicación fue: angina estable 11,1%, SCASEST 36% e SCAEST 52,9%. El 32,1% presentó disnea, siendo el 17,1% leve, el 2,1% importante resolviéndose antes de 30 días y el 12,9% importante sin resolverse a los 30 días y requiriendo discontinuación del fármaco. En el análisis bivariante, edad, sexo, patología respiratoria, SAHS e indicación del procedimiento mostraron diferencias estadísticamente significativas y en el análisis multivariante se obtuvo significación estadística para: sexo femenino [OR 2,82 (IC95% 1,19-6,69) p 0,018], patología respiratoria [OR 3,81 (IC95% 1,1-13,22) p 0,034], presentación como SCASEST [OR 0,28 (IC95% 0,08-0,97) p 0,045] y presentación como SCAEST [OR 0,2 (IC95% 0,06-0,67) p 0,009]. Se realizó también análisis bivariante con 3 categorías de disnea (no disnea, disnea leve y disnea importante) mostrando diferencias significativas hipertensión, obesidad, patología respiratoria previa, SAHS e indicación del procedimiento.

Análisis bivariante y análisis multivariante

Análisis bivariante

	Sexo		Patología respiratoria		SAHS	
	Hombre	Mujer	No	Sí	No	Sí
	109 (77,9%)	31 (22,1%)	126 (90,6%)	13 (9,4%)	135 (96,4%)	5 (3,6%)
No disnea	79 (83,2%)	16 (16,8%)	89 (94,7%)	5 (5,3%)	94 (99%)	1 (1%)
95 (67,9%)	-72,50%	-51,60%	-70,60%	-38,50%	-69,60%	-20%
Disnea	30 (66,7%)	15 (33,3%)	37 (82,2%)	8 (17,8%)	41 (91,1%)	4 (8,9%)
45 (32,1%)	-22,50%	-48,40%	-29,40%	-61,50%	-30,40%	-80%
p	0,028		0,028		0,037	

Análisis multivariante

	OR	IC95%	p		OR
Edad	1	0,97-1,04	0,726	SCASEST	0,29
Sexo	2,82	1,19-6,69	0,018	SCAEST	0,2
Patología respiratoria	3,81	1,10-13,22	0,034	Obesidad	0,95
SAHS	4,36	0,29-66,13	0,288	IMC	1,01

Conclusiones: En nuestro estudio la incidencia de disnea ha sido superior a la descrita previamente, requiriendo mayor discontinuación del tratamiento. Presentan mayor riesgo el sexo femenino y la patología respiratoria, y menor riesgo la presentación clínica como SCASEST o SCAEST.