



6034-9. ¿CÓMO INFLUYE EL EQUILIBRIO ENTRE RIESGO ISQUÉMICO Y HEMORRÁGICO EN LA TERAPIA ANTIAGREGANTE AL ALTA EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL ST?

Jesús Saldaña García, Ricardo Martínez González, Ana Torremocha López, Clara Ugueto Rodrigo, Cristina Contreras Lorenzo, Lucía Cobarro Gálvez, Lucía Canales Muñoz, Joaquín Vila García, Alejandro Lara García, Ángel Manuel Iniesta Manjavacas, Elsa Prieto Moriche, Isabel Antorrena Miranda, Laura Peña Conde, Juan Ramón Rey Blas y Esteban López de Sá y Areses

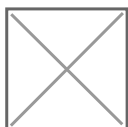
Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: En la Guía de Práctica Clínica de la Sociedad Europea de Cardiología de 2020 sobre el diagnóstico y tratamiento del síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST) se recomienda un algoritmo de decisión de manejo antitrombótico basado en características de alto riesgo isquémico y hemorrágico. En este trabajo se pretende evaluar la estrategia de antiagregación adoptada al alta hospitalaria según cuatro perfiles de riesgo isquémico/hemorrágico.

Métodos: Se trata de un estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron pacientes ingresados por SCASEST en nuestro centro, sometidos a revascularización percutánea desde la publicación de las guías en agosto de 2020 hasta la actualidad. Los pacientes se clasificaron en cuatro perfiles de riesgo en función de 20 criterios de alto riesgo hemorrágico (clasificación de la Academic Research Consortium) y 12 criterios de alto riesgo trombótico tal y como refleja la guía de práctica clínica europea.

Resultados: Se incluyeron un total de 112 pacientes. Los resultados quedan resumidos en la figura. Se identificaron un 37% de pacientes con alto riesgo isquémico y hemorrágico, un 53% con alto riesgo isquémico aislado, un 9% sin criterios de alto riesgo y un solo paciente con alto riesgo hemorrágico aislado. Entre los pacientes de alto riesgo isquémico y hemorrágico con indicación de anticoagulación, hasta un 50% fueron dados de alta con tratamiento con clopidogrel y un anticoagulante oral (ACO), sin triple terapia. En cuanto a los pacientes sin indicación de anticoagulación, se puede objetivar una mayor prescripción de inhibidores potentes de P2Y₁₂ (ticagrelor y prasugrel) en los pacientes con alto riesgo isquémico (85%) y sin criterios de alto riesgo (100%) que en los de alto riesgo isquémico y hemorrágico (64%).



Tratamiento antiagregante al alta según perfil de riesgo isquémico y hemorrágico.

Conclusiones: La recomendación de modificar el tratamiento antiagregante en función del riesgo/beneficio en pacientes con alto riesgo hemorrágico e isquémico ha reducido el porcentaje de pacientes que son dados de alta en nuestro centro con triple terapia, retirándose el segundo antiagregante (ácido acetilsalicílico, AAS) a la semana de ingreso o al alta hospitalaria. Por otra parte, cuando no se identifican factores de alto riesgo

hemorrágico, el uso de inhibidores potentes de P2Y₁₂ (principalmente prasugrel) es claramente superior al empleo de clopidogrel.