

La prescripción de aspirina en la comida se asocia a menor adherencia al tratamiento antiagregante tras un síndrome coronario agudo

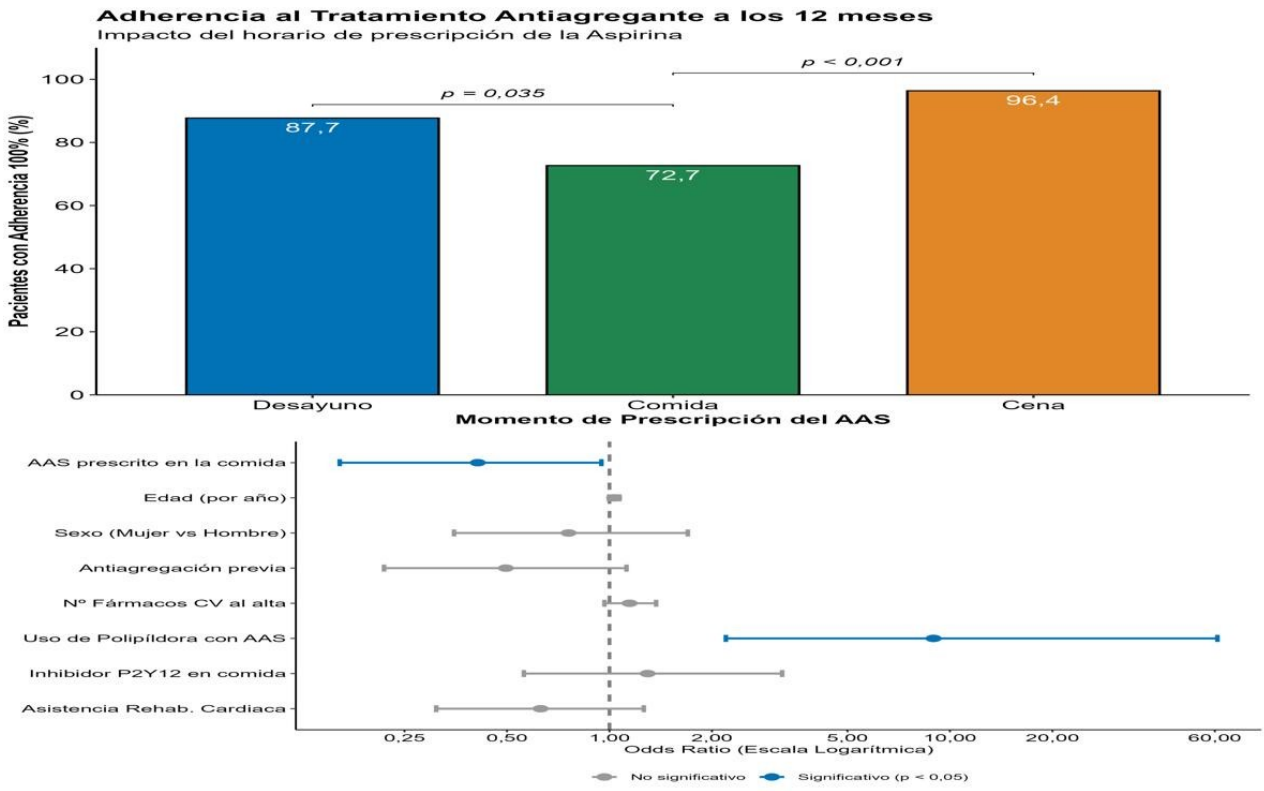
Jaime Merino Romero(1), José Manuel Andreu Cayuelas(1), Francisco Buendía Santiago(1), Antonio Meseguer Hernández(1), Claudia Azcondo San Segundo(1), Irene González Fernández(1), Leticia Risco Eres(1), María Belén Villamarín Heredia(1), María Isabel Baños Maturano(1), Fernando Sellés López(1), Miguel Giménez Piñana(1), José Luis Sánchez Ramos(1), José Domingo Cascón Pérez(1) y Juan Antonio Castillo Moreno(1) de (1)Cardiología. Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena (Murcia) - España

Introducción: La prescripción de fármacos en horario de comida se ha asociado a mayor inconveniencia y peor adherencia. El objetivo fue analizar el horario de prescripción de aspirina (AAS) al alta y su asociación con la adherencia al tratamiento antiagregante durante el primer año tras un síndrome coronario agudo (SCA).

Métodos: Estudio observacional unicéntrico que incluyó 263 pacientes consecutivos del registro CartACS ingresados por SCA (julio 2023–junio 2024). Se registró el horario de prescripción del tratamiento antiagregante al alta y se estimó la adherencia al tratamiento antiagregante (AAS+iP2Y12) mediante registros de dispensación farmacéutica (proporción de días cubiertos), definiéndose adherencia óptima como 100%. Se evaluó la asociación independiente entre la prescripción de AAS en la comida y la adherencia mediante regresión logística multivariante ajustada por edad, sexo, antiagregación previa, número de fármacos al alta, prescripción de iP2Y12 en la comida, rehabilitación cardiaca y uso de polipíldora con AAS. De forma complementaria, se realizó un modelo de regresión fraccional (fractional logit) con la adherencia como variable continua.

Resultados: La prescripción de AAS en la comida (57%) fue más frecuente que en desayuno (22%) o cena (21%; p<0,001). Al 43% de los pacientes se les pautó ticagrelor cada 12 horas y, entre los iP2Y12 de dosis única, un 34% en desayuno, un 22% en la comida y un 1% en la cena. La prescripción de AAS en la comida se asoció con una proporción significativamente menor de pacientes con adherencia óptima frente a otras pautas (73% vs. 92%; p<0,001, Figura 1). La indicación de AAS en la comida fue un predictor independiente de menor adherencia terapéutica (OR 0,41; IC 95% 0,16 - 0,95; p=0,047), al contrario que la polipíldora con AAS (OR 8,95; p=0,007, Figura 2). El modelo de regresión fraccional confirmó la asociación negativa entre la prescripción de AAS en la comida y una menor adherencia (Coeficiente Logit -0,065; EE Robusto 0,021; p=0,002).

Conclusiones: La prescripción de AAS en horario de comida es la más frecuente y se asocia a una menor probabilidad de adherencia óptima al tratamiento antiagregante tras un SCA. Estos hallazgos, que deberían validarse con más estudios, sugieren que el horario de prescripción podría representar un factor modificable potencialmente relevante en la adherencia.


Adherencia al Tratamiento Antiagregante a los 12 meses
Impacto del horario de prescripción de la Aspirina
Pacientes con Adherencia 100% (%)
p = 0,035
p < 0,001
87,7
72,7
96,4
Desayuno
Comida
Cena
Momento de Prescripción del AAS

AAS prescrito en la comida
Edad (por año)
Sexo (Mujer vs Hombre)
Antiagregación previa
Nº Fármacos CV al alta
Uso de Polipíldora con AAS
Inhibidor P2Y12 en comida
Asistencia Rehab. Cardiaca
0,25
0,50
1,00
2,00
5,00
10,00
20,00
60,00
Odds Ratio (Escala Logarítmica)
No significativo
Significativo (p < 0,05)