

Beneficio del pretratamiento con doble antiagregación en el infarto con elevación del ST: influencia de la anticoagulación precoz y limitaciones en su interpretación

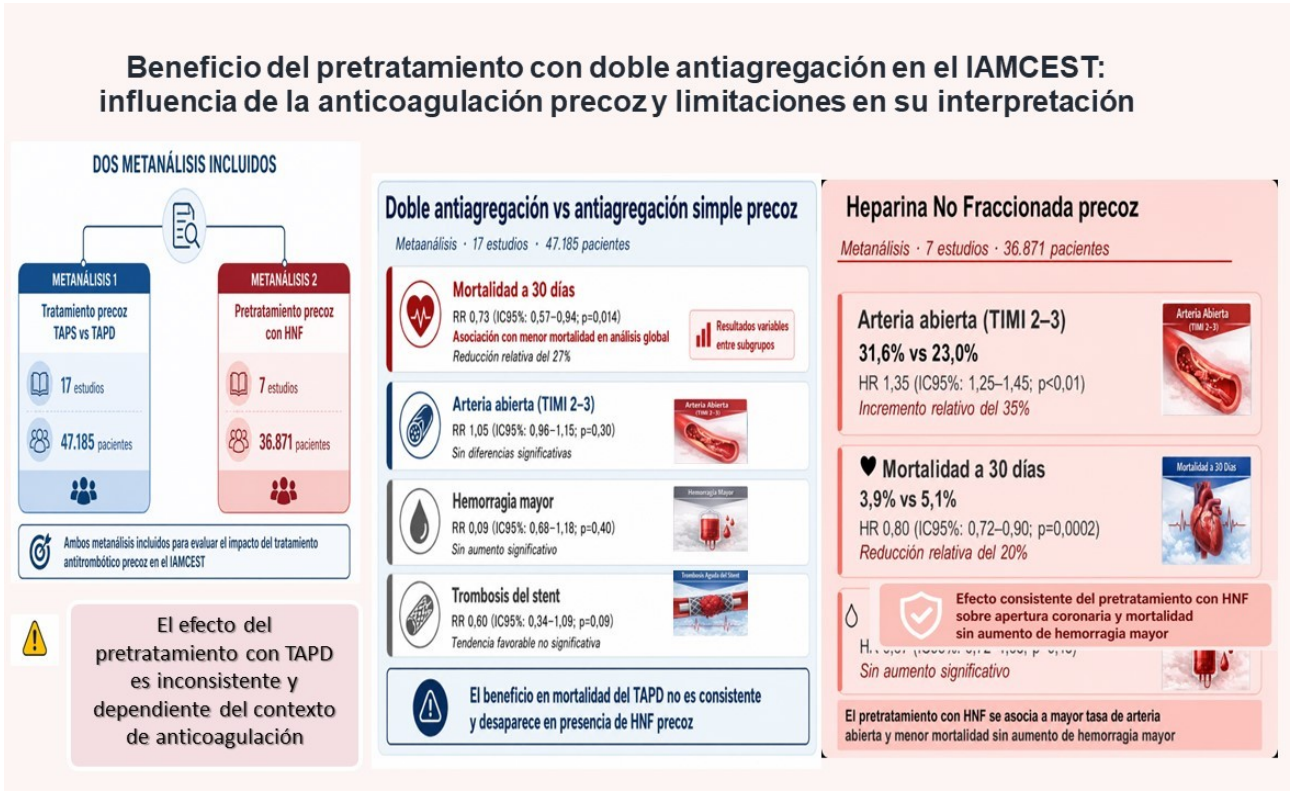
Mónica Roldán Medina(1), Vyacheslav Shumbar Samkohvalov(1), Alejandro Riquelme Pérez(1), Ramón López Palop(1), Pilar Carrillo(1), Francisco Javier Lacunza Ruíz(1), Juan García de Lara(1), José Antonio Hurtado Martínez(1), Juan Manuel Durán(1), Eduardo Pinar Bermúdez(1), Juan Ramón Gimeno Blanes(1) y Domingo Andrés Pascual Figal(1) de (1)Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar (Murcia) - España

Introducción: En el infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMCEST), las estrategias farmacológicas precoces buscan optimizar la permeabilidad coronaria antes de la intervención coronaria percutánea primaria (ICPp). Sin embargo, el beneficio del pretratamiento con doble antiagregación plaquetaria (TAPD) es incierto y podría estar condicionado por factores de confusión, especialmente el uso concomitante de anticoagulación con heparina no fraccionada (HNF). El objetivo fue analizar el efecto clínico del TAPD y evaluar si la anticoagulación modula su impacto mediante la integración de dos metanálisis independientes

Métodos: Se realizó una síntesis integrada de la evidencia a partir de dos revisiones sistemáticas con metanálisis independientes: uno sobre pretratamiento precoz con heparina no fraccionada (HNF) antes de la ICPp y otro comparando doble antiagregación plaquetaria (TAPD) frente a antiagregación simple (TAPS). Se analizaron los principales eventos clínicos: arteria abierta previa a la intervención, mortalidad a 30 días y hemorragia mayor. Se realizó un análisis exploratorio de subgrupos según el uso concomitante de HNF en el metanálisis TAPD vs TAPS

Resultados: En el metanálisis de HNF (36.831 pacientes, 7 estudios), el pretratamiento precoz antes de la ICPp se asoció con mayor probabilidad de arteria abierta previa a la intervención (31,6% vs 23,0%; HR 1,35; IC95%: 1,25–1,45; p<0,0001) y menor mortalidad a 30 días (3,9% vs 5,1%; HR 0,80; IC95%: 0,72–0,90; p=0,0002), sin aumento significativo de hemorragia mayor. En el metanálisis TAPD vs TAPS (47.185 pacientes, 17 estudios), el pretratamiento con TAPD se asoció con menor mortalidad a 30 días (RR 0,73; IC95%: 0,57–0,94; p=0,014), sin diferencias en arteria abierta ni hemorragia mayor. Sin embargo, en los análisis por subgrupos según el uso concomitante de HNF, esta asociación no se observó en pacientes con anticoagulación precoz y solo fue significativa en estudios sin HNF precoz (RR 0,86; IC95%: 0,77–0,97; p=0,011)

Conclusiones: La anticoagulación precoz con HNF se asoció con mayor permeabilidad coronaria previa a la ICPp y menor mortalidad a 30 días en pacientes con IAMCEST, sin incremento del riesgo hemorrágico. Por el contrario, el pretratamiento con TAPD, aunque asociado a menor mortalidad en el análisis global, no mostró beneficio sobre la permeabilidad coronaria y su efecto no fue consistente, desapareciendo en presencia de HNF precoz



Comparación de metaanálisis: HNF precoz vs pretratamiento TAPD vs TAPS

Variable	HNF precoz vs no pretratamiento	TAPD vs TAPS precoz
Metaanálisis	7 estudios · 36.871 pacientes	17 estudios · 47.185 pacientes
Arteria abierta (TIMI 2–3)	31,6% vs 23,0% HR 1,35 (IC95%: 1,25–1,45; p<0,001) Incremento relativo del 35%	RR 1,05 (IC95%: 0,96–1,15; p=0,30) Sin diferencias significativas
Mortalidad a 30 días	3,9% vs 5,1% HR 0,80 (IC95%: 0,72–0,90; p=0,0002) Reducción relativa del 20%	RR 0,73 (IC95%: 0,57–0,94; p=0,014) Reducción relativa del 27% (análisis global)
Hemorragia mayor	HR 0,87 (IC95%: 0,72–1,05; p=0,150) Sin aumento significativo	RR 0,89 (IC95%: 0,68–1,18; p=0,40) Sin aumento significativo
Trombosis aguda del stent	No evaluada	RR 0,60 (IC95%: 0,34–1,09; p=0,09) Tendencia no significativa
Interpretación	Mayor arteria abierta y menor mortalidad sin aumento de hemorragia	Asociación global con menor mortalidad, sin beneficio en arteria abierta, trombosis del stent ni hemorragia mayor

HNF: heparina no fraccionada; TAPD: doble antiagregación plaquetaria; TAPS: antiagregación simple; TIMI: Thrombolysis in Myocardial Infarction; HR: hazard ratio; RR: riesgo relativo; IC95%: intervalo de confianza del 95%