

Anticoagulación inmediata en el síndrome coronario agudo: alta recomendación, baja adherencia y escaso impacto clínico

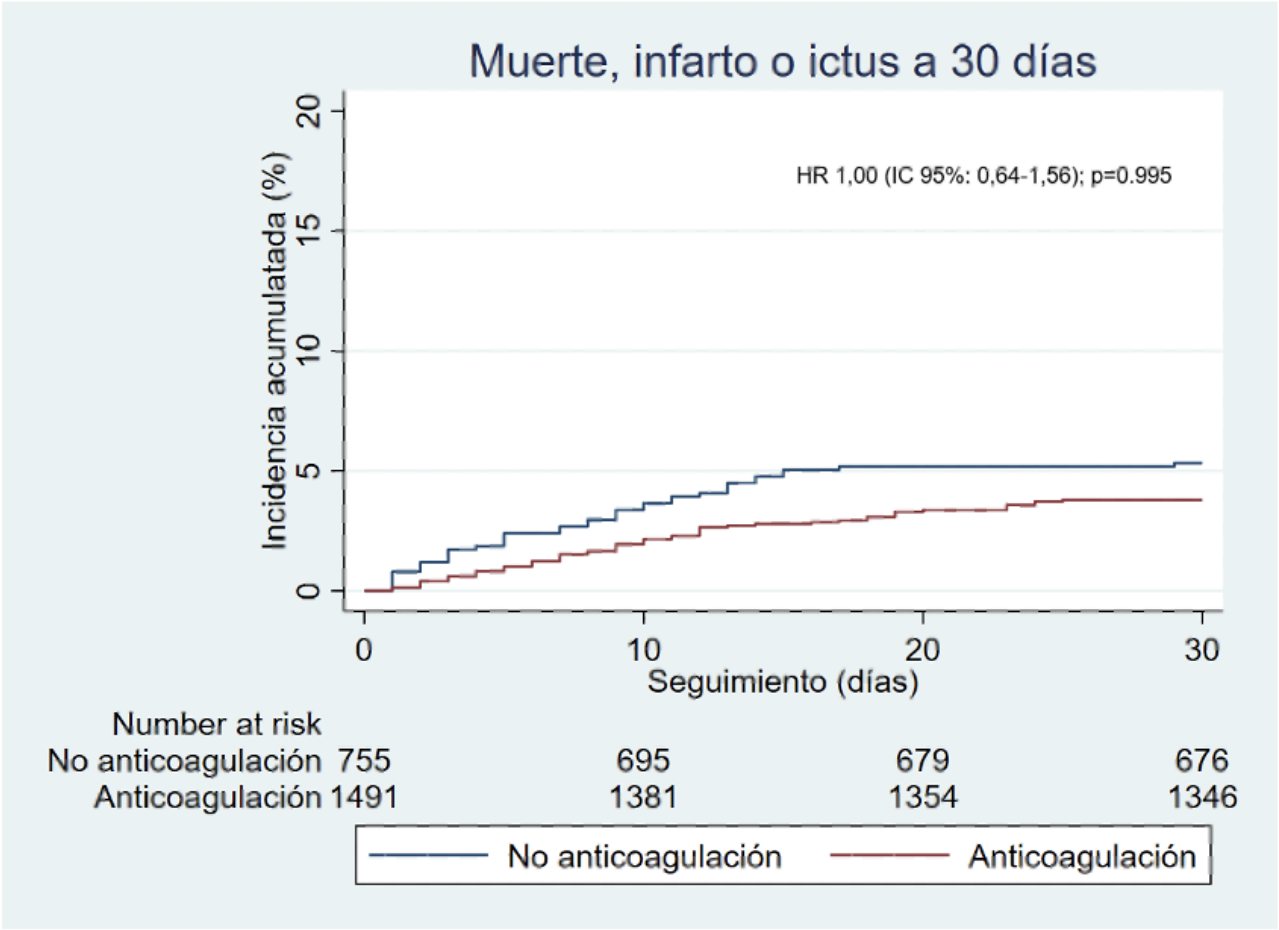
Irene Núñez Sánchez(1), Paula Martínez García(1), Núria Fernández i García(1), Victoriano Moreno Velasco(1), Ferran Augé Bailac(1), Miquel Vives Borràs(1), Cristina Morante Perea(1), Joan Siquier Padilla(1), Vicente Peral Disdier(1) y Xavier Roselló Lozano(1) de (1)Cardiología. Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca (Illes Balears) - España

Introducción: Las guías de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) recomiendan la anticoagulación parenteral al ingreso en todos los síndromes coronarios agudos (SCA). Las referencias que respaldan esta recomendación provienen de tres estudios que incluyeron solo casos de síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST), dos de ellos publicados hace más de 20 años. La evidencia para anticoagular en los infartos agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) sigue siendo limitada. El objetivo de este estudio es evaluar la adherencia al indicador de calidad (QI) de la ESC que valora la anticoagulación parenteral al ingreso y su impacto clínico.

Métodos: Estudio observacional de inclusión prospectiva y consecutiva que incluyó a 2272 pacientes ingresados por SCA entre mayo 2020 y abril 2024. Tras un análisis descriptivo, se evaluó el riesgo de sangrado intrahospitalario mediante regresión logística ajustada por la escala CRUSADE. La incidencia del evento combinado (MACE: muerte, infarto o ictus a 30 días) se analizó mediante regresión multivariante de Cox y curvas de Kaplan-Meier.

Resultados: La adherencia global al QI fue baja (66%), siendo mayor en SCASEST (78%) que en IAMCEST (56%). El fármaco elegido difirió entre grupos: en el SCASEST predominó el fondaparinux y en el IAMCEST, la heparina no fraccionada. Los pacientes anticoagulados presentaban menor riesgo de mortalidad según la escala GRACE (132 frente a 143 puntos), siendo la mayoría infartos agudos (<12 horas), de localización no anterior y en clase Killip I. El riesgo hemorrágico basal fue similar en ambos grupos según la escala CRUSADE, y tampoco hubo diferencias en la tasa de sangrado intrahospitalario (3.5% en ambos grupos). En cuanto al MACE a 30 días, se observaron más eventos en el grupo no anticoagulado (7,1% vs 4,3%), pero esta diferencia desapareció en el análisis multivariante (p=0,995).

Conclusiones: La adherencia al QI sobre anticoagulación parenteral al ingreso es baja para toda la población con SCA, siendo menor para IAMCEST en concordancia con la falta de evidencia. No hay diferencias en el MACE a 30 días entre recibir o no anticoagulación parenteral al ingreso. Es necesario realizar nuevos estudios que evalúen el beneficio de la anticoagulación previa al cateterismo en SCA según los estándares clínicos actuales.



Características basales, del SCA y MACE a 30 días

	No anticoagulación (N = 771)	Sí anticoagulación (N = 1501)	p-value
Edad, años (mean ± SD)	63.40 ± 13.56	64.61 ± 12.50	0.034
Sexo femenino	188 (24.4%)	377 (25.1%)	0.70
Tabaquismo activo	380 (49.3%)	648 (43.2%)	0.006
Hipertensión arterial	437 (56.7%)	895 (59.6%)	0.18
Diabetes	207 (26.8%)	436 (29%)	0.27
Dislipemia	484 (62.8%)	991 (66%)	0.12
Cateterismo	734 (95.4%)	1461 (97.5%)	0.010
Infarto subagudo (<12h)	93 (16.5%)	92 (12.6%)	0.049
Infarto anterior	241 (31.3%)	330 (22%)	< 0.001
Killip inicial > 2	153 (19.8%)	233 (15.5%)	0.009
Pico TnI us, ng/L (mean ± SD)	64 709 ± 91 072	47 377 ± 81 349	< 0.001
FEVI al alta, % (mean ± SD)	52.66 ± 10.93	54.45 ± 10.34	< 0.001
GRACE (mean ± SD)	143 ± 41.28	132.66 ± 37.37	< 0.001
TIMI (mean ± SD)	3.08 ± 1.20	3.02 ± 1.21	0.27
CRUSADE (mean ± SD)	24.59 ± 16.76	23.69 ± 15.65	0.23
Muerte, IAM o ictus a los 30 días	55 (7.1%)	64 (4.3%)	0.004

FEVI: Fracción de eyección del ventrículo izquierdo; IAM: infarto agudo de miocardio; IAMCEST: Infarto agudo de miocardio con elevación del ST; IAMSEST: Infarto agudo de miocardio sin elevación del ST; QI12: Indicador de calidad 12; SCA: síndrome coronario agudo; TnI us: Troponina I ultrasensible.