



6021-226. IMPACTO PRONÓSTICO DEL TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE CON TICAGRELOR Y PRASUGREL FRENTE AL CLOPIDOGREL EN LOS PACIENTES INGRESADOS POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Zaira Gómez Álvarez, Carlos Ferrera Durán, Teresa Romero Delgado, Eduardo Martínez Gómez, Juan Carlos Gómez Polo, Francisco Noriega, Rodrigo Fernández Jiménez, Julia Playán Escribano, Andrés Escudero Díaz, Antonio Fernández Ortiz y Ana Viana Tejedor

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Existe evidencia que avala la recomendación de asociar ticagrelor o prasugrel al ácido acetilsalicílico frente a la estrategia de doble antiagregación (DAPT) con clopidogrel en prevención secundaria tras haber sufrido un síndrome coronario agudo (SCA). Sin embargo, la prescripción de clopidogrel continúa siendo muy elevada. El objetivo de nuestro estudio fue comparar el impacto pronóstico de las distintas estrategias de DAPT que se prescribieron en una cohorte de pacientes con SCA.

Métodos: Se incluyeron de manera retrospectiva y consecutiva todos los pacientes que ingresaron por SCA con o sin elevación del ST en un hospital terciario entre enero de 2015 y diciembre de 2017. Se recogieron variables clínicas, angiográficas y analíticas y se realizó un seguimiento a 1 año.

Resultados: Se incluyeron 941 pacientes, y se clasificó a la muestra en función del segundo antiagregante al alta: clopidogrel (44,3%), prasugrel (15,9%) o ticagrelor (39,3%). Las características basales de la población se recogen en la tabla. Los pacientes que recibieron tratamiento con prasugrel y ticagrelor fueron más jóvenes, con menor prevalencia de factores de riesgo cardiovascular y con menor riesgo isquémico y hemorrágico, valorado mediante las escalas GRACE y CRUSADE (tabla). El prasugrel se empleó predominantemente en SCACEST (70%) mientras que el clopidogrel y el ticagrelor se emplearon por igual en los dos tipos de SCA (tabla). La DAPT con clopidogrel en comparación con ticagrelor, se asoció con una tasa de mortalidad de toda causa a 1 año 4,5 veces mayor (IC95% 1,49-13,6; $p = 0,008$). Lo mismo se observó en el caso del prasugrel (OR 5,16; IC95% 0,65-13,6; $p = 0,122$); si bien en este caso no se alcanzó la significación estadística. En cuanto a la variable combinada de IAM y mortalidad de toda causa a 1 año, el tratamiento con ticagrelor se asoció de forma significativa con una menor incidencia del evento combinado en comparación con la DAPT con clopidogrel (tabla); mientras que con el tratamiento con prasugrel se observó una tendencia muy próxima a la significación estadística (tabla).

Características basales en función del segundo antiagregante al alta y análisis multivariado para muerte o infarto no fatal al año

Variable	Clopidogrel (n = 417)	Prasugrel (n = 150)	Ticagrelor (n = 374)	p
----------	-----------------------	---------------------	----------------------	---

Edad, años (media)	71,2 (13,7)	60,4 (11,1)	66,1 (12,1)	0,027
IAMSEST	225 (58,1)	44 (29,9)	189 (52,9)	0,001
IAMCEST	162 (41,1)	103 (70,1)	166 (46,5)	
Varones	293 (70,3)	123 (82)	309 (82,6)	0,001
Hipertensión	293 (70,3)	80 (53,3)	223 (59,6)	0,001
Diabetes mellitus	140 (33,6)	48 (32)	91 (24,3)	0,014
Dislipemia	214 (51,3)	72 (48)	211 (56,4)	0,156
Tabaquismo	206 (49,4)	101 (67,3)	249 (66,6)	0,001
GRACE	150,66 ± 43,73	126,21 ± 38,78	130,95 ± 36,25	0,001
CRUSADE	34,29 ± 15,45	25,45 ± 13,8	26,32 ± 14,26	0,014
Enfermedad de 2 o más vasos	227 (54,4)	56 (37,4)	186 (49,7)	0,001

Análisis multivariado para muerte o IAM no fatal al año

Variable	OR (IC95%)	p
Edad	1,05 (1,03-1,07)	0,001
DSVI grave	2,55 (1,35-4,8)	0,004
Número de vasos	1,42 (1,07-1,88)	0,016
Clopidogrel	Referencia	
Prasugrel	0,31 (0,09-1,04)	0,057

Ticagrelor

0,47 (0,25-0,87)

0,017

IAMSEST: infarto agudo de miocardio sin elevación del ST; IAMCEST: infarto agudo de miocardio con elevación del ST; IAM: infarto agudo de miocardio; DSVI: disfunción sistólica del ventrículo izquierdo.

Conclusiones: En nuestra población de pacientes con SCA, el tratamiento con ticagrelor comparado con el clopidogrel redujo la mortalidad y el combinado de mortalidad por todas las causas y reinfarto durante el seguimiento a 1 año, observándose una tendencia muy próxima a la significación en los pacientes tratados con prasugrel.