



Revista Española de Cardiología



6013-186. EFICACIA Y SEGURIDAD DE LOS INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

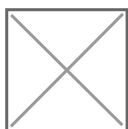
María García Carrilero, Clara Gunturiz Beltrán, Alberto Cordero Fort, Rubén Martínez Abellán, Amín Elamrani Rami, David Sirera Hernández y Vicente Bertomeu Martínez del Hospital San Juan, Sant Joan d'Alacant (Alicante).

Resumen

Introducción: La eficacia y seguridad de los IBP en pacientes con SCA ha sido cuestionada en los últimos años, aunque hay pocos datos en cohortes europeas. Se desconocen las causas por las que podría aumentar la mortalidad con estos fármacos. El objetivo de nuestro estudio fue analizar el uso de IBPs y el pronóstico a largo plazo en pacientes dados de alta con el diagnóstico de SCA.

Métodos: Registro observacional y prospectivo de todos los pacientes de un único centro, entre diciembre 2008 y abril 2011. Pacientes consecutivos dados de alta con diagnóstico de SCA.

Resultados: Se incluyeron 740 pacientes, 71,9% varones y 28,4% con SCACEST. Edad media 68,9 (12,4). El 82,6% recibió IBP al alta, el 73,2 recibió pantoprazol, 21,1 omeprazol. Se observaron diferencias en el tratamiento al alta, ya que los pacientes que recibieron IBPs, recibieron más frecuentemente AAS (94,8% vs 88,6%; $p = 0,02$), más clopidogrel (83,8% vs 74,3%; $p = 0,02$), más estatinas (93,9% vs 88,6%; $p = 0,05$), más doble antiagregación (80,5 vs 68,2; $p = 0,01$) y menos Sintrom (5,2 vs 10,5; $p = 0,04$). El análisis multivariante de las variables asociadas independientemente a recibir IBPs al alta identificó la edad (OR 1,03; IC95% 1,00-1,04; $p = 0,01$) y una clara tendencia con clopidogrel (OR 1,92; IC95% 0,99-3,73; $p = 0,06$). Se siguieron a los pacientes durante 2 años. Durante el seguimiento (mediana seguimiento 33 meses, rango intercuartílico 19,7-46,3), los pacientes que recibieron IBP presentaron la misma mortalidad por cualquier causa (17,8 vs 14,0; $p = 0,29$), mortalidad por causa cardiovascular (11,3 vs 8,5; $p = 0,36$) y SCA no fatal (11,8 vs 9,3; $p = 0,41$). Posteriormente se analizó la diferencia entre los diversos IBP, y sí que se observó mayor mortalidad por cualquier causa (24,8 vs 17,2; $p = 0,04$) y mortalidad cardiovascular (17,1 vs 10,8; $p = 0,04$) en pacientes que recibieron omeprazol. Se realizó un análisis multivariante mediante regresión de Cox que no identificó una asociación independiente entre omeprazol y mortalidad por cualquier causa (HR: 1,29; IC95% 0,77-2,16; $p = 0,34$), ni mortalidad cardiovascular (HR: 1,42; IC95% 0,75-2,70; $p = 0,28$).



Supervivencia por todas las causas.

Conclusiones: En la práctica clínica diaria no existen diferencias entre los pacientes que reciben IBPs, no encontramos ninguna relación entre mortalidad y recibir IBPs. Sí que existe una mayor mortalidad cruda en los pacientes que recibieron omeprazol, que no se verificó en el análisis multivariante.