Rev Esp Cardiol. 2015;68 Supl 1: 685

Revista Española de Cardiología

6010-149. USO SELECTIVO DEL CLOPIDOGREL FRENTE A NUEVOS P2Y12 EN EL MUNDO REAL. RESULTADOS A MEDIO PLAZO DE LAS COMPLICACIONES TROMBÓTICAS Y HEMORRÁGICAS

Clara Gunturiz Beltrán[1],Álvaro Marco del Castillo[2], Ana Pardo Sanz[2], Juan Manuel Monteagudo Ruiz[2], Gustavo Villarreal[2], Marcelo Sanmartín Fernández[2], Manuel Jiménez Mena[2] y José Luis Zamorano Gómez[2] del [1]Hospital San Juan de Alicante, San Juan de Alicante (Alicante) y [2]Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Las guías recomiendan ticagrelor o prasugrel antes que clopidogrel en el SCA de alto riesgo. Sin embargo, la práctica clínica y los registros en nuestro entorno sugieren un bajo cumplimiento de estas recomendaciones. Desde 2013 decidimos una utilización selectiva de los nuevos inhibidores P2Y12 a los pacientes con antecedentes de diabetes, muy alto riesgo trombótico y bajo riesgo hemorrágico. El objetivo de este estudio es evaluar los resultados de este protocolo.

Métodos: Estudio observacional prospectivo, con inclusión de todos los pacientes ingresados en una unidad coronaria por SCA, tratados con clopidogrel, ticagrelor o prasugrel desde agosto de 2013 a febrero de 2015. Se definió el objetivo primario como combinación de muerte, infarto o ictus no fatal. Fueron analizados 509 pacientes con una mediana de seguimiento de 209 días. La edad media 65,6 ± 13,5 años, 22% mujeres, y 27% diabéticos. Los pacientes tratados con clopidogrel tenían edad similar a los tratados con ticagrelor (66,5 ± 13,8 frente a 68,3 ± 12,8 años; p = 0,24), pero superior a los tratados con prasugrel (58,1 ± 10,6 años; p < 0,01) y menor prevalencia de diabetes mellitus (19,8% frente a 41,2% ticagrelor y 41,1% prasugrel, p < 0,01), más FA previa (10,5% frente a 4% y 0%).

Resultados: El *shock* cardiogénico fue más frecuente en el grupo clopidogrel frente a ticagrelor y prasugrel (8,5%, 5,1% y 2,7%, respectivamente; p = 0,02). El objetivo primario fue más frecuente en el grupo tratado con clopidogrel (n = 49, 15,4%) frente a ticagrelor (n = 6, 6,1%) o prasugrel (n = 8, 11,3%); p = 0,053. Las complicaciones hemorrágicas graves (BARC > 3) fueron 9,4% (clopidogrel), 10,4% (ticagrelor) y 7% (prasugrel); p = 0,794. La mortalidad total fue clopidogrel: 9,9%, ticagrelor 2,6% y prasugrel 1,8% (p = 0,022). En el análisis de regresión de Cox, las únicas variables predictoras del objetivo combinado fueron: Killip 4 (aHR: 2,5; IC: 1,8-3,6, p < 0,001) y historia previa de ictus (aHR: 1,6; IC: 1,1-2,2, p = 0,01). El único predictor independiente de hemorragias graves era la clasificación Killip 4 (OR 7,4–IC 2,7-20,6, p < 0,001). La selección del inhibidor P2Y12 no fue un factor predictor del objetivo primario o hemorragias graves en el análisis multivariante.

Conclusiones: El uso selectivo de clopidogrel frente a los nuevos inhibidores P2Y12 en pacientes con SCA según riesgo isquémico y riesgo hemorrágico no parece asociarse a más complicaciones isquémicas en nuestra población.