



6008-109. COSTE EFECTIVIDAD DEL PANTOPRAZOL FRENTE OMEPRAZOL EN PACIENTES CON DOBLE TERAPIA ANTIAGREGANTE TRAS UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Ramón Andión Ogando¹, Elena Laherran Rodríguez¹, Elisa Álvarez Artero¹, Alberto Campo Prieto², Cristina Sánchez del Hoyo¹, José María Asín Guillén¹ y José Alberto San Román Calvar³ del ¹Complejo Asistencial de Palencia, ²Hospital Comarcal de Medina del Campo (Valladolid) y ³Instituto de Ciencias del Corazón (ICICOR), Valladolid.

Resumen

Introducción y objetivos: Las guías europeas de la ESC para tratamiento del infarto de miocardio con elevación de ST (IAMEST) y sin elevación de ST (IAMSEST), recomiendan el uso de inhibidores de la bomba de protones junto con la doble antiagregación plaquetaria. Los inhibidores fuertes del citocromo CYP2C19 pueden interferir y reducir la eficacia antiagregante de clopidogrel. Las recomendaciones actuales aconsejan su sustitución por inhibidores más débiles del CYP2C19 como el pantoprazol, pero la evidencia científica es escasa. El objetivo fue establecer un estudio de coste efectividad del uso de pantoprazol frente omeprazol en los pacientes que reciben doble terapia antiagregante con ácido acetilsalicílico más clopidogrel tras un IAMEST o IAMSEST.

Métodos: Estudio retrospectivo que incluyó todos los pacientes dados de alta tras un infarto de miocardio, de un hospital secundario de España y que recibieron doble terapia antiagregante junto con omeprazol o pantoprazol durante un periodo de 2 años. (2013-2014).

Resultados: 139 pacientes fueron incluidos en el estudio. 85% (118 pacientes) fueron tratados con omeprazol y el resto (15%, 21 pacientes) con pantoprazol. Los pacientes tratados con pantoprazol tenían mayor edad y un mayor número de vasos afectados en la coronariografía. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre subgrupos en cuanto a género, duración de la terapia antiagregante, fracción de eyección, factores de riesgo cardiovascular, factores de riesgo para hemorragia digestiva. No se observaron diferencias en cuanto a eventos clínicos (sangrado gastrointestinal, infarto de miocardio, nueva revascularización, muerte) entre ambos grupos. El análisis de coste efectividad teniendo en cuenta costes directos derivados del tratamiento y hospitalizaciones derivadas mostró que la terapia con pantoprazol era dominada por el omeprazol y por tanto no es coste efectiva como alternativa al mismo. El RCEI (ratio coste efectividad incremental) fue de 297.300 euros por hemorragia gastrointestinal evitada.

Características clínicas de ambos grupos			
	Omeprazol	Pantoprazol	p
Edad	67,81 ± 12,5 años	74,52 ± 10,3 años	0,023

Genero	18% mujeres (21 pacientes)	33% mujeres (7 pacientes)	0,103
Fracción eyección	56,0 ± 7,7%	54,8 ± 10,9%	0,52
Enfermedad multivaso	1,56 ± 0,7 vasos afectados	2,00 ± 0,9 vasos afectados	0,016
Factores riesgo hemorragia digestiva	62% (73p)	81% (7p)	0,093
Hemorragia/úlceras gastrointestinal	6% (6p)	5% (1p)	0,94
Infarto miocardio	5% (6p)	5% (1p)	0,94
Mortalidad	6% (7p)	5% (1p)	0,94

Conclusiones: El pantoprazol no parece ser una terapia coste efectiva frente al omeprazol en la prevención de hemorragias/úlceras gastrointestinales en pacientes con doble antiagregación tras un infarto de miocardio. No se han observado diferencias de eventos cardiovasculares entre ambos tratamientos en nuestros pacientes.