Rev Esp Cardiol. 2017;70(Supl 1): 1035

Revista Española de Cardiología

6037-467. MONOTERAPIA ANTIPLAQUETARIA POSINTERVENCIONISMO CORONARIO PERCUTÁNEO, RESULTADOS CONTEMPORÁNEOS A LARGO PLAZO Y COMPARACIÓN CON LA PRÁCTICA HABITUAL

Andrés Arturo Aldázabal Orue, Iván Núñez-Gil, Enrico Cerrato, Pablo Salinas, Corina Biagioni, Luis Nombela-Franco, Pilar Jiménez-Quevedo y Antonio Fernández Ortiz del Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Existe un grupo de pacientes que por alguna razón clínica no pueden recibir ácido acetilsalicílico y por tanto, doble antiagregación plaquetaria (DAP) tras una intervención coronaria percutánea (pacientes con alergia, intolerancia a la ácido acetilsalicílico, riesgo muy alto de sangrado). En ellos, la monoterapia (MAP) con un inhibidor P2Y12 es una opción terapéutica aunque no existen muchos datos actualmente. Nuestro objetivo fue determinar la incidencia de MAP en la práctica clínica, así como su evolución a largo plazo en comparación con un grupo similar que recibió DAP.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio de cohortes con inclusión retrospectiva desde agosto de 2008 hasta abril de 2016. La selección de participantes fue a través de un motor de búsqueda en una base de datos clínica prospectiva multipropósito. De 8.770 pacientes con 10.980 intervenciones coronarias consecutivas se identificaron 37 enfermos con MAP al alta. Se emparejaron 1:1 con un grupo de DAP de similares características. Los eventos estudiados fueron muerte global, cardiaca, infarto y revascularización del vaso y de lesión diana así como la combinación de todos ellos (MACE). Adicionalmente, en el grupo de MAP, se realizó un subanálisis para comparar la presencia de eventos de los pacientes tratados con clopidogrel frente a los otros inhibidores P2Y12 (prasugrel y ticagrelor).

Resultados: La incidencia de MAP fue 0,42%. Al comparar con DAP no se encontraron diferencias significativas en MACE a 3 años (p = 0,810). Los MACE en ambos grupos se presentaron principalmente el primer año. Durante el seguimiento, se registraron 4 muertes en cada grupo. En el grupo MAP, el 27% recibieron alguno de los nuevos inhibidores P2Y12. Al comparar los MACE dentro del grupo de MAP entre aquellos que recibieron nuevos inhibidores frente a clopidogrel; Los MACE fueron 0% en el grupo de nuevos inhibidores frente a 22,6% (p = 0,185) en el grupo con clopidogrel, tras 24 meses de seguimiento.

12. *Curva de supervivencia de Kaplan Meier para MACE a 3 años de seguimiento para MAP frente DAP. B. Curva de supervivencia para MACE a 24 meses de MAP con clopidogrel y MAP con los nuevos inhibidores P2Y12.*

Eventos clínicos en el seguimiento

Pacientes, n (%)	MAP n = 37	DAP n = 37	p valor
Eventos acumulados			
Periodo de seguimiento en meses, media [RIQ]	49,7 [30,6-72,7]	48,3 [26,0-59,5]	ns
MACE	9 (24,3)	11 (29,7)	ns
Muerte global	4 (10,8)	4 (10,8)	ns
Muerte cardiaca	1 (2,7)	2 (5,4)	ns
Infarto de miocardio	1 (2,7)	3 (8,1)	ns
Ictus	1 (2,7)	0 (0)	ns
Insuficiencia cardiaca	1 (2,7)	0 (0)	ns
Revascularización del vaso tratado	2 (5,4)	2 (5,4)	ns
Revascularización de la lesión diana	4 (10,8)	2 (5,4)	ns

RIQ: rango intercuartílico, MACE: *Major Adverse Cardiac Events*.

Conclusiones: La MAP con un inhibidor P2Y12 es una opción terapéutica poco empleada en la clínica pero razonable en pacientes que no pueden recibir DAP con ácido acetilsalicílico. Los nuevos inhibidores P2Y12 podrían ser una opción terapéutica segura en pacientes que requieren MAP.