



6043-582. NUEVOS ANTIAGREGANTES EN EL INFARTO DE MIOCARDIO ANTERIOR

Elena Puerto García Martín, Silvia Chacón Alves, Eloy Gómez Mariscal, Roberto Martín Asenjo, Ana Miguel Gutiérrez, Sandra Mayordomo Gómez, Sagrario Fernández Casares y Blanca Coto Morales del Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción: Los nuevos antiagregantes (AAG) han demostrado ser más eficaces que clopidogrel en la reducción de eventos cardiovasculares (CV) tras un infarto de miocardio (IAM), con ligero aumento del riesgo hemorrágico (RH). El objetivo del estudio es evaluar la incorporación de prasugrel y ticagrelor a nuestra práctica clínica.

Métodos: Se revisaron las historias clínicas de 100 pacientes consecutivos diagnosticados de IAM anterior una vez transcurridos 6 meses después de la incorporación de los nuevos AAG en nuestro hospital. Fueron clasificados en 2 grupos según el segundo AAG con el que fueron tratados durante el ingreso: nuevos (prasugrel y ticagrelor) vs clopidogrel. Se compararon las diferencias en la epidemiología, presencia de trombo intraventricular (TIV) y evolución al año de seguimiento mediante la incidencia de mortalidad CV, reingreso por evento CV y hemorragia).

Resultados: 53% de los pacientes recibieron nuevos AAG (34% prasugrel, 19% ticagrelor). En el grupo de clopidogrel la edad media fue significativamente mayor (78 ± 10 vs 61 ± 13 , p 0,001), así como la prevalencia de hipertensión (63% vs 41%, p 0,05) y de fibrilación auricular (8% vs 0%, p 0,05). En el grupo de nuevos AAG, se evidenció una proporción significativamente mayor de varones (67% vs 42%, p 0,05) y una tendencia no significativa a mayor uso de *stent* farmacoactivo. No hubo diferencias significativas en el resto de características basales. Aquéllos tratados con clopidogrel eran más propensos al sangrado (2% hemorragia mayor), si bien en este grupo el RH basal y el porcentaje de anticoagulación era mayor (25% vs 8%, p 0,05). No hubo diferencias significativas en la fracción de eyección al ingreso ni en el desarrollo de TIV. La mortalidad global e intrahospitalaria fue significativamente mayor en los pacientes tratados con clopidogrel. Sin embargo, no hubo diferencias significativas en la mortalidad a 1 mes, a 1 año, tasa de reingresos ni necesidad de revascularización de la lesión diana.

	Clopidogrel (n = 47)	Nuevos AAG (n = 53)	p
Edad	78 ± 10	61 ± 13	0,001
Varones	42%	67%	0,05

HTA	63%	41%	0,05
DM	27%	24%	NS
DL	42%	32%	NS
Tabaquismo	29%	45%	NS
Fibrilación auricular previa	8%	0%	0,05
Insuficiencia renal crónica	2%	3%	NS
Enfermedad coronaria previa	13%	6%	NS
Ictus previo	6%	1%	NS
Stent farmacoactivo	65%	81%	NS
Hemorragia	8%	2%	NS
Trombo IV	4%	7%	NS
FEVI	46%	46%	NS
Mortalidad CV total	17%	0%	0,05
Mortalidad CV intrahospitalaria	12%	0%	0,05
Mortalidad CV al mes	14%	0%	NS
Mortalidad CV al año	14%	0%	NS
Reingreso por evento CV	12%	17%	NS

Conclusiones: El uso de nuevos AAG continúa siendo relativamente bajo. En nuestra serie se observa mayor mortalidad global en el grupo de clopidogrel, aunque se equipara al año. No hubo diferencias en la tasa de hemorragias, reingresos ni formación de TIV.