



## 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<sup>1</sup>, Álvaro Marco del Castillo<sup>2</sup>, Ana Pardo Sanz<sup>2</sup>, Juan Manuel Monteagudo Ruiz<sup>2</sup>, Gustavo Villarreal<sup>2</sup>, Marcelo Sanmartín Fernández<sup>2</sup>, Manuel Jiménez Mena<sup>2</sup> y José Luis Zamorano Gómez<sup>2</sup> del <sup>1</sup>Hospital San Juan de Alicante, San Juan de Alicante (Alicante) y <sup>2</sup>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  $65,6 \pm 13,5$  años, 22% mujeres, y 27% diabéticos. Los pacientes tratados con clopidogrel tenían edad similar a los tratados con ticagrelor ( $66,5 \pm 13,8$  frente a  $68,3 \pm 12,8$  años;  $p = 0,24$ ), pero superior a los tratados con prasugrel ( $58,1 \pm 10,6$  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.