



4016-5. BENEFICIO CLÍNICO NETO CON TICAGRELOR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA. RESULTADOS DE UN REGISTRO MULTICÉNTRICO

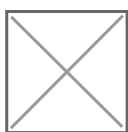
Manuel Almendro Delia¹, Luis Madrona Jiménez¹, Beatriz Lorenzo López¹, Ángel García Alcántara², Antonio Reina Toral³, José Andrés Arboleda Sánchez², Rafael J. Hidalgo Urbano¹ y Juan Carlos García Rubira¹ del ¹Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, ²Hospitales Universitarios Virgen de la Victoria y Regional Carlos Haya, Málaga, y ³Complejo Hospitalario Universitario de Granada.

Resumen

Introducción y objetivos: Ticagrelor ha demostrado su eficacia en el síndrome coronario agudo (SCA), habiéndose cuestionado su papel en la reducción de mortalidad a corto plazo. Objetivo: describir la efectividad y seguridad de ticagrelor frente a clopidogrel en situación de mundo real.

Métodos: Registro multicéntrico observacional con análisis retrospectivo de pacientes con SCA incluidos de forma prospectiva entre 2013-15. Se analizaron la mortalidad por cualquier causa y otros eventos isquémicos así como los sangrados (TIMI) durante la hospitalización y a 30 días, calculándose el beneficio clínico neto (NACE) de ticagrelor frente a clopidogrel usando modelos de regresión de Cox ajustados por puntuaciones de propensión (PS 1:1 greedy matching) e IPTW (inverse probability of treatment weight).

Resultados: Se incluyeron 1.889 pacientes (58% SCACEST, 46% con GRACE > 140, 93% de ICP), 1313 clopidogrel y 576 ticagrelor. No hubo diferencias en las características basales, salvo menor edad, mayor proporción de SCACEST, mayor tasa de ICP primaria y menores tiempos de reperusión en el grupo de ticagrelor. En el análisis no ajustado a 30 días, ticagrelor se asoció a una reducción de la mortalidad (HR = 0,21, IC95% [0,11-0,43]; $p < 0,0001$) sin aumentar los sangrados (HR = 0,95, IC95% [0,54-1,62]; $p = 0,940$), mostrando un beneficio clínico neto NACE (HR = 0,48, IC95% [0,33-0,72]; $p < 0,0001$). El análisis ajustado siguió evidenciando un NACE a favor de ticagrelor, PS (574 parejas, diferencias estandarizadas < 10%) HR = 0,63, IC95% [0,39-0,90]; $p < 0,0001$, IPTW ($n = 1.889$) HR = 0,46, IC95% [0,27-0,79]; $p = 0,049$. Además de una reducción precoz de la mortalidad con ticagrelor (PS HR = 0,28, IC95% [0,11-0,61]; $p < 0,0001$, IPTW HR = 0,26 IC95% [0,13-0,54]; $p < 0,0001$). En subgrupos con alto riesgo de sangrado (edad > 75 años, AVC previo, insuficiencia renal crónica y riesgo CRUSADE alto) ticagrelor siguió mostrando beneficio clínico neto sin evidenciarse interacción.



Mortalidad por cualquier causa (muestra emparejada por PS).

Conclusiones: En situación de mundo real, ticagrelor se asocia a un beneficio clínico neto frente a clopidogrel, incluso en subgrupos con alto riesgo de sangrado, reduciendo la mortalidad por cualquier causa de forma muy precoz.