



Revista Española de Cardiología



4009-3. SWITCHING DE CLOPIDOGREL A PRASUGREL EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO. ¿UNA ESTRATEGIA SEGURA?

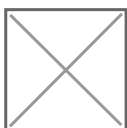
Emilia Blanco Ponce, Manuel Almendro Delia, María Rocío Gómez Domínguez, Carlos Eduardo González Matos, Manuel Lobo González, Rafael J. Hidalgo Urbano y José María Cruz Fernández del Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Resumen

Introducción: Las guías de práctica clínica recomiendan el uso de inhibidores P2Y₁₂ más potentes como prasugrel (P) y ticagrelor (T) en el síndrome coronario agudo (SCA), pese a ello, clopidogrel (C) continúa siendo el más usado. Evaluamos la seguridad en términos de hemorragias y la eficacia para prevenir eventos trombóticos del cambio de clopidogrel a prasugrel (PS).

Métodos: Estudio observacional prospectivo de 525 pacientes ingresados por SCA en unidad de cuidados intensivos coronarios. El tratamiento se estableció según el protocolo local, que incluye la administración de dosis de carga de prasugrel 60 mg si han pasado más de 6 horas desde la dosis de carga de clopidogrel (300-600 mg). Los eventos trombóticos y sangrados durante la hospitalización se analizaron usando un análisis univariado y ajustado por propensity score.

Resultados: Un total 468 recibieron AAS y un inhibidor P2Y₁₂. El cambio de antiagregante se realizó en 117 pacientes (25%), administrándose dosis de carga en 58 (50%) (fig.). Comparado con el grupo C, el grupo PS presentó una mayor proporción de hombres, más jóvenes, con menor comorbilidad, cuya principal forma de presentación fue como SCACEST con una mediana de puntuación GRACE de 136 puntos [117,155], el 40% con una puntuación > 140. No encontramos diferencias entre PS y C en la tasa de sangrados y eventos adversos cardíacos o cerebrovasculares mayores (MACCE) (tabla), así como un mayor uso de inhibidores IIb/IIIa en el grupo PS (43% vs 16%; $p = 0,0001$). La necesidad de CABG intrahospitalaria fue mayor en C (%% vs 0%, $p = 0,032$). Entre los predictores independientes de sangrado (C-statistic 0,88, 0,81-0,94 IC95%, $p 0,001$) no se incluyó el uso de prasugrel durante la hospitalización, tanto el uso como antiagregante inicial como el switch.



Esquema de tratamiento antiagregante.

Eventos. Análisis univariado y según propensity score		
	Cohorte global	Cohorte Propensity

C (n = 335)	PS (n = 117)	p	C n = 85	PS n = 85	p	
Sangrado total	10 (3)	5 (4,6)	0,833	2 (2,3)	3 (3,6)	0,631
Mayor	1 (0,3)	1 (0,8)	0,462	-	-	-
Menor/mínimo	9 (3)	4 (3,4)	0,899	2 (2,3)	3 (3,6)	0,631
MACCE	39 (12)	12 (10)	0,682	7 (8,4)	4 (5)	0,246
Mortalidad	22 (6,6)	2 (1,7)	0,043	3 (3,6)	1 (1,2)	0,311
Shock cardiogénico	21 (10)	9 (7,8)	0,518	5 (6)	5 (6)	0,999
Trombosis de <i>stent</i>	1 (0,9)	0 (0)	0,542	-	-	-
Reinfarto	2 (0,6)	1 (0,8)	0,228	2 (2,4)	0 (0)	0,162
AVC/AIT	5 (1,2)	1 (0,9)	0,571	-	-	-
CABG	8 (2,4)	0 (0)	0,04	4 (5)	0 (0)	0,032

Conclusiones: El switching intrahospitalario de clopidogrel a prasugrel en una población seleccionada con SCA de alto riesgo presentó una incidencia similar de eventos trombóticos y sangrados intrahospitalarios, con una tendencia a menor tasa de mortalidad que deberá ser corroborada por otros trabajos.