



## 5006-2. SWITCH DE CLOPIDOGREL A OTRO INHIBIDOR DEL P2Y12 EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL ST. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y SEGURIDAD A MEDIO PLAZO

Pablo Revilla Martí, José Antonio Linares Vicente, Jara Gayán Ordás, Ana Martínez Labuena, José Ramón Ruiz Arroyo y Francisco Alfredo Roncalés García-Blanco de Servicio de Cardiología del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Ticagrelor y prasugrel son 2 potentes inhibidores del receptor P2Y12 que han demostrado disminuir los eventos isquémicos en comparación con clopidogrel en pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación de ST (IAMCEST). Sin embargo, en muchas ocasiones se administra dosis de carga de clopidogrel, realizando el *switch* a estos antiagregantes durante el ingreso. El objetivo del estudio fue definir las características clínicas de los pacientes con IAMCEST en los que se realiza *switch* de clopidogrel a otro inhibidor del receptor P2Y12 durante el ingreso, así como la seguridad a medio plazo.

**Métodos:** Registro observacional retrospectivo entre enero de 2015 y marzo de 2016. Se incluyeron a 96 pacientes consecutivos que recibieron clopidogrel como segundo antiagregante en el tratamiento inicial del IAMCEST, divididos en 2 grupos en función del cambio a ticagrelor/prasugrel durante el ingreso. Se registraron las variables clínicas y analíticas y se definió el evento combinado MACE (muerte, infarto de miocardio e ictus no fatal) y sangrado según las definiciones del Bleeding Academic Research Consortium (BARC).

**Resultados:** En 22 pacientes se realizó el *switch* durante el ingreso (18 a ticagrelor y 4 a prasugrel). Este grupo de pacientes era significativamente más joven ( $60,6 \pm 12,7$  frente a  $72,1 \pm 15,1$  años;  $p < 0,01$ ), recibía con mayor frecuencia fibrinólisis como tratamiento en la fase aguda del IAMCEST (31,8 frente a 12,8%;  $p = 0,03$ ) y mayor revascularización con *stent* (100 frente a 74,3%;  $p = 0,01$ ). El perfil de riesgo hemorrágico era menor determinado por hemoglobinas mayores ( $14,2 \pm 1,2$  frente a  $12,6 \pm 2,4$  g/dl;  $p < 0,01$ ), mejor filtrado glomerular ( $83,3 \pm 17,6$  frente a  $62,4 \pm 29,2$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup>;  $p < 0,01$ ) y menor valor de la escala CRUSADE ( $25,9 \pm 9,9$  frente a  $39,5 \pm 23,5$ ;  $p < 0,01$ ). Durante el ingreso no hubo MACE ni sangrado BARC  $\geq 3$  en el grupo *switch*. Tras un seguimiento medio de  $8,7 \pm 3,6$  meses, no hubo diferencias significativas en la presencia de MACE (6,7% no *switch* frente a 4,5% *switch*,  $p = 0,72$ ) pero sí una tendencia no significativa en la aparición de sangrado BARC  $\geq 3$  (1,7% no *switch* frente a 9,1% *switch*,  $p = 0,11$ ).

**Conclusiones:** En práctica clínica habitual, el cambio de clopidogrel a los antiagregantes más potentes se realiza en pacientes de menor riesgo hemorrágico sin incremento significativo de los sangrados ni eventos cardiovasculares durante el seguimiento.