



4006-3. SWITCH DE CLOPIDOGREL A INHIBIDORES MÁS POTENTES DEL RECEPTOR P2Y12 EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO. ¿UNA NUEVA DOSIS DE CARGA AÑADE RIESGO SANGRADO?

Elena María Candela Sánchez¹, Luna Carrillo Alemán¹, M. Teresa Lozano Palencia¹, Nuria Vicente Ibarra², Vicente Pernias², Andrea Véliz³, Francisco Marín³ y Juan Miguel Ruiz Nodar¹ del ¹Hospital General Universitario de Alicante, ²Hospital General Universitario de Elche (Alicante) y ³Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar (Murcia) .

Resumen

Introducción y objetivos: La doble antiagregación es una piedra angular del tratamiento del síndrome coronario agudo (SCA). El switch entre inhibidores del receptor P2Y12 (IRP) es frecuente en la práctica clínica. Actualmente no existen directrices claras en cuanto a la administración de nuevas dosis de carga cuando se realiza switch de un IRP a otro, y tampoco está claro que éstas se asocien a un mayor riesgo hemorrágico. Se evaluaron eventos hemorrágicos en una cohorte de pacientes con SCA que recibieron dosis de carga al realizarse switch de clopidogrel a un antiagregante más potente (nuevos IRP, ticagrelor o prasugrel), en comparación con pacientes sin dosis de carga.

Métodos: De enero de 2014 a diciembre de 2015 se incluyeron pacientes consecutivos que ingresaron por SCA en 3 hospitales españoles. Se recogieron características demográficas, clínicas y terapéuticas, incluyendo detalles de la coronariografía y del *switch*. Se evaluaron los eventos de sangrado mayor y menor/clínicamente relevante, durante la hospitalización, de acuerdo con los criterios TIMI.

Resultados: Se incluyeron un total de 1.718 pacientes. Se realizó switch de clopidogrel a un nuevo PRI en 371 pacientes (21,5%). El *switch* fue realizado por cardiólogos en el 79,3% de los casos. Del total, 263 pacientes (70,9%) recibieron dosis de carga del nuevo PRI. Las características basales de los 2 grupos fueron similares: edad media $60,8 \pm 12$ frente a $60,9 \pm 11,4$ años ($p = 0,95$), sexo femenino 24,3 frente a 23,1% ($p = 0,8$), HTA 60,4 frente a 61,1% ($p = 0,9$), ictus previo 5,3 frente a 1,9% ($p = 0,16$), SCACEST 45,2 frente a 45,4% ($p = 0,72$). No se encontraron diferencias entre las puntuaciones en la escala CRUSADE ($23,6 \pm 14,1$ frente a $26,4 \pm 13$, $p = 0,07$) ni en la de GRACE (130 ± 37 frente a 135 ± 40 , $p = 0,22$). Se llevó a cabo coronariografía en el 99% de los pacientes, y el porcentaje de revascularización percutánea fue similar (90,5 frente a 89,8%, $p = 0,96$) en ambos grupos. No se encontraron diferencias en las tasas de sangrado durante la hospitalización: sangrados totales 4,6 frente a 5,5%, mayor 0,8 frente a 0,9%, menor/clínicamente relevante 3,8 frente a 4,6% ($p = 0,92$). Las tasas de eventos isquémicos fueron similares (4,9 frente a 4,6%, $p = 0,71$).

Conclusiones: En esta población de pacientes del mundo real con SCA, una nueva dosis de carga de un IRP más potente al realizar *switch* desde clopidogrel no supone un aumento significativo del riesgo de sangrado durante el ingreso.