



6036-497. EFICACIA Y SEGURIDAD DE DOSIS DE CARGA CON INHIBIDORES P2Y12 EN PACIENTES SIN DOBLE ANTIAGREGACIÓN PREVIA SOMETIDOS A INTERVENCIONISMO CORONARIO ELECTIVO

Jesús Piqueras Flores, Alfonso Jurado Román, María Thiscal López Lluva, Ignacio Sánchez-Pérez, José Abellán-Huerta, Juan Antonio Requena Ibañez, Ramón Maseda Uriza y Fernando Lozano Ruiz Poveda, del Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real.

Resumen

Introducción y objetivos: Según las guías de revascularización miocárdica, se recomienda administrar dosis de carga de 300 o 600 mg de clopidogrel añadido a 150-300 mg de AAS en intervencionismo coronario percutáneo (ICP) electivo. Sin embargo, hay escasa evidencia acerca de esta recomendación y no se han evaluado otros inhibidores P2Y12. El objetivo de este estudio es evaluar la efectividad y seguridad de diferentes dosis de carga del clopidogrel y el ticagrelor en pacientes sin doble tratamiento antiagregante y enfermedad coronaria estable (ECE) sometidos a ICP.

Métodos: Estudio retrospectivo de 146 pacientes con ECE sometidos a ICP electivo ($67,9 \pm 10,9$ años, 77,5% varones) entre 2014 y 2017. Todos estaban tratados con AAS. Las dosis de carga de inhibidor P2Y12 fueron clopidogrel 600, 300 y 150 mg, y ticagrelor 180 mg. Evaluamos la presencia de MACE (combinado de mortalidad cardiovascular, infarto periprocedimiento (IMP), necesidad de nueva revascularización y trombosis de *stent*) y sangrado mayor según criterios TIMI. La definición de daño miocárdico y de IMP fue de acuerdo a los criterios de la 3ª definición del *Task Force* de 2012. La mediana de seguimiento fue 17 meses.

Resultados: En sala de hemodinámica, 125 pacientes fueron tratados con clopidogrel (19 con clopidogrel 150 mg, 7 con clopidogrel 300 mg, 99 con clopidogrel 600 mg) y 21 con ticagrelor 180 mg antes o después del ICP. No hubo diferencias entre las características demográficas, complejidad de anatomía coronaria, número de vasos revascularizados ni de *stents* empleados entre los grupos. El grupo de ticagrelor tuvo menor pico de troponina-I posprocedimiento significativamente ($0,7 \pm 3,4$ frente a $0,3 \pm 0,7$ ng/ml, $p = 0,02$) y menor tasa de daño miocárdico (27,8 frente a 33,1%, $p = 0,4$). El pico de troponina-I fue significativamente menor el grupo de ticagrelor que el grupo de clopidogrel 600 mg, y estos mostraron menor pico que empleando dosis de 150 o 300 mg de clopidogrel ($0,3 \pm 0,7$, $0,8 \pm 3,5$ y $1,2 \pm 3,5$ ng/ml, $p = 0,01$ respectivamente). La tasa de IMP o MACE en el seguimiento no fue diferente. No hubo diferencias entre los grupos en términos de sangrado mayor o caída de hemoglobina post-ICP.



Dosis de carga de P2Y12 comparando elevación de troponina post-ICP y caída de hemoglobina tras ICP.

Conclusiones: En pacientes sin doble tratamiento antiagregante sometidos a ICP electivo, el uso de ticagrelor mostró menor daño miocárdico posprocedimiento sin incrementar las complicaciones hemorrágicas. Sin embargo, esto no mostró efecto en el seguimiento clínico a medio plazo.