Rev Esp Cardiol. 2020;73(Supl 1): 653

Revista Española de Cardiología

6021-211. PRINCIPALES PREDICTORES DEL CRUCE ENTRE INHIBIDORES DEL ADP P2Y12 EN EL MANEJO ACTUAL DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO. SUBESTUDIO DEL REGISTRO CRUCE ENTRE ANTIAGREGANTES (CREA-ARIAM)

Emilia Blanco Ponce[1], Manuel Almendro Delia[2], Luis Madrona Jiménez[2], Josep Ramón Marsal[3], Rafael J. Hidalgo Urbano[2] y Juan Carlos García Rubira[2]

[1]Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida. [2]Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. [3]Unidad de Epidemiología Cardiovascular, Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: La doble antiagregación (DAPT) es la piedra angular para el tratamiento de pacientes con síndrome coronario agudo (SCA). Sin embargo, la eficacia y la seguridad de cruce entre los inhibidores del receptor ADP P2Y12 (iP2Y12) en la actualidad es un tema no aclarado. Evaluamos los predictores del cruce entre los iP2Y12 en pacientes con SCA en el tratamiento contemporáneo.

Métodos: Estudio observacional, prospectivo, monocéntrico (subestudio de registro CREA-ARIAM, NCT02500290). 246 pacientes consecutivos después del ingreso por SCA en la unidad de cuidados cardiacos agudos se inscribieron del 27 de febrero de 2015 al 31de mayo de 2016. Criterios de exclusión: ningún tratamiento al alta con iP2Y12, candidatos a cirugía coronaria o SCA no aterosclerótico. El modelo de regresión de riesgos proporcionales de Cox se utilizó para determinar los factores clínicos asociados con el cambio de estrategia antiplaquetaria durante un período de seguimiento de un año.

Resultados: El cruce entre iP2Y12 se produjo en 122 pacientes (49,6%). El cambio fue intrahospitalario en el 95,1% y ambulatorio en el 7,2% de los pacientes. El primer iP2Y12 administrado fue clopidogrel (60,6%). La escalada fue la estrategia de cambio más frecuente y el protocolo local fue la causa más común del cruce. 222 pacientes (90,2%) recibieron pretratamiento con un iP2Y12 antes de la coronariografía, 90,0% con dosis de carga. Los pacientes del grupo de cruce eran más jóvenes, mejor función renal, menor puntuación de riesgo isquémico GRACE, menor historia de arritmia cardiaca, más uso de fibrinolíticos en el SCACEST y más implantación de stent farmacoactivo. Se detectó una tasa menor de eventos cardiovasculares mayores (MACE) (10,7% [IC95%: 5,2-16,1] vs 20,2% [IC95%: 13,1-27,2]; p = 0,039) en el grupo de cruce, a expensas principalmente de reducción de la mortalidad (4,1% [IC95%: 1,3-9,3] vs 12,9% [IC95%: 7,0-18,8]; p = 0,013). No se observaron diferencias significativas en la tasa bruta ni ajustada de hemorragia mayor. Los predictores contra el cambio fueron la edad (HR: 0,97; IC95%: 0,95-0,98; p = 0,00005) y el uso iP2Y12 potentes (prasugrel/ticagrelor) (tabla). El cruce entre iP2Y12 no fue un predictor de hemorragia mayor.

Predictores de cruce entre iP2Y12

	Unadjusted hazard ratio (IC95%)	p	Adjusted hazard ratio (IC95%)	p
Sexo (mujer)	0,92 (0,60-1,41)	0,700		
Edad (años)	0,98 (0,97-1,00)	0,021	0,97 (0,95-0,98)	0,00005
Hipertensión arterial	0,88 (0,61-1,25)	0,470		
Dislipidemia	0,86 (0,61-1,23)	0,423		
Diabetes mellitus	1,01 (0,69-1,47)	0,959		
Fumador activo	1,24 (0,87-1,77)	0,234		
Enfermedad coronaria previa	1,19 (0,78-1,83)	0,423		
Historia de sangrado	0,35 (0,09-1,44)	0,146		
AVC previo	0,66 (0,29-1,51)	0,327		
Primer contacto médico (hospital)	0,66 (0,43-1,00)	0,050		
CRUSADE score	0,99 (0,98-1,00)	0,009		
iP2Y12 inicial				
Clopidogrel	1		1	
		0,000005		0,000005
Prasugrel	0,20 (0,11-0,37)		0,14 (0,07-0,27)	
Ticagrelor	0,21 (0,10-0,41)		0,17 (0,09-0,34)	
SCASEST	1,04 (0,71-1,52)	0,849		

Uso de inhibidores IIbIIIa	0,67 (0,41-1,10)	
CrCl (ml/min)	1,00 (1,00-1,01)	0,081
Insuficiencia cardiaca ingreso	1,09 (0,74-1,58)	0,670
Fibrilación auricular (de novo)	1,11 (0,56-2,18)	0,968
Anticoagulación al alta	0,61 (0,15-2,47)	0,488

AVC: accidente cerebrovascular; SCASEST: Síndrome coronario agudo sin elevación del ST.

Conclusiones: La edad y el uso de inhibidores del receptor ADP P2Y12 potentes fueron los principales predictores contrarios al cambio de estrategia antiplaquetaria en pacientes con SCA en la población analizada.