



6023-130. PATRONES DE USO DE LOS ANTIAGREGANTES PARENTERALES EN LA VIDA REAL EN PACIENTES SOMETIDOS A INTERVENCIONISMO CORONARIO PERCUTÁNEO

Óscar Manuel Peiró Ibáñez¹, Francisco Fernández Salinas¹, Octavio Raúl Jiménez Melo², Ana Marcano Fernández³, Tomás Benito-González⁴, Gabriela Veiga Fernández⁵, José Antonio Linares Vicente², José Ramón Rumoroso Cuevas⁶, Valeriano Ruiz Quevedo⁷, Joan Antoni Gómez Hospital³, Íñigo Lozano Martínez-Luengas⁸, José M. de la Torre Hernández⁵, Armando Pérez de Prado⁴ y José Luis Ferreiro Gutiérrez¹

¹Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona, España, ²Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España, ³Hospital Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona), España, ⁴Complejo Asistencial Universitario de León, León, España, ⁵Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria), España, ⁶Hospital Universitario Galdakao-Usansolo, Galdakao (Vizcaya), España, ⁷Hospital Universitario de Navarra, Pamplona (Navarra), España y ⁸Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón (Asturias), España.

Resumen

Introducción y objetivos: Los antiagregantes parenterales que se utilizan en el intervencionismo coronario percutáneo (ICP) para prevenir o tratar complicaciones tromboticas son los inhibidores de la glicoproteína IIb/IIIa (IGPs) o el cangrelor. Aunque su uso no es infrecuente en pacientes con un síndrome coronario agudo, especialmente en aquellos con un infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST), se desconocen los patrones de uso de estos fármacos en la vida real. El objetivo del presente estudio es describir las características de los pacientes sometidos a ICP en los que se utilizan antiagregantes parenterales, así como evaluar su efectividad y seguridad a corto plazo.

Métodos: Estudio observacional, prospectivo y multicéntrico que incluye pacientes sometidos a ICP y que han recibido tratamiento con antiagregantes parenterales. Se evalúa la seguridad y efectividad del cangrelor respecto a los IGPs a las 48 horas y a los 30 días del procedimiento.

Resultados: Se incluyeron (análisis intermedio preespecificado) 309 pacientes; 109 (35,3%) con cangrelor y 200 (64,7%) con tirofiban (el único IGP utilizado). Los pacientes tratados con tirofiban eran más jóvenes (59,5 vs 66,5 años; $p = 0,001$), con mayor frecuencia de sexo masculino (84,0 vs 70,8%; $p = 0,006$) y fumadores (52,0 vs 36,7%; $p = 0,010$), mientras que los tratados con cangrelor tenían un mayor riesgo hemorrágico (PRECISE-DAPT 23,4 vs 15,5 puntos; $p = 0,001$). El tirofiban se utilizó mayoritariamente en el IAMCEST (91,0% de los casos) y en contexto de una elevada carga trombotica como causa de su administración (82,8% de los casos). En cambio, el cangrelor, se utilizó menos frecuentemente que tirofiban en el IAMCEST (56,0% de los casos) y principalmente por la ausencia de pretratamiento (58,7%) con inhibidores P2Y12. A corto plazo (48 h) no hubo diferencias entre ambos grupos con respecto a sangrados ni a eventos isquémicos, pero sí se apreció una mayor tasa de eventos intraprocedimiento de no *reflow* (7,6 vs 0,1%; $p = 0,012$) y embolización distal (8,6 vs 0,9%; $p = 0,009$) en el grupo de pacientes tratados con tirofiban.

Tabla resumida las características basales, de ingreso y eventos

Variables	Total (N = 309)	Cangrelor (N = 109)	Tirofibán (N = 200)	p
Edad (años)	62,5 (53,5-70,5)	66,5 (60,0-75,5)	59,5 (52,5-68,5)	0,001
Sexo masculino	243 (79,4)	75 (70,8)	168 (84,0)	0,006
Hipertensión arterial	151 (48,9)	61 (56,0)	90 (45,0)	0,065
Diabetes mellitus	79 (25,6)	31 (28,4)	48 (24,0)	0,393
Dislipemia	166 (53,7)	65 (59,6)	101 (50,5)	0,124
Diagnóstico IAMCEST	243 (78,6)	61 (56,0)	182 (91,0)	0,001
Diagnóstico IAMSEST	28 (9,1)	13 (11,9)	15 (7,5)	0,195

Pretratamiento

Ácido acetilsalicílico	266 (96,0)	83 (95,4)	183 (96,3)	0,718
Inhibidor P2Y12	224 (81,8)	43 (50,0)	181 (96,2)	0,001

Motivo administración antiagregante parenteral

Ausencia pretratamiento	68 (22,6)	64 (58,7)	4 (2,1)	0,001
Pretratamiento inadecuado	29 (9,6)	24 (22,0)	5 (2,6)	0,001
Carga trombótica	173 (57,5)	14 (12,8)	159 (82,8)	0,001
Complicación trombótica	17 (5,7)	2 (1,8)	15 (7,8)	0,031

Eventos a las 48 horas

MACE	4 (1,3)	1 (0,9)	3 (1,5)	1,000
Sangrados	6 (1,9)	4 (3,7)	2 (1,0)	0,190

Los datos están representados en número (porcentaje) y mediana (rango intercuartil). MACE incluye mortalidad total, infarto de miocardio recurrente, revascularización del vaso diana, accidente cerebrovascular y trombosis del *stent* definitiva o probable.

Conclusiones: El perfil clínico de los pacientes sometidos a ICP en que usa cangrelor es diferente al de los pacientes en que se emplean los IGP.