

Optimización del tratamiento antiagregante del paciente tras un infarto agudo de miocardio

Introducción

Introduction

Juan M. Ruiz-Nodar*

Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Alicante, Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL), Alicante, España

Entre los diferentes factores que han contribuido a una mejora en el pronóstico de los pacientes que actualmente ingresan por un infarto está el tratamiento antitrombótico. Estos fármacos se dirigen a inhibir la agregación plaquetaria a diferentes niveles con el objetivo de reducir las complicaciones tromboticas desde el momento del ingreso y en el seguimiento a medio plazo. En estos últimos años, han surgido importantes novedades en este campo, hasta el punto de disponer de guías nuevas del tratamiento del paciente con síndrome coronario agudo sin elevación del ST¹ y con elevación del ST², de cuyo contenido el tratamiento antiagregante y, sobre todo, sus novedades ocupan gran parte.

Esta información es tan excelsa que acaba de publicarse una interesantísima guía centrada en todos los aspectos que se debe tener en cuenta con la doble antiagregación: el tipo de síndrome y la atención prestada, los pacientes, las comorbilidades, la duración de la antiagregación³, etcétera.

Con estos argumentos y por invitación del comité editorial de *Revista Española de Cardiología*, se ha llevado a cabo este suplemento titulado «Optimizar el tratamiento antiagregante del paciente tras un infarto agudo de miocardio», en el que se intenta revisar y poner al día todos los aspectos que hay que tener en cuenta a la hora de tratar a nuestros pacientes de una manera excelente en lo que a tratamiento antiagregante se refiere.

En este suplemento se abordan aspectos importantes, trascendentes y del día a día, como son la valoración del riesgo y la duración óptima del tratamiento antiagregante, pero siempre centrados en el paciente que ha sufrido un infarto agudo de miocardio.

Para ello se ha estructurado este suplemento en 5 artículos independientes cuya lectura ahondará en aspectos concretos del paciente con infarto. Y todos ellos en conjunto intentan aportar una visión completa e integral del tratamiento antiagregante de esta enfermedad.

En el primer capítulo, las Dras. Badimon y Vilahur analizan los efectos cardioprotectores del ticagrelor. Desde hace tiempo se discuten los posibles efectos de este fármaco más allá de sus propiedades antiagregantes plaquetarias. En este capítulo se hace una revisión excelente, con mucha información científica de los propios autores, centrada en estos efectos pleotrópicos y relacionados con la mayor disponibilidad de adenosina generada por el ticagrelor.

Los Dres. Ruiz-Nodar y Abu-Assi revisan los factores determinantes del riesgo isquémico en estos pacientes, y la importancia de la estratificación del riesgo y de la identificación de los pacientes con elevado riesgo a medio y largo plazo. Se analiza además un aspecto que adquiere cada vez más protagonismo, como las características

angiográficas y de la revascularización percutánea y su influencia pronóstica, de suma importancia a la hora de determinar regímenes de antiagregación más potentes y prolongados.

No cabe duda de que el uso de fármacos más potentes puede acarrear el aumento de los episodios hemorrágicos. Por lo tanto, el riesgo hemorrágico adquiere en esta población un enorme interés, y revisan, analizan y discuten este tema de manera brillante los Dres. Raposeiras y Ariza.

Como ya se ha comentado, la última guía sobre doble antiagregación aporta, entre otras novedades, la indicación de prolongar la doble antiagregación más allá de los 12 meses y hasta los 36 meses para los pacientes con infarto y alto riesgo isquémico³. Esta indicación de la guía europea coincide con la aprobación de la Comisión Europea y, consiguientemente, también de la Agencia de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) de la posología de ticagrelor 60 mg/12 h dirigido a este grupo de alto riesgo. Y con esta indicación, se han estudiado y presentado en el último congreso europeo los datos de la subpoblación del estudio PEGASUS que precisamente cumple la indicación de la Unión Europea de prolongar la doble antiagregación⁴. Los autores encuentran un índice riesgo-beneficio muy favorable del uso de ticagrelor 60 mg en este grupo de pacientes con infarto previo.

Los Dres. Gómez-Polo, Vivas y Roldán revisan la literatura existente en este campo y nos dan claves importantes para seleccionar a los pacientes que probablemente se benefician de estos regímenes de antiagregación prolongados.

Y para terminar y como no podía ser de otra manera, se dedica un artículo a los resultados en la vida real. En este tipo de afección y con las diferentes estrategias terapéuticas existentes, la información aportada por los registros es fundamental y hasta obligatoria para complementar la evidencia generada por los ensayos clínicos. Los registros sobre tratamiento antiagregante ya muestran el aumento progresivo y constante del uso de los nuevos antiagregantes en los pacientes con síndrome coronario agudo⁵ y posicionan las novedades aportadas por ensayos y refrendadas en las guías en el día a día de cada uno de nuestros hospitales. Hay que señalar que diferentes grupos españoles han trabajado en este campo desde el inicio en la aportación de información en la vida real realizando registros de gran calidad con información útil sobre el perfil de los pacientes que están en tratamiento con los nuevos antiagregantes y sobre las implicaciones pronósticas de su uso⁵⁻⁹. Los Dres. Nuñez y Marín revisan la información generada hasta el momento con estos registros y aportan reflexiones importantes que tener en cuenta en la práctica cotidiana.

Para finalizar, el coordinador invitado de este suplemento desea agradecer a *Revista Española de Cardiología* la posibilidad de llevar a cabo este trabajo en colaboración con autores de tan reputado prestigio, y espera que la calidad del presente trabajo esté acorde con la enorme actualidad e importancia del tema abordado y que entre todos se pueda contribuir a mejorar el pronóstico de nuestros pacientes con infarto.

*Autor para correspondencia: Unidad de Hemodinámica, Hospital General Universitario de Alicante, Maestro Alonso s/n, 03010 Alicante, España.
Correo electrónico: ruiz_jmi@gva.es (J.M. Ruiz-Nodar).

CONFLICTO DE INTERESES

J.M. Ruiz-Nodar ha recibido honorarios por conferencias de Astra-Zeneca, Bayer y Menarini.

BIBLIOGRAFÍA

1. Valgimigli M, Bueno H, Byrne RA, et al. 2017 ESC focused update on dual antiplatelet therapy in coronary artery disease developed in collaboration with EACTS. *Eur Heart J*. 2017. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx419>. Consultado 18 sept 2017.
2. Roffi M, Patrono C, Collet J-P, et al. 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: Task Force for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-Segment elevation of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J*. 2016;37:267-315.
3. Ibanez B, James S, Agewall S, et al. 2017 ESC Guidelines for the management of Acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *Eur Heart J*. 2017. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx393>. Consultado 18 sept 2017.
4. Dellborg M, Bonaca MP, Storey RF, et al. Efficacy and safety with ticagrelor in patients with prior myocardial infarction in the approved European label: insights from PEGASUS-TIMI 54. *Eur Heart J*. 2017;38 Suppl 1. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx504.P3670>. Consultado 18 sept 2017.
5. Esteve-Pastor MA, Ruiz-Nodar JM, Orenes-Piñero E, et al. Temporal trends in the use of antiplatelet therapy in patients with acute coronary syndromes. *J Cardiovasc Pharmacol Ther*. 2017. <https://doi.org/10.1177/1074248417724869>. Consultado 18 sept 2017.
6. Bueno H, Pocock S, Danchin N, et al. International patterns of dual antiplatelet therapy duration after acute coronary syndromes. *Heart*. 2017;103:132-138.
7. Almendro-Delia M, García-Alcántara A, de la Torre-Prados MV, et al. Seguridad y eficacia clínica con prasugrel y ticagrelor en síndrome coronario agudo. Resultados de un registro multicéntrico en el mundo real. *Rev Esp Cardiol*. 2017;70:952-959.
8. Rivera-Caravaca JM, Ruiz-Nodar JM, Tello-Montoliu A, et al. Low body weight and clinical outcomes in acute coronary syndrome patients: results of the ACHILLES Registry. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2017. <https://doi.org/10.1177/1474515117710155>. Consultado 18 sept 2017.
9. Orenes-Piñero E, Ruiz-Nodar JM, Esteve-Pastor MA, et al. Therapeutic management and one-year outcomes in elderly patients with Acute Coronary Syndrome. *Oncotarget*. 2017;8:80182-80191.