

Editorial

Los editoriales representan la opinión de el/los autor/es, no necesariamente las del Comité Editorial de la Revista FAC.

“Infarto agudo de miocardio y terapia antiplaquetaria”. ¿Qué hacemos en nuestro país?

“Acute myocardial infarction and antiplatelet therapy” What do we do in our country?

Gerardo Zapata

Instituto Cardiovascular de Rosario (ICR). Rosario, Santa Fe. Argentina.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Recibido el 15 de Mayo de 2021

Aceptado el 27 de Mayo de 2021

www.revistafac.org.ar

El autor declara no tener conflicto de intereses

Palabras clave:

Infarto agudo de miocardio.

Pronóstico.

Registro interinstitucional.

Keywords:

Acute myocardial infarction.

Prognosis.

Interinstitutional registry.

La evidencia que aportan los ensayos clínicos aleatorizados sobre el uso de los inhibidores de los receptores ADP plaquetarios en los SCACEST y en particular con la “nueva generación”, ticagrelor y prasugrel, es clara y tomada por las guías para recomendar fuertemente su uso. Estos últimos reducen significativamente eventos isquémicos mayores con aumento de la posibilidad de sangrado comparado al clopidogrel, por ello, la correcta selección basada en la situación de cada paciente es primordial para mantener un correcto balance costo-eficiencia^{1,2}. Sin embargo, su aplicación en la práctica clínica no siempre sigue estas recomendaciones.

En el presente número de la Revista de la Federación Argentina de Cardiología, Juan Muntaner y colaboradores, publican un artículo sobre la **Estrategia antiplaquetaria en el Registro ARGEM-IAM**³. Los principales hallazgos de este estudio son: 1) alta tasa de utilización de clopidogrel en la estrategia de doble antiagregación, 2) probable selección del perfil clínico para la elección del esquema antiagregante, pero más relacionada la selección a un condicionamiento económico, y 3) la mortalidad con el uso de clopidogrel fue mayor al compararla con el uso de los nuevos antiplaquetarios.

Es sorprendente el elevado porcentaje de utilización del clopidogrel en el registro (76%) y que ésta se mantenga estable durante 5 años. La tasa de reperfusión en ARGEM-IAM con angioplastia primaria y colocación de stent es del 85%, lo cual sería razonable, según la evidencia conocida, que la estrategia de doble antiagregación más utilizada debiera ser con ticagrelor o prasugrel. En la angioplastia primaria es necesario considerar la existencia de una mayor reactividad plaquetaria pre-tratamiento, con necesidad de utilizar

drogas de acción corta, un incremento del *turn over* plaquetario y sobre estimulación de las mismas, y necesidad de un alto porcentaje de agregación media. Además, si tenemos en cuenta la variabilidad genética de las enzimas encargadas del metabolismo hepático, hacen al esquema aspirina + clopidogrel como la estrategia menos recomendada. El riesgo más importante es la trombosis del stent, significativamente menor con ticagrelor, trombosis del stent definitiva (1,3% vs 1,9% HR 0.67, IC 95%: 0.50-0.91, p=0.009), y con prasugrel, trombosis del stent definitiva o probable (1.1% vs 2.4% HR 0.48, IC 95%: 0.36-0.64, p=0.001) al comparar con el clopidogrel^{4,5}.

El actual estudio, como principal limitación, no informa sobre la tasa de trombosis del stent, la dosis de carga y mantenimiento utilizada para el clopidogrel. Este es un dato importante a considerar, ya que en el estudio **CURRENT-OASIS 7** una dosis de carga de 600 miligramos seguida de 150 miligramos durante una semana para continuar con la dosis estándar de mantenimiento de 75 miligramos al día, mostró una reducción significativa de los puntos finales primarios combinados de muerte/infarto no fatal/ataque cerebro-vascular, comparado a la carga de 300 miligramos seguido de la dosis estándar (3.9 vs 4.5% HR 0.86, IC 95%: 0.7 vs 0.99, p=0,0039) y también de la trombosis del stent (1.6 vs 2.3% HR 0.68, IC 95%: 0.55-0.85, p=0.001). Estos hallazgos fueron reportados también en el estudio **HORIZONS-AMI**^{6,7}.

En cuanto al perfil clínico de los pacientes para la elección del antiplaquetario, parece inteligente y apropiado que los nuevos agentes sean preferidos en diabéticos y cuando la angioplastia se realiza dentro de los 90 minutos del ingreso y destacable también, la elección del clopidogrel en los

pacientes de mayor edad, reperfundidos con fibrinolíticos y transferidos a otros centros. Esto, a priori, intenta balancear el riesgo isquémico con el hemorrágico. También podría seguir esta dirección la limitada utilización del clopidogrel debido a una razón de costos, pero se contrapone con una elevada utilización de angioplastia primaria en **ARGEM-IAM** y un 60% de cobertura médica de los pacientes. Estas son verdades a medias ya que el beneficio demostrado en los ensayos aleatorizados no depende de sub grupos de pacientes, sino que el diseño de los mismos tiene la potencia suficiente para generalizar su uso⁸. Como expresan los autores en el trabajo, una de las limitantes de los registros es su incapacidad para inferir relaciones causales.

Con respecto a la mortalidad, variable fundamentalmente relevante, es probable que con los datos de **ARGEM-IAM** no podamos determinar si ésta es mayor por causa del uso de clopidogrel. Pero, si nos ayuda a reflexionar e intentar desde las sociedades científicas a recomendar las estrategias probadas más eficientes.

Finalmente, es importante destacar la información presentada por Muntaner y colaboradores, en representación del grupo de trabajo de **ARGEM-IAM ST**, por proporcionar datos de la vida real sobre el tratamiento del infarto de

miocardio en la República Argentina, los que sin duda ayudan a adecuar conductas para alcanzar los estándares de calidad en la práctica médica diaria.

BIBLIOGRAFIA

1. Zapata G, Bono J, et al. Guías sobre el manejo del síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST). Federación Argentina de Cardiología Actualización **2017** www.fac.or.ar
2. Ibañez B, James S, Agewall S, et al. ESC guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST segment elevation. *Eur Heart J* 2018; 39 (2): 119-177.
3. Muntaner J, Cohen Arazi H, Mrad S, et al. Estrategias antiplaquetarias en el Registro ARGEM-IAM. 2021 *Rev Fed Arg Cardiol* **2021**; 50 (2): 65-69.
4. Wallentin L, Becker RC, Budaj A, et al. Ticagrelor versus Clopidogrel in patients with acute coronary syndromes. *N Engl J Med* **2009**; 361 (11): 1045-57.
5. Wiviott S, Braunwald E, McCabe CH, et al. Prasugrel versus Clopidogrel in patients with acute coronary syndromes. *N Engl J Med* **2007**; 357 (20): 2001-2015.
6. Metha SR, Bassand J-P, Chrolavicius S, et al. Dose comparisons of clopidogrel and aspirin in acute coronary syndromes. CURRENT-OASIS-7. *N Engl J Med* **2010**; 363 (10): 930-42.
7. Stone G, Witzenbichler B, Guagliumi G, et al. Bivalirudin during primary PCI in acute myocardial infarction HORIZONS-AMI. *N Engl J Med* **2008**; 358 (21): 2218-30.
8. Guyyat G, Rennie D. Guías para usuarios de literatura médica. Manual para la práctica clínica basada en la evidencia. Barcelona: Ars Medica, **2004**.