

Aguilar R, Gratacós L, Freixa M, Butiñá MT.

Servicio de Farmacia. Hospital Universitario Dr. Josep Trueta. Girona.

## INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

La administración de clopidogrel en pacientes con síndrome coronario agudo previene la aparición de eventos cardiovasculares adversos, pero conlleva un aumento del riesgo de hemorragias. Los inhibidores de la bomba de protones (IBP) han demostrado una potente eficacia en su prevención.

En enero de 2009, la FDA emitió una nota informativa advirtiendo que clopidogrel era menos efectivo en algunos pacientes que en otros y, entre las posibles causas, destaca el polimorfismo genético y la interacción con los IBP.

Puesto que diversos estudios evidencian la excesiva prescripción de los IBP en Atención Primaria y Hospitalaria, el **objetivo** del presente estudio es evaluar la necesidad de utilizar un IBP en los pacientes tratados con clopidogrel.

## MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo y descriptivo en un hospital de referencia con 400 camas.

✓ Se **incluyeron** los pacientes ingresados en los servicios de: cardiología, medicina interna, neurología y cirugía vascular tratados con clopidogrel durante el primer trimestre de 2009.

✓ Se revisó la historia clínica hospitalaria y la de Atención Primaria. Los **datos registrados** fueron:

1. Edad y sexo,
2. Indicación de clopidogrel,
3. Medicación concomitante (IBP, AINE, corticoides y acenocumarol/warfarina) y
4. Antecedentes de úlcera péptica o dispepsia.

✓ Se **analizó** la **indicación del IBP** según las recomendaciones de las guías de la ACCF/ACG/AHA para la reducción de los riesgos gastrointestinales y el tratamiento con antiagregantes plaquetarios y AINEs.

## RESULTADOS

✓ 268 pacientes estuvieron tratados con clopidogrel durante el ingreso hospitalario. Se analizaron 227 pacientes (80% hombres) con una edad media de 67 (DS  $\pm$  13 años). Los servicios de procedencia se muestran en la Tabla 1.

✓ La profilaxis con IBP estuvo indicada (Algoritmo 1) en el **88,1%** de los enfermos y en el 92,5% de ellos estaba prescrito. Los factores de riesgo de hemorragia que justificaron la indicación se observan en la Tabla 2.

Algoritmo 1. Justificación de la profilaxis con IBP en los pacientes tratados con clopidogrel.

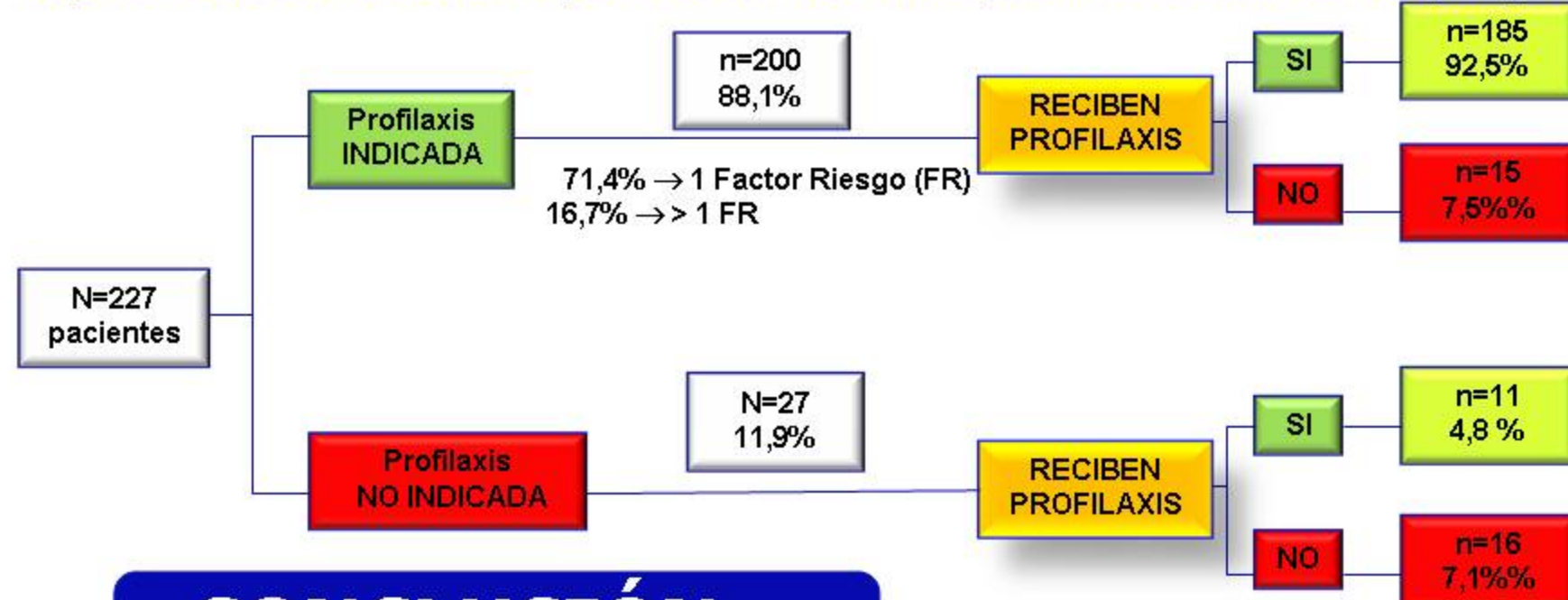


Tabla 1. Servicios de procedencia de los pacientes que recibieron clopidogrel durante su ingreso	Nº Pacientes
Cardiología	n=180; 70,6%
Medicina Interna	n=33; 14,5%
Neurología	n=23; 10,1%
Cirugía Vascular	n=11; 4,8%

Tabla 2. Factores de Riesgo de hemorragia	Pacientes con profilaxis IBP indicada (n=200; 88,1%)
Doble antiagregación (AAS+clopidogrel)	65,2%
Antecedentes úlcera péptica	9%
Clopidogrel + terapia anticoagulante	6%
Edad > 60 años + corticoides crónicos	5%
Edad > 60 años + antecedentes de dispepsia	3,4%
Otros factores	1,1%

✓ El IBP más prescrito fue el **omeprazol** (92,9%).

## CONCLUSIÓN

i. La utilización de IBP está justificada en la mayoría de pacientes en tratamiento con clopidogrel estudiados, siendo el omeprazol el fármaco más prescrito. El principal factor de riesgo por el cual está indicada la profilaxis con IBP es la doble antiagregación con clopidogrel y AAS.

ii. Dado que estudios recientes cuestionan la eficacia de la asociación clopidogrel-IBP sería necesario plantearse en estos pacientes la necesidad del tratamiento con clopidogrel y el tipo de fármaco a utilizar para la profilaxis de hemorragia digestiva.