



Novedades en Antiagregación / Anticoagulación: *La visión de un cardiólogo clínico.*

Pedro Serrano, MD, PhD, FESC
22 de Mayo de 2008

www.telecardiologo.com

Agradecimientos:

a Laboratorios Uriach

a la Dra. Rosa Cornudella

a todos vosotros.

A wide-angle landscape photograph of a mountain valley. The foreground and middle ground are dominated by steep, green slopes covered in dense vegetation and patches of lighter green fields. The background features a range of rugged, rocky mountains with significant snow cover under a cloudy sky. The overall scene is majestic and natural.

Introducción y justificación

¿Por qué?:

1.- En España **unas 1.000.000** personas toman **aspirina a dosis bajas**.

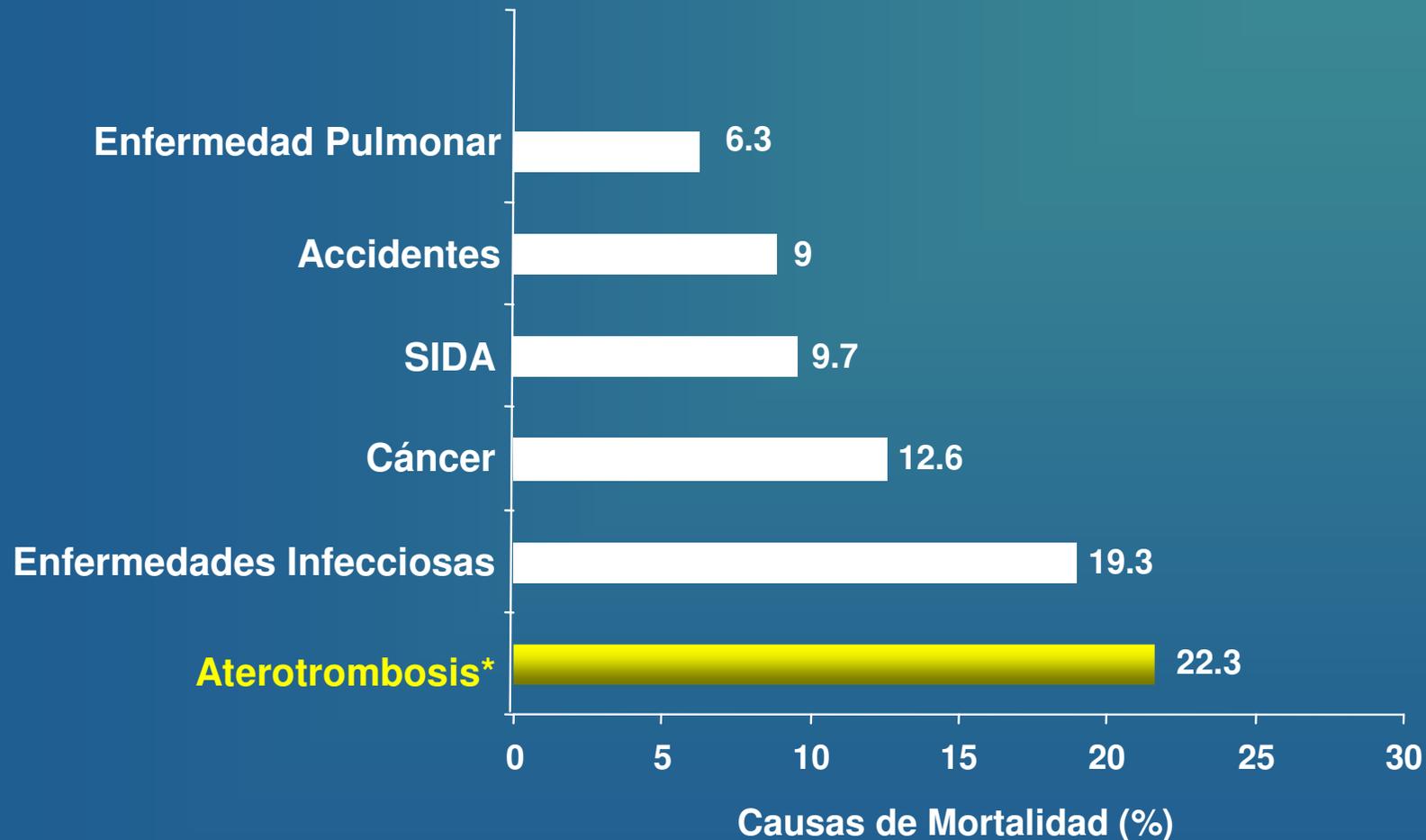
2.- En España **unas 600.000** personas toman **anticoagulantes**.

3.- Ambos tratamientos, así como el uso de **terapias combinadas** (varios antiagregantes, o antiagregante + anticoagulante), están aumentando.

4.- El control “diario” de estos pacientes recae en el **Médico de Atención Primaria**.

5.- Son **tratamientos crónicos**.

La Aterotrombosis es la Principal Causa de Muerte en el Mundo



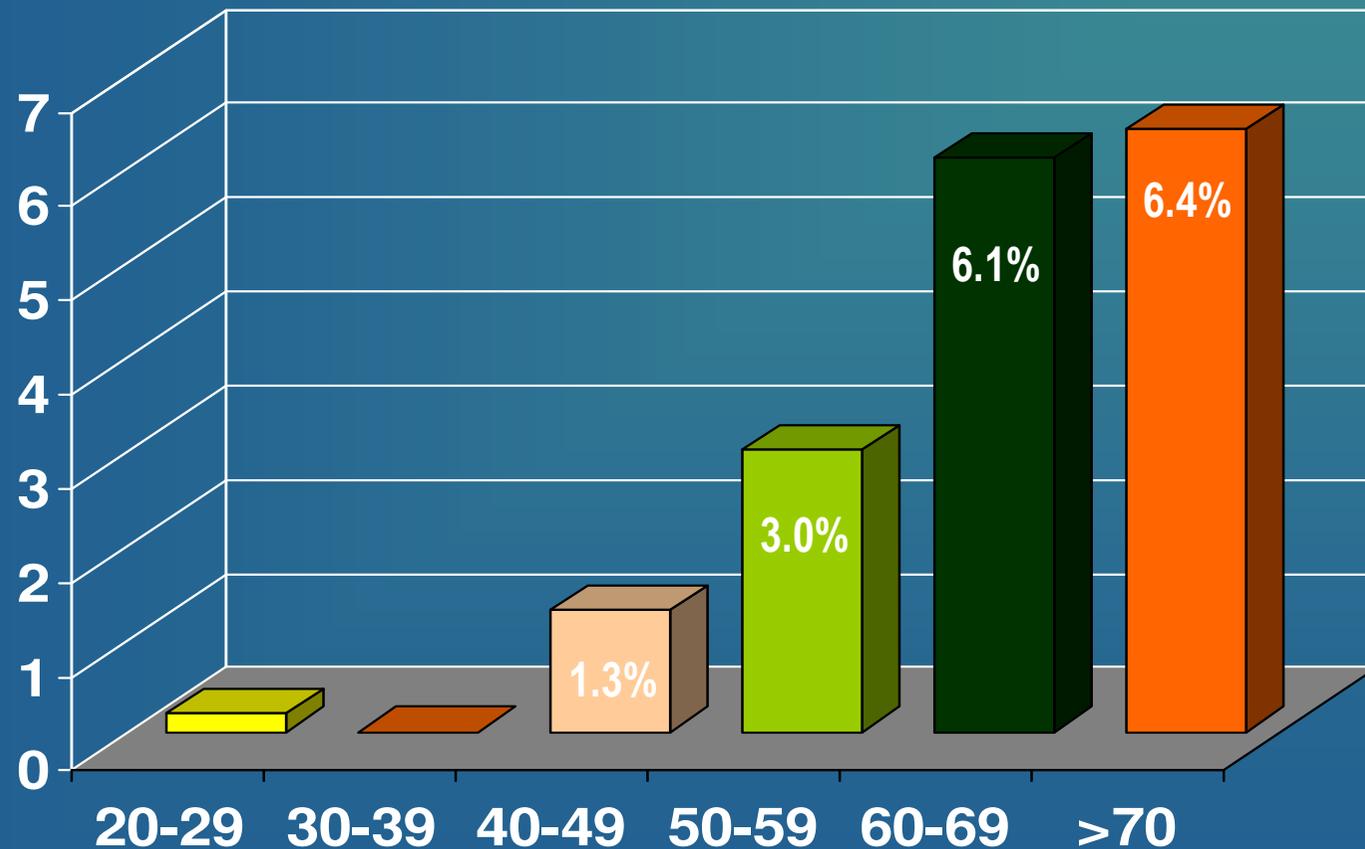
* La Aterotrombosis definida como enfermedad isquémica del corazón y enfermedad cerebrovascular.
1 The World Health Report 2001. Geneva. WHO. 2001.

Prevalencia de Ictus en Adultos según Edad y Sexo

Edad (años)	Ambos Sexos % (ES)	Hombres % (ES)	Mujeres % (ES)
20-29	0.2 (0.00)	0.3 (0.00)	0 (0.00)
30-39	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
40-49	1.3 (0.01)	0.9 (0.01)	1.8 (0.01)
50-59	3.0 (0.01)	3.2 (0.01)	2.8 (0.01)
60-69	6.1 (0.01)	6.1 (0.01)	6.0 (0.01)
≥70	6.4 (0.01)	9.1 (0.02)	4.6 (0.01)
TODAS	1.4 (0.00)	1.3 (0.00)	1.5 (0.00)

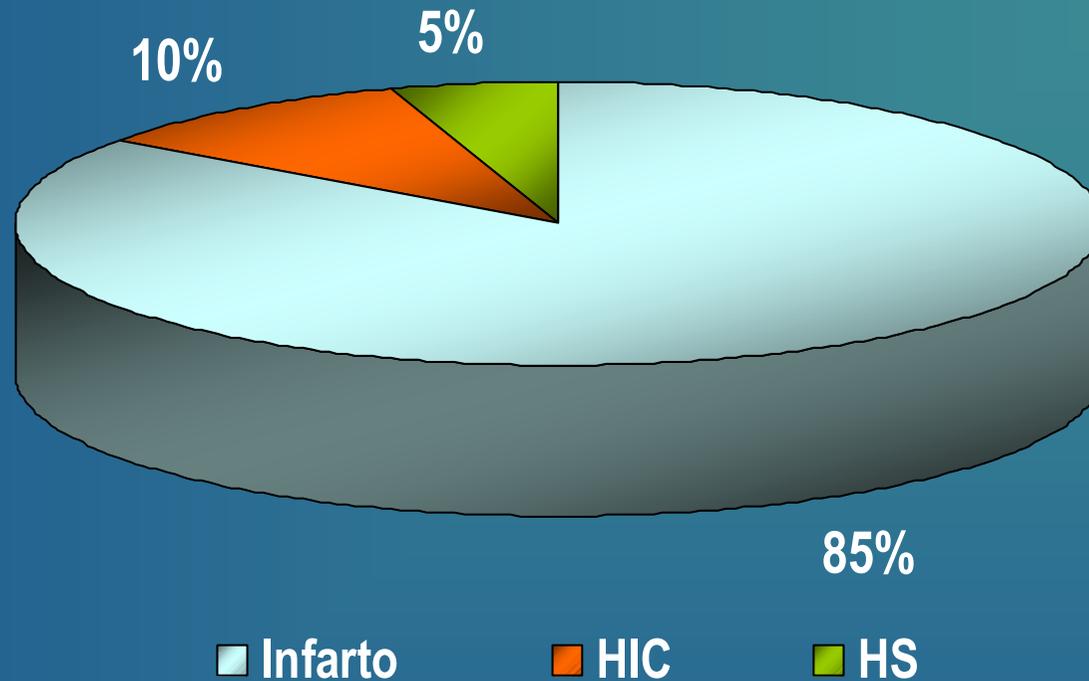
Antonio L. Dans, M.D., Dante D. Morales, M.D., Felicidad Velandria, Teresa B. Abola, M.D., Artemio Roxas Jr., M.D., Felix Eduardo R. Punzalan, M.D., Rosa Allyn G. Sy, M.D., Elizabeth Paz Pacheco :National Nutrition and Health Survey (NNHeS): Atherosclerosis - Related Diseases and Risk Factors: Phil. J of Intern Med May-June 2005, Vol.43. Impress

Prevalencia de Diagnóstico Previo de Ictus por Edad



Antonio L. Dans, M.D., Dante D. Morales, M.D., Felicidad Velandria, Teresa B. Abola, M.D., Artemio Roxas Jr., M.D., Felix Eduardo R. Punzalan, M.D., Rosa Allyn G. Sy, M.D., Elizabeth Paz Pacheco :National Nutrition and Health Survey (NNHeS): Atherosclerosis - Related Diseases and Risk Factors: Phil. J of Intern Med May-June 2005, Vol.43. Impres

Distribución de Ictus por Subtipos



Infarto

HIC: Hemorragia Intracerebral

HS: Hemorragia Subaracnoidea

Albers GW, et al. Antitrombotic and thrombolytic therapy for ischemic stroke. Chest 2001; 119;300S-320S

Epidemiología de las Manifestaciones Aterotrombóticas en USA

	Incidencia	Prevalencia
Infarto Miocardio	0.65 millones* ¹	7.5 millones ¹
Ictus	0.5 millones* ¹	4.6 millones ¹
Enfermedad Arterial Periférica	Variable dependiente de la población ²	10.5 millones ^{†3}

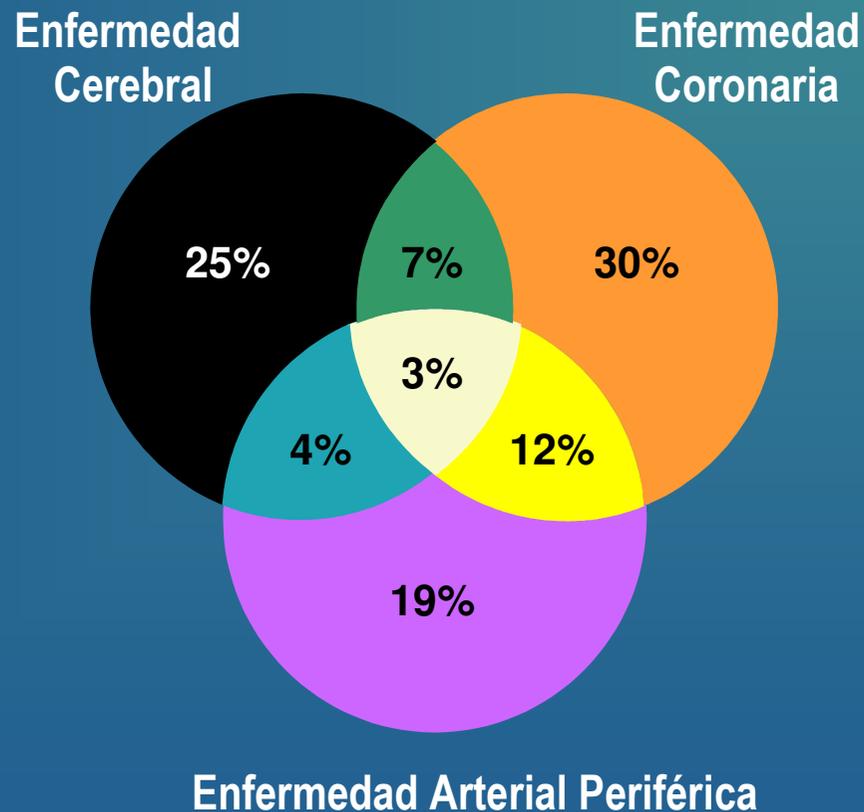
* Sólo primer episodio

†. Pacientes con EAP en Norteamérica (USA y Canada):
sintomáticos (37.5%) y asintomáticos (62.5%)

1. American Heart Association. 2002 Heart and Stroke Facts: Statistical Update.
2. Ouriel K et al. Lancet 2001; 358: 1257–64.
3. Weitz JI et al. Circulation 1996; 94: 3026–49.

Solapamiento de la Enfermedad Vascular en Pacientes con Aterotrombosis

Estudio CAPRIE



Gent et al. for the CAPRIE Study Organisation. Lancet 1996; 348: 1329-1339.

Antithrombotic Trialists' Collaboration: Eficacia del Tratamiento Antiagregante en los Eventos Vasculares*

Categoría

% reducción riesgo

Infarto agudo miocardio

Ictus agudo

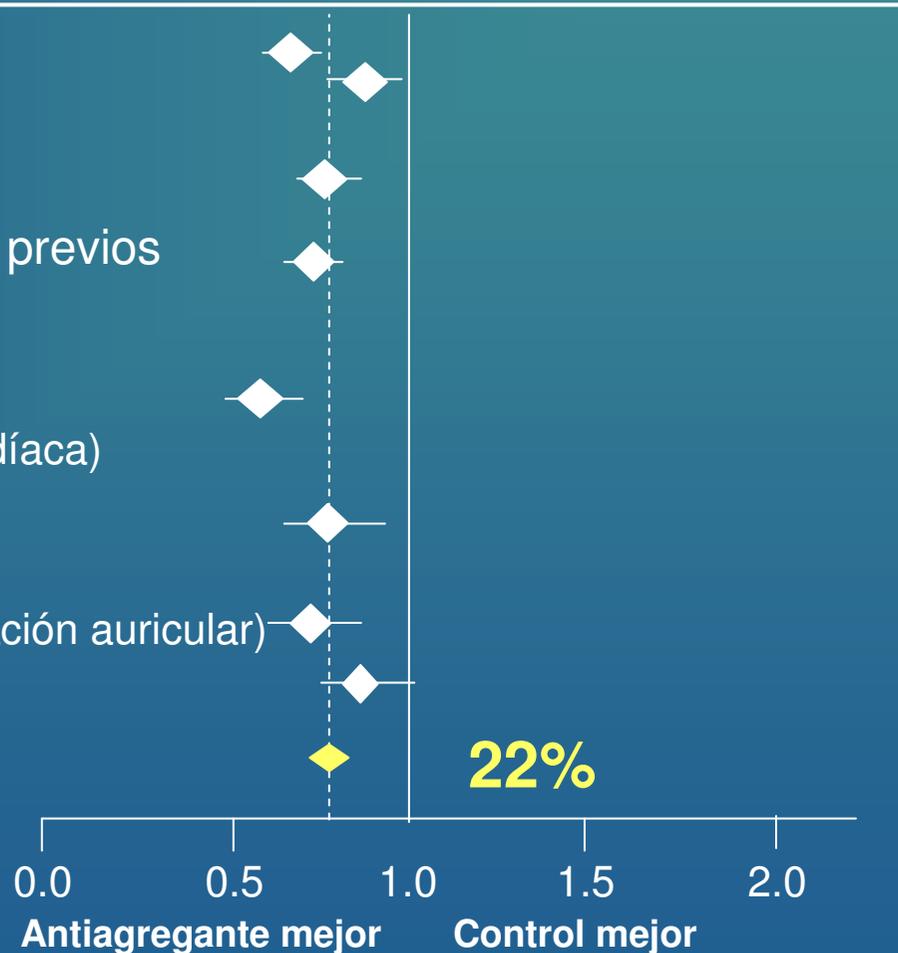
Infarto miocardio previo

Ictus o Ataque Isquémico Transitorio previos

Otros grupos alto riesgo

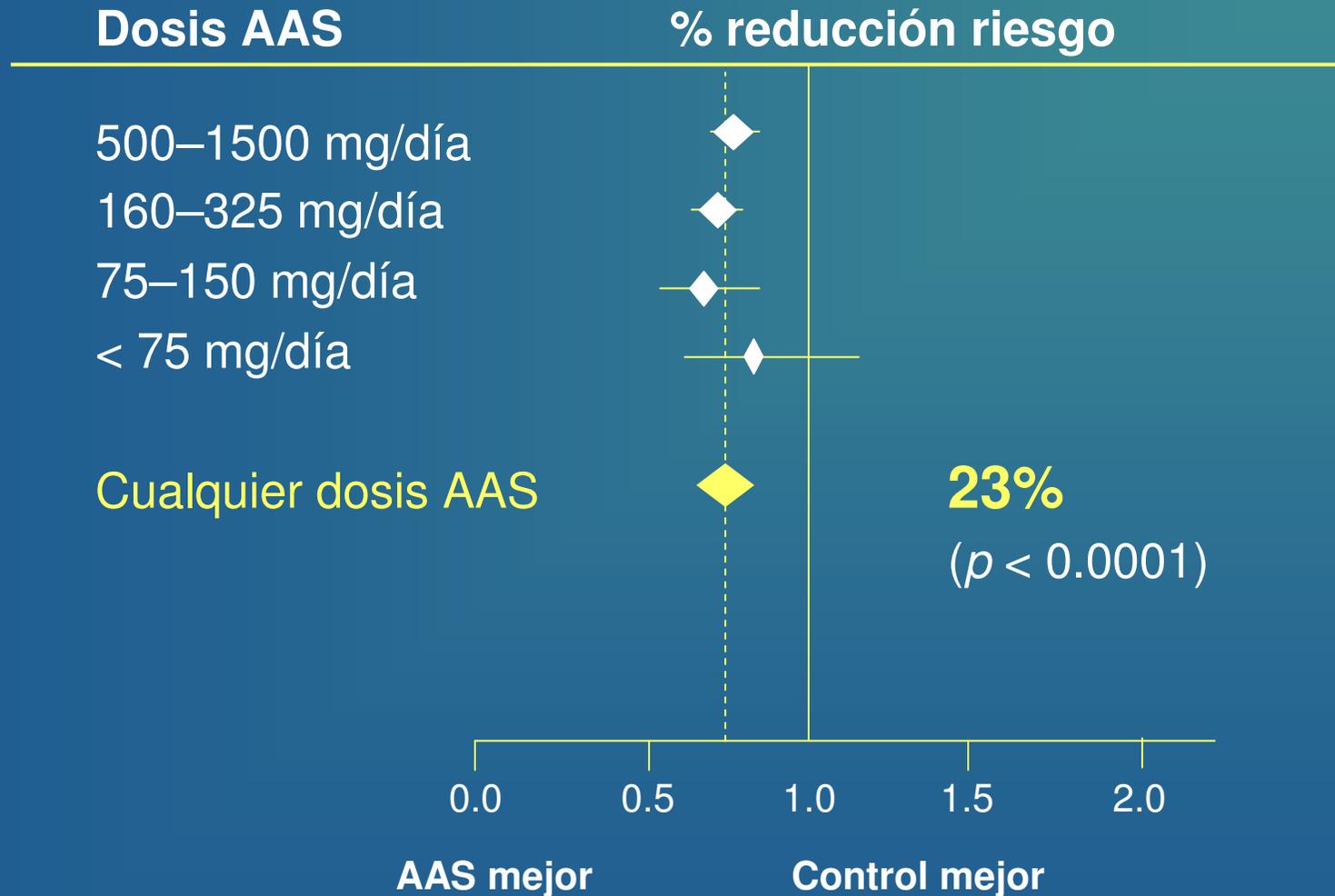
- Enfermedad arterial coronaria (ej. angina inestable, insuficiencia cardíaca)
- Enfermedad arterial periférica (ej. claudicación intermitente)
- Alto riesgo de embolismo (ej. fibrilación auricular)
- "Otras" (ej. diabetes mellitus)

Todos Estudios



*Eventos vasculares = infarto miocardio, ictus o muerte vascular
Antithrombotic Trialists' Collaboration. *BMJ* 2002; 324: 71–86.

Antithrombotic Trialists' Collaboration: La Evidencia Indica Bajas Dosis de AAS (75–150mg)



Antithrombotic Trialists' Collaboration. BMJ 2002; 324: 71–86.

Antithrombotic Trialists' Collaboration: Conclusiones (I)

- El tratamiento antiagregante debe ser considerado rutinario para todos los pacientes de riesgo
- El tratamiento antiagregante reduce los eventos vasculares graves en un amplio rango de pacientes de alto riesgo:
 - Infarto agudo de miocardio (IAM) e ictus agudo
 - IAM previo e ictus/ataque isquémico transitorio previos
 - Enfermedad arterial coronaria (ej. angina inestable, insuficiencia cardiaca)
 - Enfermedad arterial periférica (ej. claudicación intermitente)
 - Alto riesgo de embolismo (ej. fibrilación auricular)
 - Otros factores de alto riesgo (ej. diabetes)¹
- El tratamiento antiagregante debe continuar a largo plazo^{2,3}

1. *Antithrombotic Trialists' Collaboration. BMJ 2002; 324: 71–86.*

2. *Braunwald E et al. JACC 2000; 36: 970–1062.* 3. *Bertrand ME et al. Eur Heart J 2000; 21: 1406–32.*

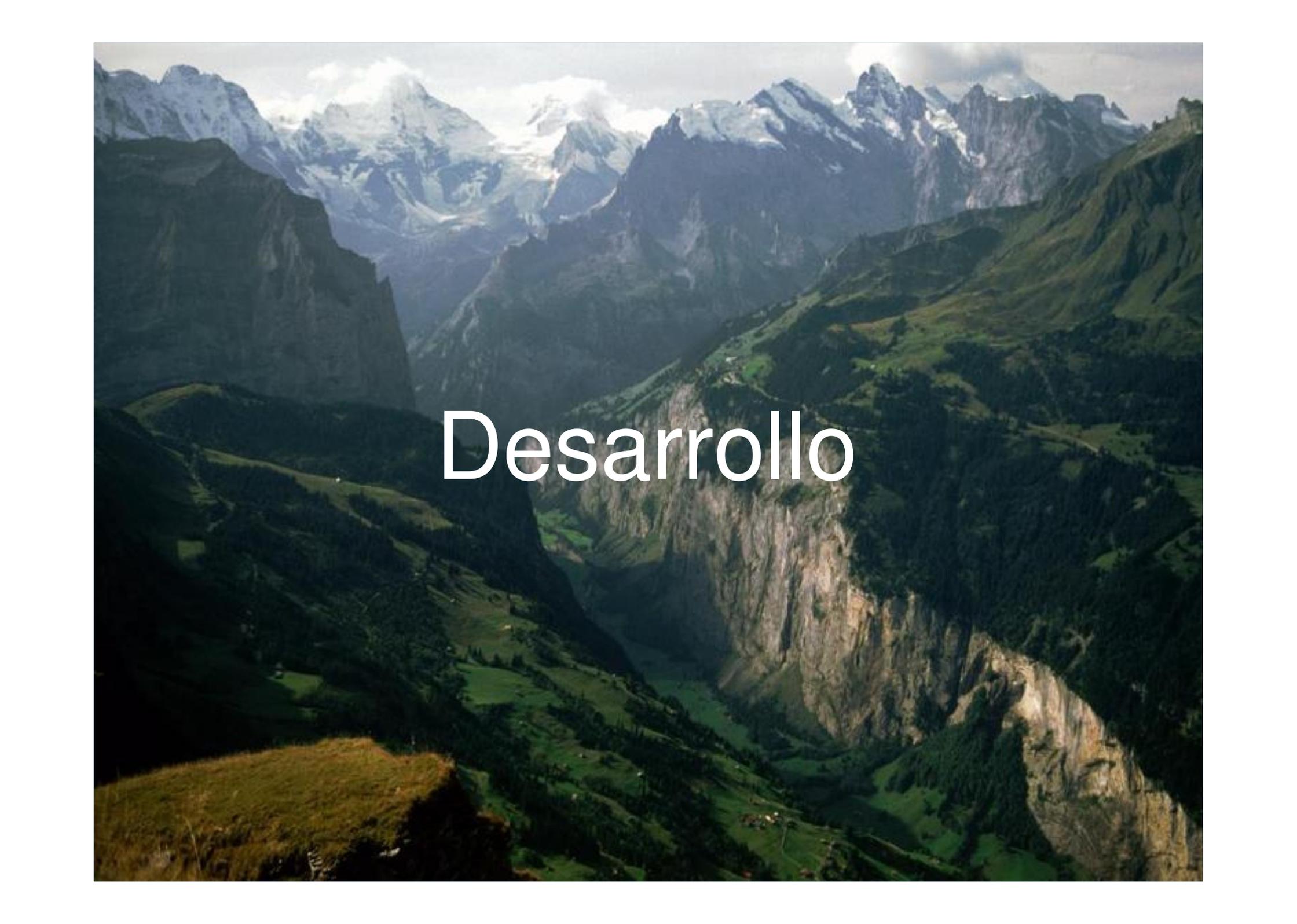
Antithrombotic Trialists' Collaboration: Conclusiones (II)

- Bajas dosis de AAS (75–150 mg/día) son tan efectivas como dosis altas de AAS en el tratamiento a largo plazo¹
- Los antagonistas de receptores de ADP son los únicos agentes antiagregantes que han demostrado superioridad respecto al AAS en la reducción de riesgo^{1,2}
- Añadir un segundo fármaco antiagregante (ej. clopidogrel o antagonista GPIIb/IIIa) al AAS puede producir beneficios adicionales¹

1. *Antithrombotic Trialists' Collaboration. BMJ 2002; 324: 71–86.*

2. *Antiplatelet Trialists' Collaboration. BMJ 1994; 308: 81–106.*

3. *The CURE Trial Investigators. N Engl J Med 2001; 345: 494–502.*

A wide-angle landscape photograph of a mountain valley. The foreground and middle ground are dominated by steep, green slopes covered in dense vegetation and patches of forest. In the background, a range of jagged, rocky mountain peaks is visible, with significant snow cover on their upper reaches and in the crevices. The sky is filled with soft, white clouds, suggesting a bright but slightly overcast day. The overall scene conveys a sense of natural beauty and vastness.

Desarrollo

1.- Fibrilación auricular

Alta prevalencia.

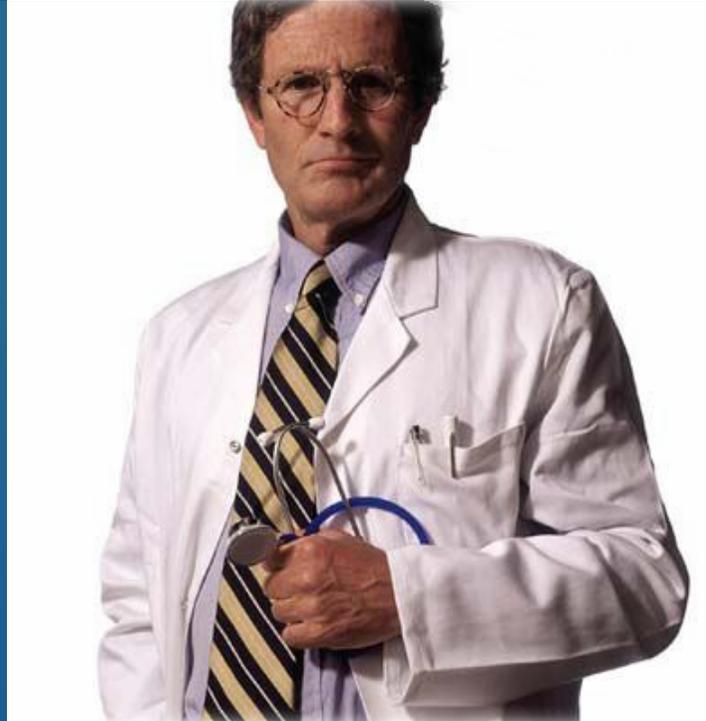
La gran mayoría se anticoagulan.



**Ver papel
Información
pacientes**

2.- Estudios NASPEAF

2004 (estudio inicial),
2006 (subanálisis estenosis mitral),
2007 (subanálisis ancianos).



NASPEAF

National Study for Prevention of Embolism
in Atrial Fibrillation

**Efectos comparativos de antiagregante, anticoagulante o tratamiento combinado en pacientes con fibrilación auricular valvular y no valvular.
Un estudio randomizado multicéntrico (NASPEAF)**

Pérez Gomez, et al. J Am Coll Cardiol 2004; 44: 1557-66

NASPEAF

**NATIONAL Study for Prevention of Embolism
in Atrial Fibrillation**

Objetivo:

Evaluar la eficacia y seguridad de la combinación de un antiagregante (Triflusal) + anticoagulación de intensidad moderada en pacientes con ACXFA y factores de riesgo vascular o estenosis mitral.

Métodos:

Prospectivo, multicéntrico, randomizado, “open label” con comités de seguridad y eventos “ciegos”.

Pérez Gomez, et al. J Am Coll Cardiol 2004; 44: 1557-66

NASPEAF

NATIONAL Study for Prevention of Embolism in Atrial Fibrillation

End point primario:

- **Incidencia combinada de muerte vascular, AIT, ictus no fatal o embolismo sistémico.**

End points secundarios:

- **Muerte vascular**
- **AIT.**
- **Ictus no fatal.**
- **Embolismo sistémico no fatal.**
- **IAM no fatal.**
- **Muerte no vascular.**
- **Sangrado severo (ingreso hospitalario y/o transfusión de sangre).**
- **Combinación de algunos de ellos.**

NASPEAF

NATIONAL Study for Prevention of Embolism in Atrial Fibrillation

Riesgo intermedio:

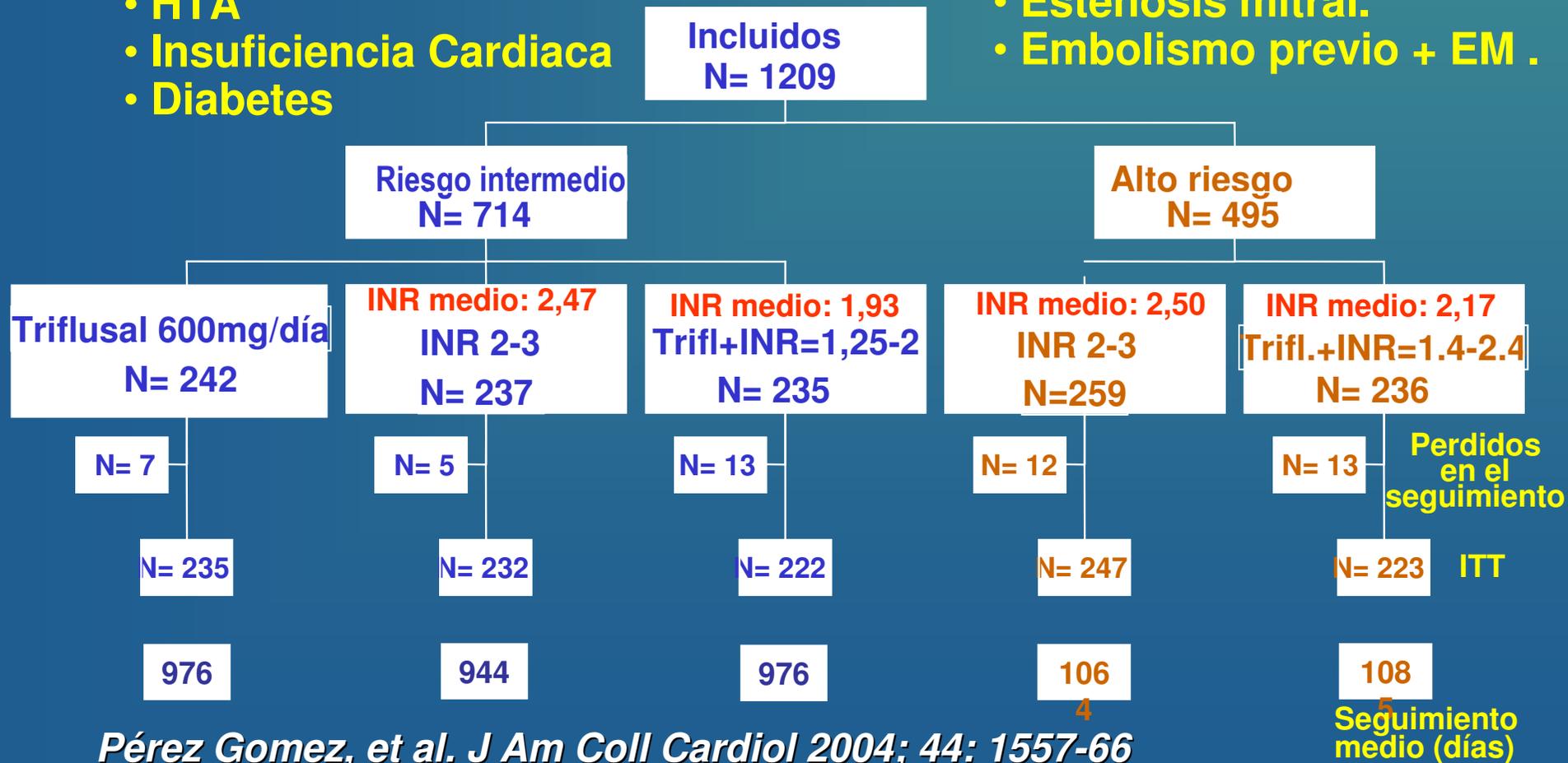
Fibrilación auricular + 1 de:

- > 60 años
- HTA
- Insuficiencia Cardíaca
- Diabetes

Alto riesgo:

Fibrilación auricular + 1 de:

- Embolismo previo.
- Estenosis mitral.
- Embolismo previo + EM .



Pérez Gomez, et al. J Am Coll Cardiol 2004; 44: 1557-66

NASPEAF**NATIONAL Study for Prevention of Embolism
in Atrial Fibrillation****Características basales - I**

	RIESGO INTERMEDIO			ALTO RIESGO	
	TRIFLUS N= 242	ANTICOA N= 237	COMBINED N= 235	ANTICOA N= 259	COMBINED N= 236
Edad media (años)	69.9	69.6	69.8	66.6	67.3
Varones	57.0	54.6	57.4	31.3	28.7
Fumadores	37.4	39.0	40.2	28.3	22.4
Diabéticos	17.1	17.0	14.6	14.3	16.7
Dislipemia	31.0	30.0	27.4	30.4	32.4
HTA	42.7	45.0	45.2	33.2	30.0
Cp. isquémica	18.4	16.5	13.5	7.8	9.5
Enf. vascular periférica	3.8	1.7	2.7	3.3	1.8

Pérez Gomez, et al. J Am Coll Cardiol 2004; 44: 1557-66

NASPEAF**NATIONAL Study for Prevention of Embolism
in Atrial Fibrillation****Características basales - II**

	RIESGO INTERMEDIO			ALTO RIESGO	
	TRIFLUSAL N= 242	ANTICOA N= 237	COMBINED N= 235	ANTICOA N= 259	COMBINED N= 236
Insuficiencia cardiaca	11.2	22.7*	10.5	20.6	14.1
NYHA clase II-IV	59.0	50.0	44.0	44.0	45.0
FEVI	61.0	60.0	60.2	63.7	62.1
Diámetro auricular izdo (mm)	46.2	47.4	47.0	52.6	51.7
FA no valvular + embolismo (n)	---	---	---	95	89
Estenosis mitral + embolismo	---	---	---	50	45
Estenosis mitral no embolismo	---	---	---	114	102

Pérez Gomez, et al. J Am Coll Cardiol 2004; 44: 1557-66 $P < 0.001$ vs TRI and COMB

NASPEAF**NATIONAL Study for Prevention of Embolism
in Atrial Fibrillation****Valores de anticoagulación**

	RIESGO INTERMEDIO		ALTO RIESGO	
	ANTICOA N= 237	COMBINED N= 235	ANTICOA N= 259	COMBINED N= 236
INR rango objetivo	2.00 - 3.00	1.25 - 2.00	2.00 - 3.00	1.40 - 2.40
INR (mediana)	2.47	1.93*	2.50	2.17*
INR (IQR: P25-P75)	2.33 - 2.60	2.83 - 2.09	2.37 - 2.65	1.97 - 2.36
Tiempo en el rango (%)	65.0	66.0	67.0	73.0
Tiempo sobre el rango (%)	16.0	31.0	15.0	23.0
Tiempo bajo el rango (%)	19.0	3.0	18.0	4.0
Nº de INRs < 2 (%)	21.0	67.0*	18.0	39.0*
Nº de INRs > 3.5 (%)	6.3	1.96*	7.9	2.40*

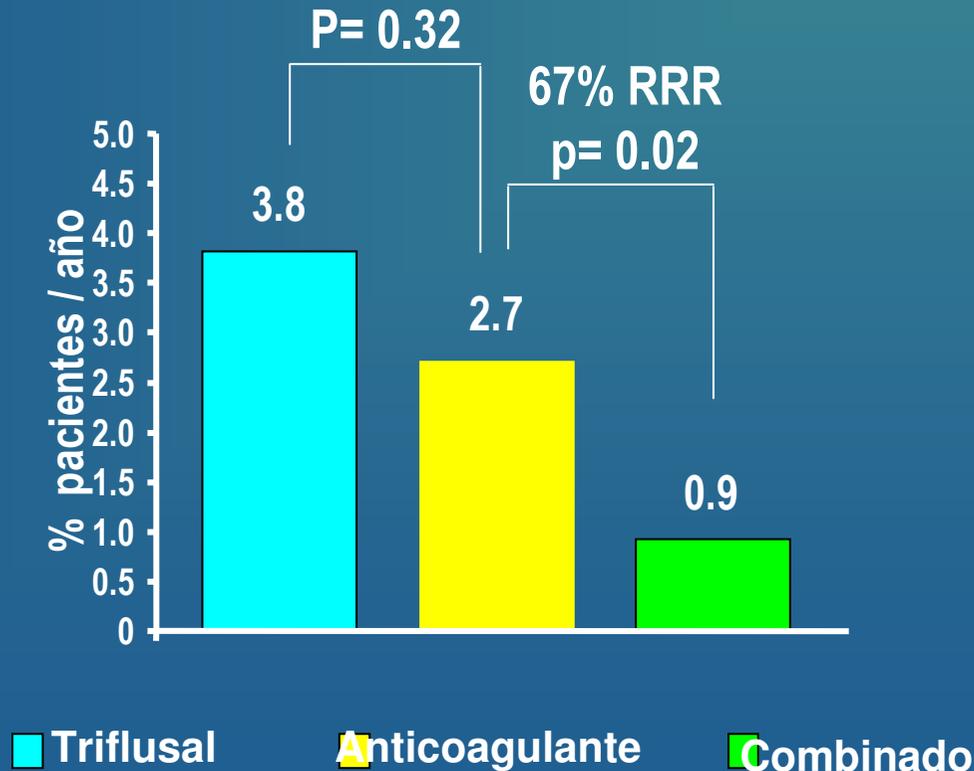
Pérez Gomez, et al. J Am Coll Cardiol 2004; 44: 1557-66 P< 0.001 vs ANTICOA

NASPEAF

NATIONAL Study for Prevention of Embolism in Atrial Fibrillation

Grupo de riesgo intermedio

**End point primario:
muerte vascular, ictus no fatal, AIT, embolismo.**



Pérez Gomez, et al. J Am Coll Cardiol 2004; 44: 1557-66

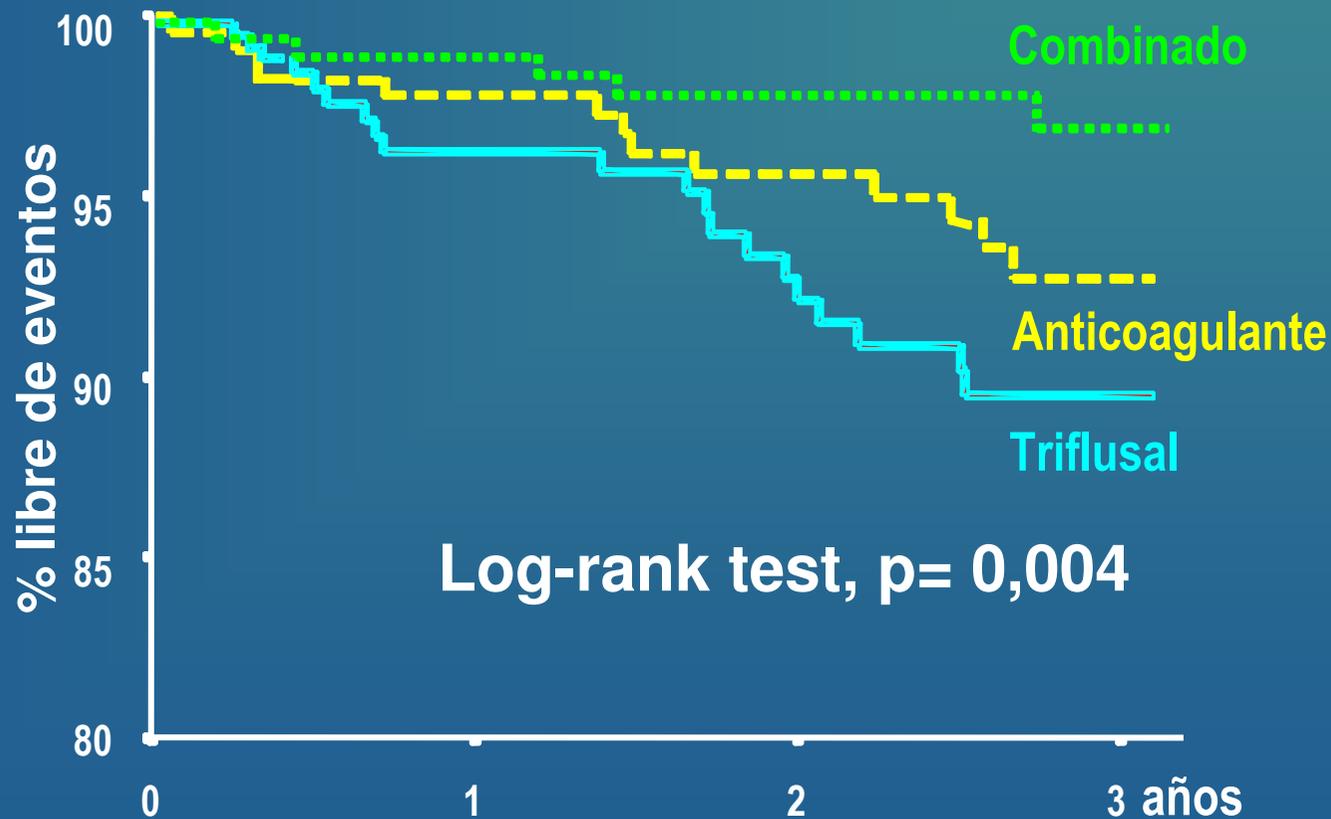
NASPEAF

NATIONAL Study for Prevention of Embolism in Atrial Fibrillation

Grupo de riesgo intermedio

End point primario:

muerte vascular, ictus no fatal, AIT, embolismo.



NASPEAF**NATIONAL Study for Prevention of Embolism
in Atrial Fibrillation****Grupo de riesgo intermedio: Resultados de eficacia I**

	TRIFLUSAL pt/y= 576.2		ANTICOA pt/y= 556.1		COMBINED pt/y= 540.8	
	n	% pt/y	n	% pt/y	n	% pt/y
Primary outcome (ITT)	22	(3.82)	15	(2.70)	5	(0.92)*
Primary outcome (OT)	17	(2.95)	14	(2.34)	3	(0.55)**
Muerte vascular	8	(1.39)	11	(1.98)	2	(0.37)†
ACV no fatal	10	(1.74)	3	(0.54)	3	(0.55)
AIT	3	(0.52)	0		0	
Embolismo sistémico no fatal	1	(0.17)	1	(0.18)	0	
IAM no fatal	1	(0.17)	0		0	

† P= 0.01 vs ANTICOA * P< 0.05 vs ANTICOA and TRI

** P< 0.01 vs ANTIACOA and TRI

Pérez Gomez, et al. J Am Coll Cardiol 2004; 44: 1557-66

NASPEAF

NATIONAL Study for Prevention of Embolism in Atrial Fibrillation

Grupo de riesgo intermedio: Resultados de eficacia II

	TRIFLUSAL pt/y= 576.2		ANTICOA pt/y= 556.1		COMBINADO pt/y= 540.8	
	n	% pt/y	n	% pt/y	n	% pt/y
Embolismo no fatal-ACV-AIT	15	(2.60)	7	(1.26)	3	(0.55)
Embolismo fatal-ACV-AIT	1	(0.17)	3	(0.54)	0	
Embolismo-ACV-IAM-muerte vascular	16	(2.78)	8	(1.44)	4	(0.74)
Muerte no vascular	7	(1.21)	9	(1.62)	4	(0.74)
Outcome +sangrado severo	22	(3.82)	21	(3.78)	8	(1,48)*

* P< 0.05 vs ANTICOA and TRI

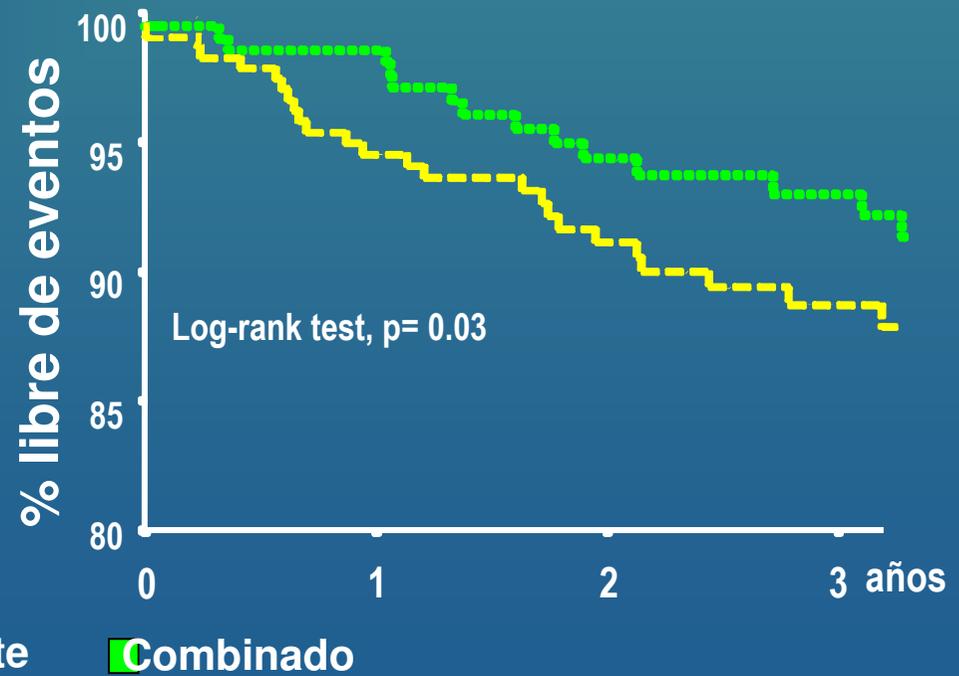
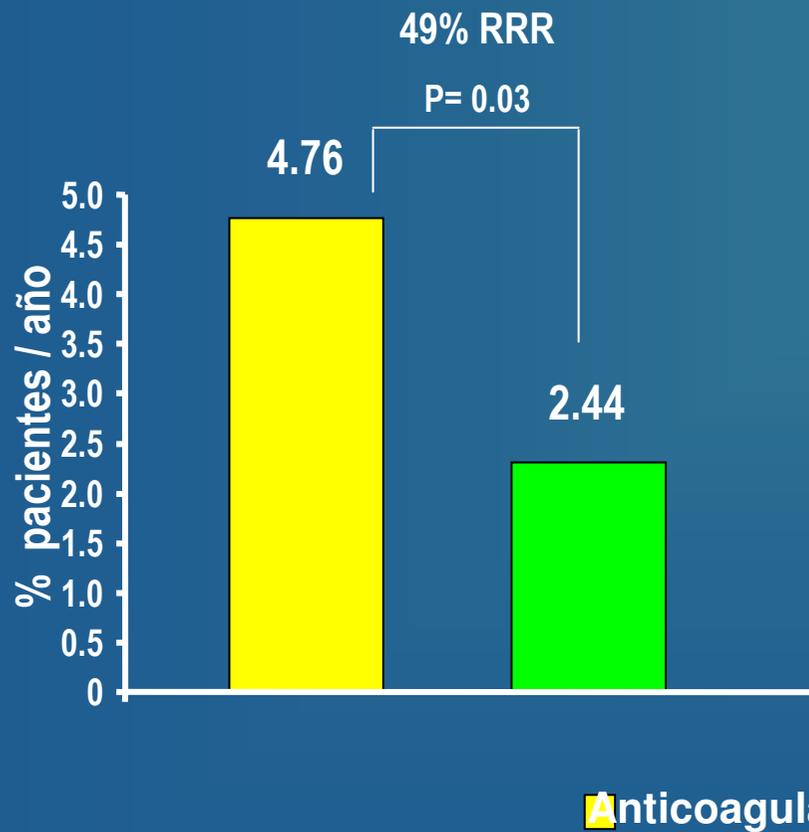
Pérez Gomez, et al. J Am Coll Cardiol 2004; 44: 1557-66

NASPEAF

NATIONAL Study for Prevention of Embolism in Atrial Fibrillation

Grupo de alto riesgo

End point primario: muerte vascular, ictus no fatal, AIT, embolismo.



Pérez Gomez, et al. *J Am Coll Cardiol* 2004; 44: 1557-66

NASPEAF

NATIONAL Study for Prevention of Embolism in Atrial Fibrillation

Grupo de alto riesgo: Resultados de eficacia I

	ANTICOA		COMBINED	
	pt/y= 609.7		pt/y= 573.1	
	n	% pt/y	n	% pt/y
Primary outcome (ITT)	29	(4.76)	14	(2.44)*
Primary outcome (OT)	26	(4.38)	6	(1.10)†
Vascular death	17	(2.79)	6	(1.05)*
Non-fatal stroke	6	(0.98)	6	(1.05)
Transient ischaemic attack (TIA)	3	(0.49)	2	(0.35)
Non-fatal sist. embolism	3	(0.49)	0	
Non-fatal AMI	2	(0.33)	0	

* P < 0.05 vs ANTICOA

† P = 0.001 vs ANTICOA

Pérez Gomez, et al. J Am Coll Cardiol 2004; 44: 1557-66

NASPEAF

NATIONAL Study for Prevention of Embolism in Atrial Fibrillation

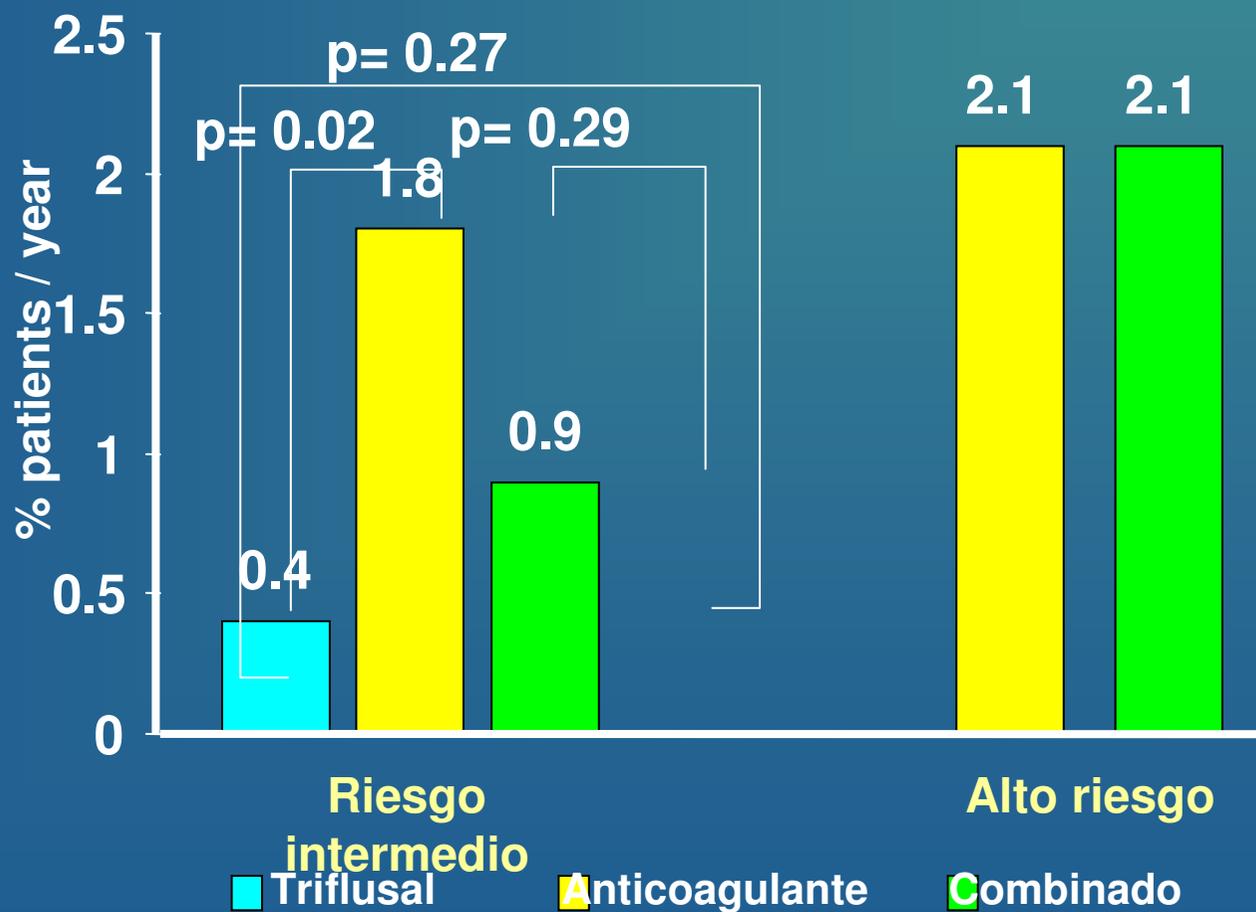
Grupo de alto riesgo: Resultados de eficacia II

	ANTICOA pt/y= 609.7		COMBINADO pt/y= 573.1	
	n	% pt/y	n	% pt/y
Embolismo no fatal-ACV-AIT	20	(3.28)	12	(2.09)
Embolismo fatal-ACV-AIT	8	(1.31)	4	(0.70)
Embolismo-ACV-IAM-muerte vascular	25	(4.10)	13	(2.27)
Muerte no vascular	6	(0.98)	6	(1.05)
Outcome +sangrado severo	34	(5.58)	22	(3.84)

NASPEAF

NATIONAL Study for Prevention of Embolism in Atrial Fibrillation

Sangrado severo



Pérez Gomez, et al. *J Am Coll Cardiol* 2004; 44: 1557-66

NASPEAF**NATIONAL Study for Prevention of Embolism
in Atrial Fibrillation****Datos de anticoagulación**

	Riesgo intermedio		Riesgo alto	
	Anticoagulante	Tto Combinado	Anticoagulante	Tto Combinado
INR medio	2,47	1,93	2,50	2,17
% tiempo en rango	65	66	67	73
% tiempo sobre rango	16	31	15	23
% tiempo bajo rango	29	3	18	4

Pérez Gomez, et al. J Am Coll Cardiol 2004; 44: 1557-66

NASPEAF

National Study for Prevention of Embolism
in Atrial Fibrillation

Conclusión:

La combinación de un antiagregante (triflusal) y tratamiento anticoagulante de moderada intensidad disminuyó significativamente los eventos vasculares comparados con la anticoagulación sola, y probó ser seguro en los pacientes con fibrilación auricular.

Pérez Gomez, et al. J Am Coll Cardiol 2004; 44: 1557-66

NASPEAF: Subanálisis en Estenosis Mitral

EFEECTO DEL TRATAMIENTO ANTITROMBÓTICO EN PACIENTES CON ESTENOSIS MITRAL Y FIBRILACIÓN AURICULAR: UN SUBANÁLISIS DEL ENSAYO ALEATORIZADO NASPEAF

Pérez-Gómez et al. Eur Heart J 2006; 27: 960-967

Conclusiones

- Los pacientes con fibrilación auricular y estenosis mitral constituyen un grupo de alto riesgo de tromboembolismo.
- El tratamiento combinado de Triflusal con anticoagulación moderada produce una reducción significativa del 58% de eventos cardiovasculares, en comparación con la anticoagulación sola estándar.

Eur Heart J 2006; 27: 960-967

NASPEAF: Subanálisis en Ancianos

TRATAMIENTO ANTITROMBÓTICO EN PACIENTES ANCIANOS CON FIBRILACIÓN AURICULAR: EFECTIVIDAD Y COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS. UN ANÁLISIS ESTRATIFICADO DEL ENSAYO ALEATORIZADO NASPEAF

Pérez-Gómez et al. Eur Heart J 2007; 28: 996-1003

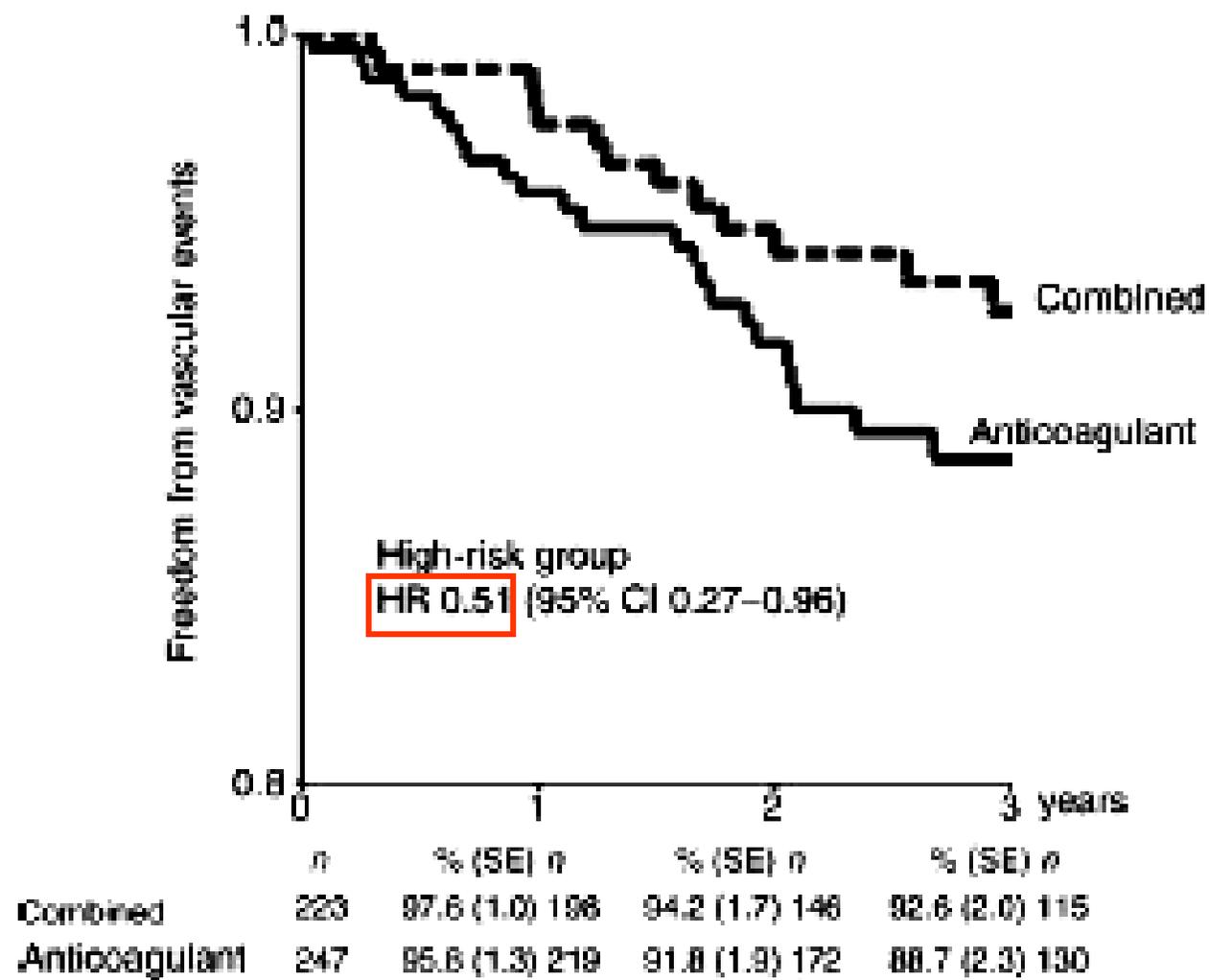
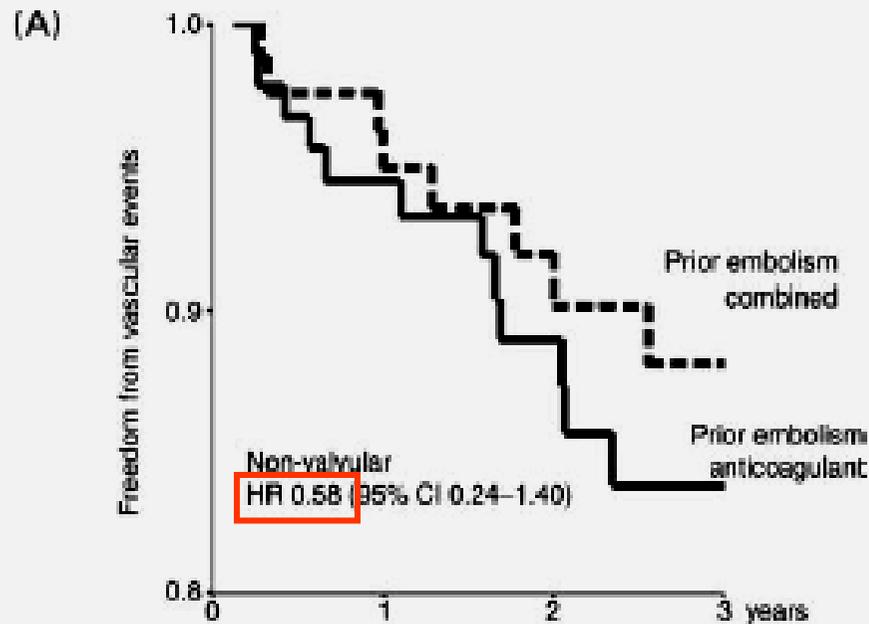
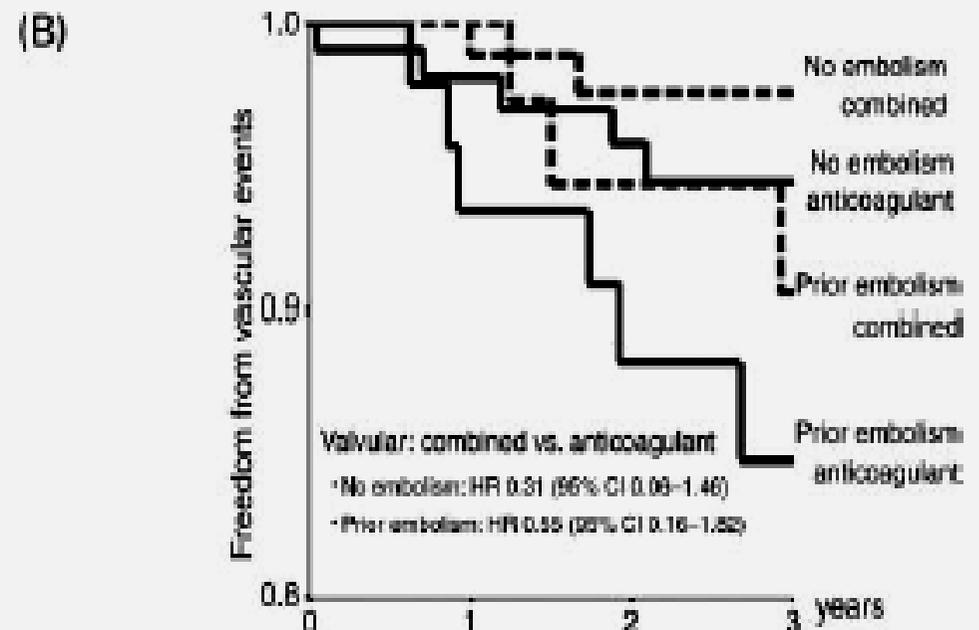


Figure 2 Survival curves free from vascular events (systemic embolism, stroke, myocardial infarction, sudden death, and death from bleeding) among high-risk group patients during combined antiplatelet plus anticoagulant or anticoagulant alone therapy. High risk = non-valvular with prior embolism and mitral stenosis with or without prior embolism patients. SE, standard error; *n*, number of cases at risk.



	n	% (SE) n	% (SE) n	% (SE) n
Combined	84	94.9 (2.5) 72	99.2 (3.6) 53	89.1 (4.0) 43
Anticoagulant	91	94.4 (2.4) 83	89.0 (3.5) 63	83.8 (4.4) 45



	n	% (SE) n	% (SE) n	% (SE) n
No embolism combined	86	96.9 (1.1) 88	97.6 (1.7) 75	97.6 (1.7) 75
No embolism anticoagulant	109	98.1 (1.4) 98	96.8 (2.1) 78	94.5 (2.4) 72
Prior embolism combined	41	100.0 (0.0) 41	94.4 (3.9) 32	90.6 (5.3) 24
Prior embolism anticoagulant	47	93.4 (3.7) 42	88.2 (5.0) 33	84.8 (5.8) 25

Figure 3 Survival curves free from vascular events (systemic embolism, stroke, myocardial infarction, sudden death, and death from bleeding) in the three sub-groups of the high-risk group patients during combined or anti-coagulant therapy: (A) non-valvular AF patients with prior embolism and (B) mitral stenosis patients with or without prior embolism. Emb, embolism; SE, standard error; n, number of patients at risk.

Conclusiones

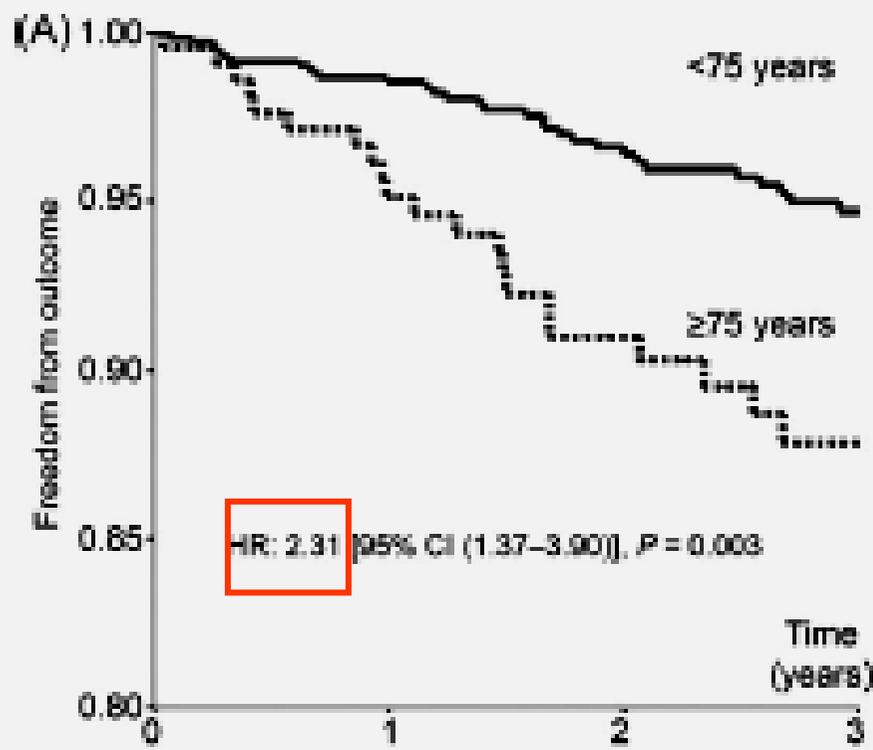
- Los pacientes ancianos con fibrilación auricular presentan una mayor tasa de eventos vasculares y efectos adversos hemorrágicos que los pacientes jóvenes.
- El tratamiento combinado de Triflusal con anticoagulación moderada produce una reducción significativa de eventos vasculares y de mortalidad por sangrado, en comparación con la anticoagulación sola estándar en estos pacientes.

Eur Heart J 2007; 28: 996-1003

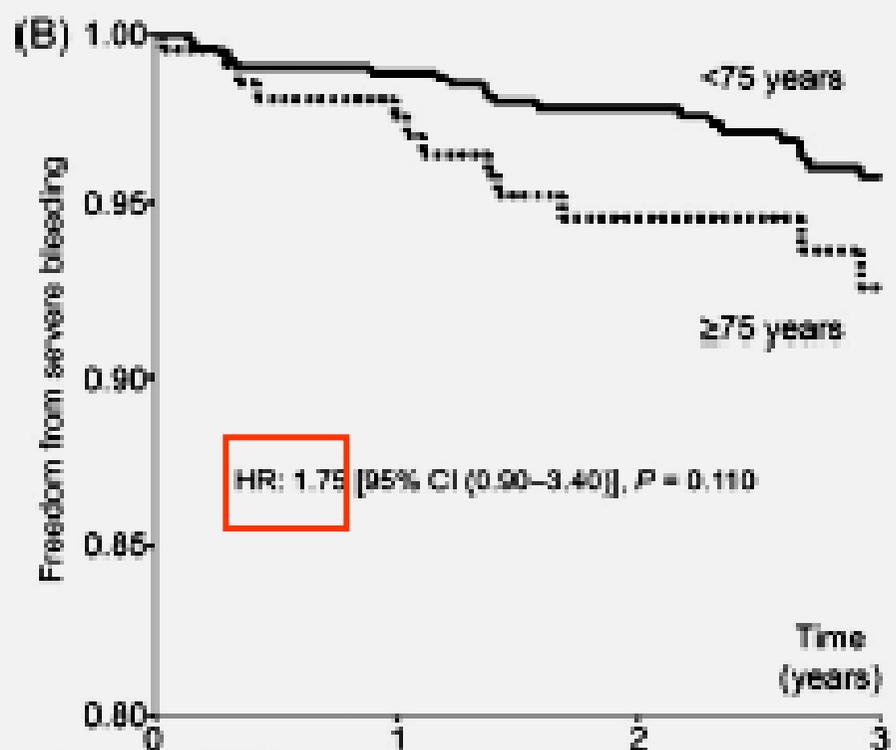
NASPEAF: Subanálisis en Ancianos.
Editorial

**PREVENCIÓN DEL ICTUS EN
FIBRILACIÓN AURICULAR:
REVISIÓN DEL TRATAMIENTO
ANTIAGREGANTE**

Lip et al. Eur Heart J 2007; 28: 926-928

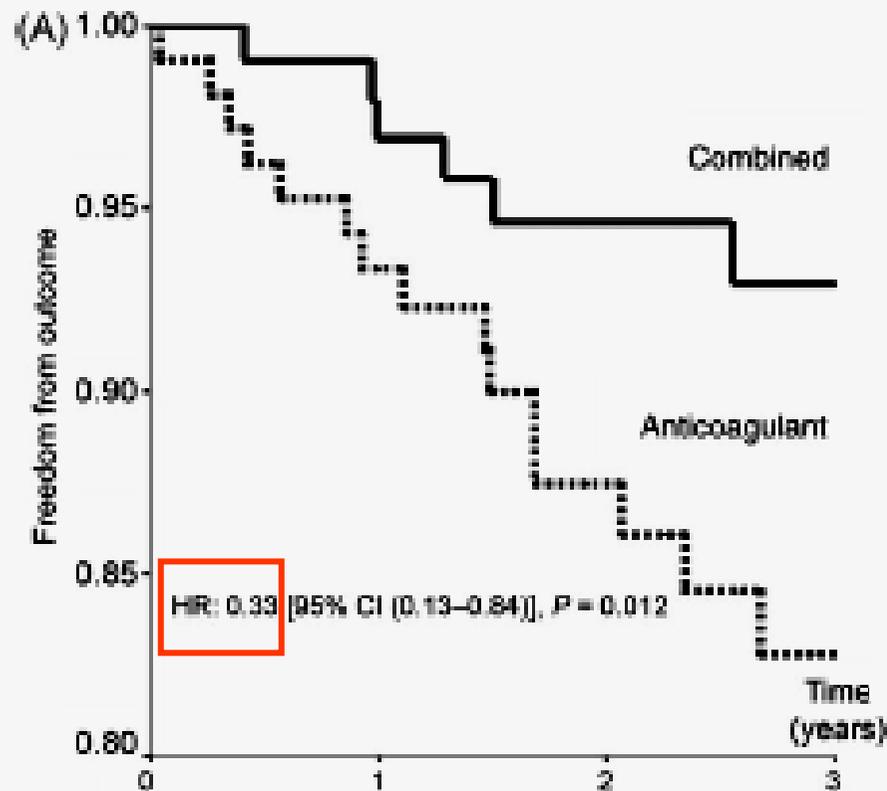


	n	% SE	n	% SE	n	% SE	n
<75 years	709	96.5 (0.4)	643	95.4 (0.8)	479	94.7 (0.8)	346
≥75 years	215	95.1 (1.5)	189	90.9 (2.0)	143	87.8 (3.6)	101

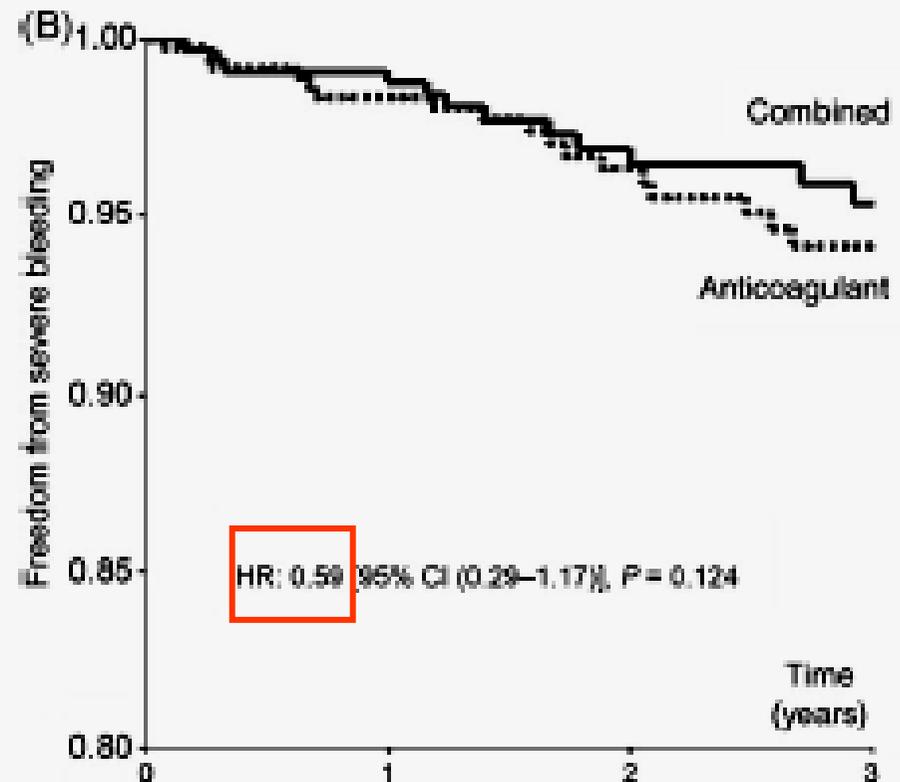


	n	% SE	n	% SE	n	% SE	n
<75 years	709	96.8 (0.4)	650	87.8 (0.6)	534	95.8 (0.9)	398
≥75 years	215	97.8 (1.1)	187	94.6 (1.7)	139	92.5 (2.3)	88

Figure 2 Survival curves in the elderly vs. younger patients. (A) Outcome. (B) Severe bleeding events. SE, standard error; n, number of ITT patients at risk.



	<i>n</i>	% SE	<i>n</i>	% SE	<i>n</i>	% SE	<i>n</i>
Combined	107	98.9 (1.7)	93	94.6 (2.3)	79	92.9 (2.8)	56
Anticoagulant	103	93.4 (2.4)	96	87.4 (3.4)	89	82.8 (4.1)	48



	<i>n</i>	% SE	<i>n</i>	% SE	<i>n</i>	% SE	<i>n</i>
Combined	338	98.7 (0.6)	305	96.5 (1.1)	223	95.3 (1.4)	183
Anticoagulant	371	98.3 (0.7)	348	96.3 (1.1)	266	94.1 (1.4)	192

Figure 4 Outcome survival curves during combined and anticoagulant therapy. (A) The elderly patients. (B) Younger patients. *n*, ITT patients at risk.

Conclusiones

.....”Este estudio es el primero en demostrar que la combinación de Triflusal con anticoagulación moderada proporciona protección frente al ictus y menor riesgo de sangrado en comparación con la anticoagulación sola estándar”

Eur Heart J 2007; 28: 996-1003

3.- ¿Qué podemos hacer?

**Cambiar INR objetivo de 2,5 a 2,
y añadir 600 mgr/día de Triflusal**



¿A quién?

Pacientes con fibrilación auricular y
riesgo intermedio:

> 60 años y/o HTA y/o DM y/o I.Cardíaca.

riesgo alto:

Si Embolismo previo y/o Estenosis mitral.

Es decir: TODOS menos los de bajo riesgo:
<60 años sin HTA, DM, ICardíaca,
embolismo previo ni estenosis mitral.

¿Cómo?

Papeles de información a pacientes

4.- Stents farmacoactivos y doble antiagregación.

Nuevas directrices.



Necesidades no Cubiertas del Tratamiento Antiagregante

- Problemas de Hemorragias
- Resistencia
- Hipersensibilidad/Alergia

Hemorragia según dosis AAS

Resultados según las Dosis del AAS en Estudios controlados con Placebo

	Bajas Dosis, 75-162 mg/d (n=2410)	Dosis Altas, >162 mg/d (n=2179)
	%	%
Variable principal	16.4	18.6
Muerte, IAM, Ictus	6.2	6.1
Muerte	2.8	1.7
IAM	2.0	2.1
Ictus	2.1	2.8
Atención hospít. urgente	9.5	10.6
Reanimación urgente	7.3	10.0
Hemorragia interna	2.4	3.3
Cualquier hemorragia	11.1	15.4
Transfusión	1.0	2.0

CURE: Hemorragias Graves al Año según Dosis AAS

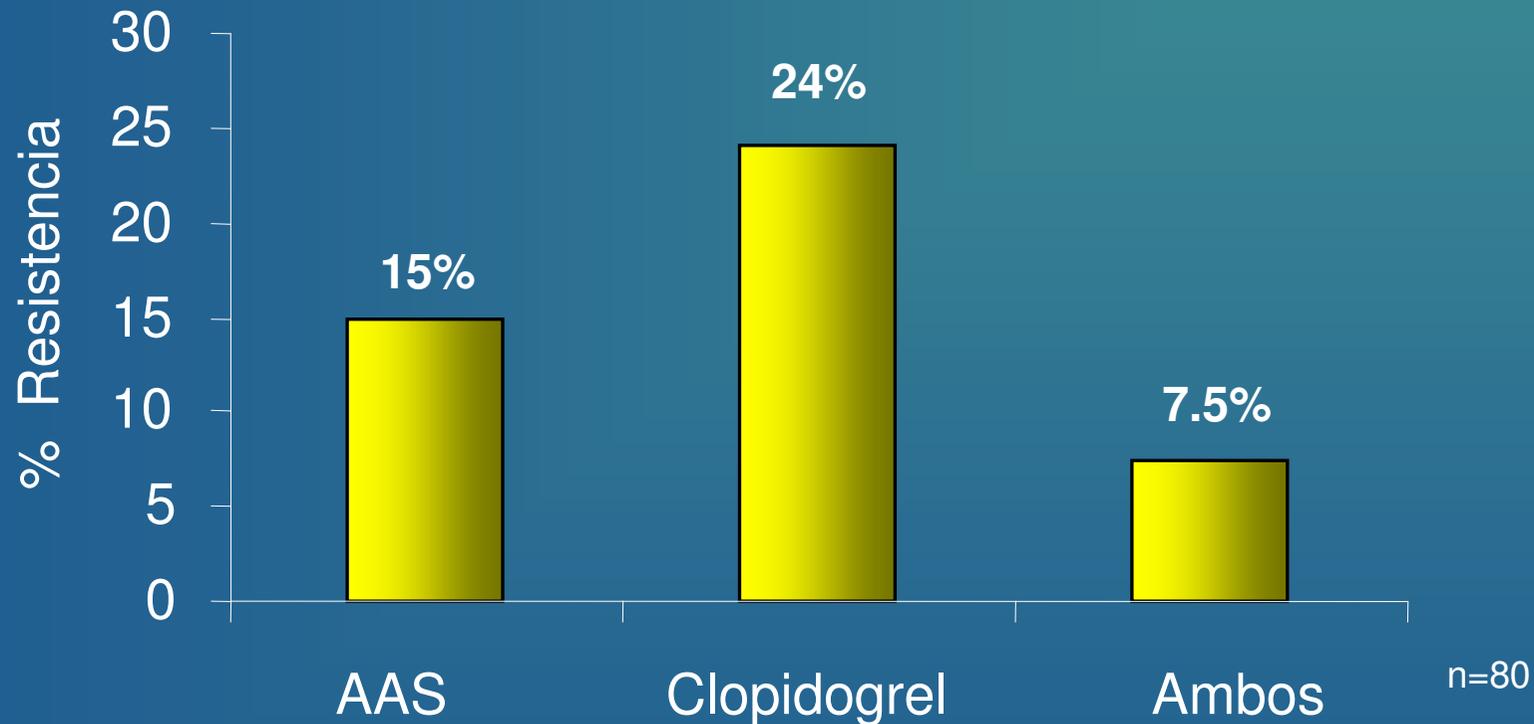
Dosis AAS	Placebo + AAS* (N=6303)	Clopidogrel + AAS† (N=6259)
≤100 mg (N=5.320)	1.9%	3.0%
100-199 mg (N=3.109)	2.8%	3.4%
≥200 mg (N=4.110)	3.7%	4.9%
<i>valor P para tendencia</i>	.0001	.0009

* $P=.0001$.

† $P=.0009$.

Adaptado de Peters RJG, et al. *Circulation*. 2003;108:1682-1687.

Resistencia al AAS y al Clopidogrel



La Resistencia se determinó por análisis de laboratorio para AAS y clopidogrel.

***ACC 2005 Annual Scientific Sessions: Abstract 1043-126, presented March 6, 2005;
abstract 868.7, presented March 9, 2005.***

Hipersensibilidad al AAS

- Los pacientes con hipersensibilidad al AAS frecuentemente son tratados con clopidogrel solo, sin soporte científico.
- Aproximadamente un 10% de la población experimenta hipersensibilidad al AAS, la cual puede manifestarse como exacerbaciones asmáticas, rinorrea, angioedema, urticaria y anafilaxis.

**¿Preguntas,
cuestiones,
demandas,
dudas,
comentarios,
proposiciones,
inspiraciones,
propuestas,
insinuaciones,
críticas,
sugerencias,
peticiones?**

**Muchas gracias
por vuestra
atención
y participación.**

www.telecardiologo.com