



9. PRASUGREL 30 MG DE FORMA PRECOZ: ¿UNA NUEVA ESTRATEGIA PARA INTERCAMBIO ENTRE DISTINTOS INHIBIDORES DE P2Y12?

Ricardo Martínez González¹, Jesús Saldaña García¹, Ana Torremocha López¹, Lucía Cobarro Gálvez¹, Cristina Contreras Lorenzo¹, Clara Ugueto Rodrigo¹, Víctor Manuel Juárez Olmos¹, Borja Rivero Santana¹, Andrea Severo Sánchez¹, M^a Luisa Testillano Tarrero², Emilio Arbas Redondo¹, Juan Caro Codón¹, Sandra Ofelia Rosillo Rodríguez¹, Eduardo R. Armada Romero¹ y José Raúl Moreno Gómez¹

¹Cardiología. Hospital Universitario La Paz, Madrid, España y ²Farmacología. Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: Los inhibidores del receptor P2Y12 (P2Y12i) son, junto con aspirina, tratamiento de elección del síndrome coronario agudo (SCA) y tras intervencionismo coronario percutáneo (ICP). Constituyen una familia heterogénea en sus propiedades farmacocinéticas y dinámicas, siendo el intercambio (*switch*) un motivo de interés por el efecto sobre la actividad plaquetaria e interacciones fármaco-fármaco. Nos propusimos revisar nuestra experiencia con una forma de *switch* consistente en administrar 30 mg de prasugrel como dosis de carga (DC).

Métodos: Se diseñó un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y unicéntrico, donde se incluyeron pacientes a los que se les había administrado DC de 30 mg de prasugrel a las 12 horas de la dosis previa de otro P2Y12i entre los años 2018 a 2022 (ambos inclusive). Se analizaron como eventos de seguridad a 30 días: trombosis aguda del *stent*, nuevo SCA o necesidad de revascularización urgente, ictus y supervivencia; también fueron recogidas complicaciones del acceso vascular o sangrados mediante la escala BARC.

Resultados: Se incluyeron 78 pacientes, la edad media fue de 58,8 años, 67 (85,9%) varones, hubo 68 (87,2%) SCACEST, la presentación más habitual en 72 (92,3%) fue Killip-I. En 9 (11,5%) había historia previa de cardiopatía isquémica, en 8 (10,3%) se realizó ICP. En 60 (76,9%) el acceso fue radial. En 77 (98,7%) se había administrado ácido acetilsalicílico. En su mayoría, 77 (98,7%), el *switch* se realizó desde ticagrelor y 1 (1,3%) desde clopidogrel. El tiempo medio desde el cateterismo hasta el *switch* fue de 15,6 horas y desde la dosis previa de otro P2Y12i de 9,9 horas. Se usaron Gp IIb/IIIa en 8 (10,3%) pacientes. En la mayoría de los casos se utilizó heparina no fraccionada, 77 (98,7%), durante ICP y en 76 (96,2%) Fondaparinux 2,5 mg durante la hospitalización. El número medio de *stent* fue de 1,9. No hubo ningún evento de trombosis aguda del *stent*, nuevo SCA, necesidad de revascularización urgente, ictus ni mortalidad a 30 días. Hubo complicación del acceso vascular en 7 (9%), 6 hematomas y 1 pseudoaneurisma. No se registraron eventos hemorrágicos.

Características de la muestra

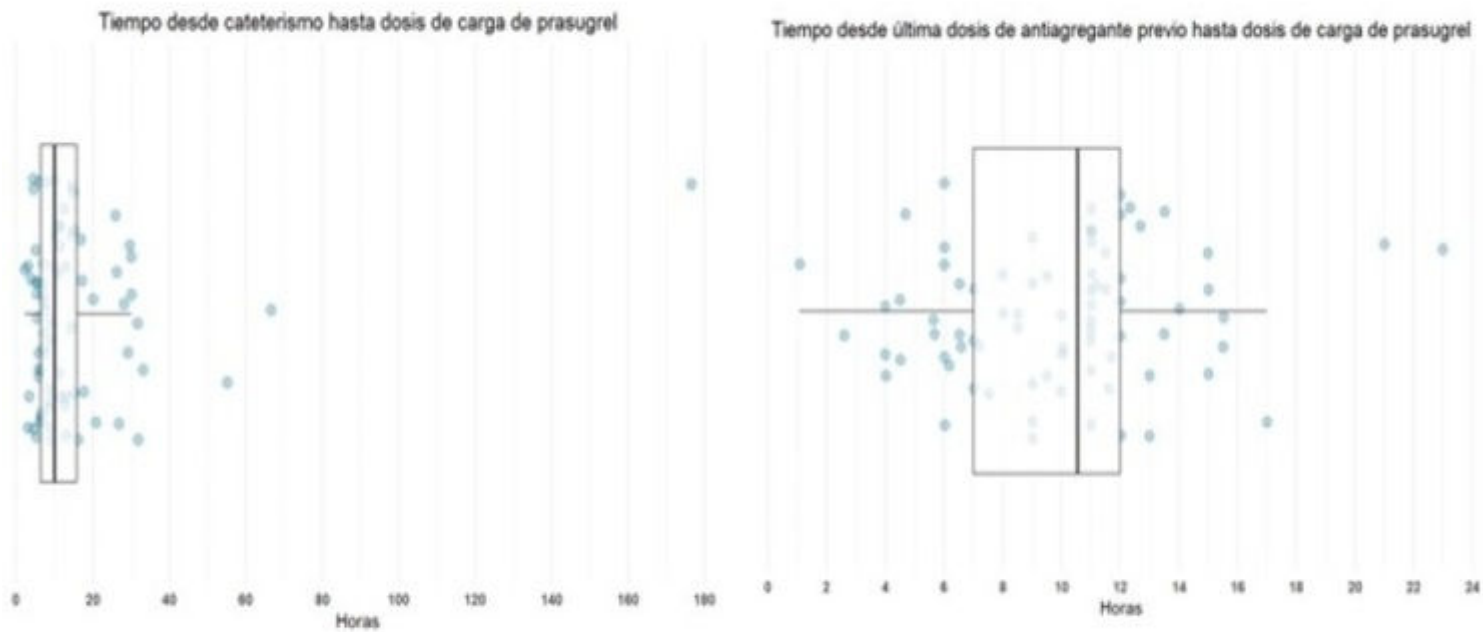
Edad (años)

58,8 ± 9,7

Sexo (varón)	67 (85,9%)
Síndrome coronario agudo	
SCACEST	68 (87,2%)
SCASEST	10 (12,8%)
Factores de riesgo cardiovascular:	
Hipertensión arterial	38 (48,7%)
Diabetes mellitus	20 (25,6%)
Dislipemia	39 (50%)
Tabaquismo	43 (69,4%)
Hemoglobina (g/dL)	15,2 ± 1,4
Plaquetas (nº/ml)	$232 \times 10^3 \pm 72 \times 10^3$
Acceso radial	60 (76,9%)
Cardiopatía isquémica previa	9 (11,5%)
ACTP	8 (10,3%)
CABG	1 (1,3%)
Killip	
I	72 (92,3%)
II	4 (5,1%)

III	0 (0%)
IV	2 (2,6%)
AAS	77 (98,7%)
Antiagregación previa:	
Ticagrelor	77 (98,7%)
Clopidogrel	1 (1,3%)
Anti-gp IIb-IIIa	8 (10,3%)
Horas desde angioplastia	15,6 ± 21,6
Horas desde la última dosis de otro P2Y12	9,9 ± 3,9
Anticoagulación	
Fondaparinux (2,5 mg)	75 (96,2%)
Heparina sódica	77 (98,7%)
Heparina bajo peso molecular	0 (0%)
Bivalirudina	14 (17,9%)
Antagonistas de la vitamina K	0 (0%)
NACO	0 (0%)
Número vasos afectados	1,4 ± 0,7
Número <i>stents</i> implantados	1,9 ± 1,5

Eventos seguridad	
Trombosis <i>stent</i>	0 (0%)
Nuevo SCA	0 (0%)
Necesidad revascularización urgente	0 (0%)
Ictus	0 (0%)
Supervivencia 30 días	78 (100%)
Complicaciones vasculares:	7 (9%)
Hematoma	6 (7,7%)
Seudoaneurisma	1 (1,3%)
Sangrados	
BARC 0-2	0 (0%)
BARC 3-5	0 (0%)



Tiempo desde cateterismo y última dosis de P2Y12i hasta switch a prasugrel.

Conclusiones: En nuestro conocimiento, esta es la primera referencia escrita al uso de 30 mg de prasugrel DC para intercambio entre distintos P2Y12i a las 12 horas de la administración previa. En nuestra experiencia no se ha asociado con eventos adversos graves, complicaciones vasculares ni hemorrágicas.