



6035-210. IMPACTO DEL INFORME DE POSICIONAMIENTO TERAPÉUTICO, FRENTE A LOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN DEL ENSAYO REDUCE-IT, EN LA SELECCIÓN CANDIDATOS AL TRATAMIENTO CON ISOPENTO DE ETILO

Alberto Cordero Fort¹, María Rosa Fernández Olmo², Leticia Fernández Frieria³, Sergio Manzano Fernández⁴, Clara Bonanad Lozano⁵, Gustavo Cortez Quiroga⁶, Armando Oterino Manzanas⁷, Deepak L. Bhatt⁸ y José Ramón González Juanatey⁹

¹Hospital IMED Elche, Elche (Alicante), España, ²Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén, España, ³HM Hospitales, Madrid, España, ⁴Universidad de Murcia, Murcia, España, ⁵Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España, ⁶Hospital Alto Guadalquivir, Andújar (Jaén), España, ⁷Hospital Clínico Universitario de Salamanca, Salamanca, España, ⁸Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York (Estados Unidos) y ⁹Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela (A Coruña), España.

Resumen

Introducción y objetivos: El tratamiento con isopento de etilo (IPE) demostró reducir la incidencia de eventos adversos cardiovasculares (MACE) en pacientes de alto riesgo cardiovascular con valores de triglicéridos (TG) moderadamente elevados (> 135 mg/dl) y colesterol de lipoproteínas de baja densidad (LDLc) 150 mg/dl.

Métodos: Analizamos el impacto de la selección de los pacientes candidatos a tratamiento con IPE en función del IPT o los criterios de inclusión del estudio REDUCE-IT. Realizamos un registro multicéntrico y retrospectivo con los datos de 8 hospitales españoles. Calculamos la diferencia en el área bajo la curva (AUC) en los modelos de regresión con ambos criterios, el índice reclasificación, el índice neto de reclasificación (INRI) y el índice de mejora de la discriminación (IDI).

Resultados: Incluimos 14.483 pacientes dados de alta tras un SCA, edad media 67,5 (13,3), 28,1% mujeres y 30,4% con IAMCEST. La media de LDLc fue de 99,8 (38,5) mg/dl y la mediana de triglicéridos de 120,5 (rango intercuartílico 90-197) mg/dl. Según el IPT serían candidatos a IPE 2.356 (16,3%) pacientes y por el ensayo clínico lo serían 3.028 (20,9%) lo que supone un 33,1% más de pacientes. La mediana de seguimiento tras el alta fue de 1.223 (RIQ: 570-2.040) días. La tasa de mortalidad fue del 15,0% (n = 2.166) y el 34,71% (n = 5.019) de los pacientes experimentaron un primer MACE. Según los criterios inclusión del estudio REDUCE-IT los candidatos a IPE presentaron mayores tasas de mortalidad (18,4 frente a 14,0%; HR: 1,22, IC95%: 1,11-1,35) y MACE (39,0 frente a 33,6%; HR 1,14, IC95%: 1,06-1,21); sin embargo, con los criterios del IPT no presentaron mayor riesgo de muerte (HR: 1,05, IC95% 0,94-1,17; p = 0,37) pero si de MACE (HR: 1,12, IC95% 1,03-1,22) (figura). El tratamiento con estatinas, así como ticagrelor o prasugrel, se asoció a mejor pronóstico. El AUC de los modelos con el criterio del ensayo o el IPT fue igual para mortalidad (p = 0,37) pero significativamente mayor para el modelo de predicción de MACE utilizando los criterios del ensayo clínico (p = 0,02). Utilizando los criterios de ensayo clínico, en lugar del IPT, el índice de reclasificación fue 4,64 (4,29-67,35), el INRI 0,02 (0,01-0,05) y el IDI 0,01 (0,01-0,03).



Conclusiones: Los criterios de inclusión del ensayo clínico REDUCE-IT clasifican mejor que el IPT a los pacientes candidatos a IPE tras un SCA en cuanto al riesgo de muerte o primer MACE.