



4009-4. RESULTADOS DEL USO DE LA FARMACOGENÉTICA EN LA ELECCIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE PLAQUETARIO TRAS INTERVENCIÓN CORONARIA PERCUTÁNEA CON *STENT*

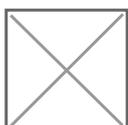
Jesús Gabriel Sánchez Ramos¹, Cristina Lucía Dávila Fajardo², Francisco Burillo Gómez¹, Pablo Toledo Frías¹, Susana Martínez Huertas¹, Xando Díaz Villamarín², Juan Caballero Borrego¹, Alicia Bautista Pavés¹ y Concepción Correa Vilches¹ del ¹Servicio de Cardiología y ²Servicio de Farmacia. Hospital Clínico San Cecilio, Granada.

Resumen

Introducción y objetivos: El tratamiento de los portadores del alelo CYP2C19 * 2 y ABCB1 genotipo TT con clopidogrel se asocia con un aumento de las complicaciones isquémicas después de la intervención coronaria percutánea con *stent* (ICP) y se beneficiarían de los nuevos inhibidores del receptor P2Y12. El objetivo de este estudio fue comparar la eficacia y seguridad de la elección de la terapia antiagregante guiado por genotipado frente a sin genotipado tras una ICP.

Métodos: Diseño cuasiexperimental con grupo control no aleatorizado antes-después, que incluyó a pacientes consecutivos sometidos a ICP con necesidad de tratamiento antiagregante doble de 1 a 12 meses. El grupo genotipado, recibiría prasugrel en portadores del alelo CYP2C19*2 o genotipo ABCB1 TT (“resistentes”) y clopidogrel en el resto (“sensibles”). El grupo sin genotipado, recibió antiagregante a criterio médico. El análisis se realizó por intención de tratar y en el periodo bajo doble antiagregación durante el primer año.

Resultados: Se incluyeron 719 pacientes, el 86,2% con síndrome coronario agudo. En el grupo genotipado (317 pacientes) el 41% fue resistente a clopidogrel y se trataron con prasugrel (5 pacientes ticagrelor por antecedentes de ictus); el 59% fue sensible y recibieron clopidogrel. El grupo control (402 pacientes) fue tratado con clopidogrel de forma mayoritaria (solo el 7% recibió prasugrel). Las características clínicas basales fueron similares en ambos grupos, con alguna diferencia terapéutica (tabla). El objetivo primario de muerte cardiovascular, infarto de miocardio, angina inestable o ictus ocurrió en 32 pacientes (10,1%) del grupo genotipado y en 59 pacientes (14,7%) del grupo control (HR 0,63; IC95% 0,41-0,97, p = 0,037). No hubo diferencias en las hemorragias TIMI menores y mayores entre ambos grupos (4,1% frente a 4,7%, HR 0,80, IC95% 0,39-1,63, p 0,55) y el efecto neto de eficacia y seguridad mostró una tendencia favorable al grupo genotipado (13,9% frente 18,4%, HR 0,69, IC95% 0,48-1,01, p = 0,058) (fig.). Dentro del grupo genotipado, no hubo diferencias en la tasa de eventos en los pacientes sensibles con clopidogrel frente a los resistentes con prasugrel (9,1% frente a 11,5% p = 0,44), ni en las hemorragias (3,7% frente a 4,6%, p = 0,69).



Características basales

	Grupo Genotipado (n = 317)	Grupo Sin genotipado (n = 402)	p
Sexo mujer n (%)	79(24,9)	89(22,1)	0,4
Edad media (años)	64,1	64,6	0,4
IMC (media)	28,2	28,6	0,61
Indicación ICP			
SCA n (%)	273(86,1)	347(86,3)	0,9
IAMEST	129	168	
IAMSEST	91	99	
Angina Inestable	53	80	
No SCA n (%)	44 (14)	55 (14)	0,88
Angina estable	35	45	
Insuf. cardiaca	9	10	
Historia médica (%)			
DM	35,3	37,1	0,66
HTA	61,2	63,7	0,5
Hipercolesterol	58	56,7	0,72
Tabaco	26	27	0,71
IM previo	13,6	14,9	0,6

ACV	5	7	0,28
Creat > 2	3,2	3,5	0,81
ICP previa	7,9	6,5	0,46
<i>Bypass</i>	0,6	1	0,59
Características clínicas			
GRACE Intermedio-alto (%)	73,8	74,6	0,52
CRUSADE medio-alto (%)	25,6	25	0,73
FEVI% (media)	55,4	54,5	0,5
Enf. coronaria (%)			0,3
1 vaso	45	44,4	
2 vaso	33,4	28,4	
3 vaso	16,4	12	
Tronco	5,1	4,2	
Revascularización completa (%)	65,9	67,7	0,61
Tratamiento índice (%)			
Trombolisis	20,8	24,9	0,2
Angioplastia primaria	7,3	1,7	0,001
ICP rescate	9,5	9,7	0,9
Bivalirudina	11,7	16	0,2

Anti-IIb/IIIa	8,8	9,2	0,86
<i>Stent</i> Recub	76	59,2	0,0001
nº <i>Stent</i> /paciente (media)	1,99	2,15	0,89
longitud <i>stent</i> mm (media)	37,2	37	0,78
Ingreso/ ICP días (media)	2,4	3,4	0,09
Estancia (media)	5,8	7,2	0,01
Días Unidad Coronaria	1,76	2,1	0,5
Tratamiento alta (%)			
bblq	84	89	0,2
IECA/ARAII	87	88	0,7
Estatinas	94	95,5	0,9
IBP	88	54	0,0001
Tiempo doble antiagrega (media en 334 días)		308	0,001

Conclusiones: La elección del tratamiento antiagregante guiado por genotipado tras ICP es más eficaz y segura que la estrategia previa sin genotipado.