



6008-112. RESULTADOS PRELIMINARES DEL ESTUDIO: 'RESPUESTA SUBÓPTIMA A LOS ANTIAGREGANTES INHIBIDORES DEL RECEPTOR P2Y12: BÚSQUEDA DEL VALOR UMBRAL ASOCIADO CON EVENTOS CLÍNICOS EN POBLACIÓN ESPAÑOLA'

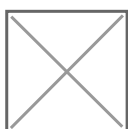
José Luis Ferreiro Gutiérrez¹, David Vivas Balcones², Antonio Tello Montoliu³, Jesús María de la Hera Galarza⁴, Ana Marcano Fernández¹, Juan Carlos Gómez Polo², Francisco Marín Ortuño³ e Inmaculada Roldán Rabadán⁵ del ¹Área de Enfermedades del Corazón, Hospital Universitari de Bellvitge-IDIBELL, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona), ²Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid, ³Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar (Murcia), ⁴Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias) y ⁵Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Los test de función plaquetar (TFP) para medir la respuesta y guiar el tratamiento antiagregante no se usan rutinariamente en la práctica clínica, en parte por falta de consenso sobre el test óptimo y el mejor valor umbral a emplear, que podría variar según la población. El objetivo fue evaluar la respuesta a los antagonistas P2Y12 y la capacidad predictiva de eventos adversos de los TFP, definiendo sus puntos de corte óptimos, específicamente en la población española.

Métodos: Estudio multicéntrico, observacional, prospectivo y con seguimiento clínico de 1 año en el que se incluirán 1.000 pacientes con un síndrome coronario agudo (SCA), tanto con como sin elevación del segmento ST, en los que se realice intervencionismo coronario (ICP) y reciban doble antiagregación con ácido acetilsalicílico y un antagonista P2Y12 (según práctica clínica). Se realizarán los TFP el día siguiente y 30 días tras el ICP, incluyendo: 1) VerifyNow P2Y12 assay; 2) Agregometría de electrodos múltiples (Multiplate); y 3) Análisis de VASP. Éste es un análisis descriptivo preliminar de los primeros pacientes incluidos, estando prevista para la fecha del congreso una inclusión de más de 500 pacientes.

Resultados: De 310 pacientes incluidos (IAMCEST 34,5%, SCASEST 39,4%, angina inestable 23,5% y SCA no clasificable 2,6%), 114 (36,8%) recibieron inicialmente clopidogrel, 59 (19,0%) prasugrel y 137 (44,2%) ticagrelor. La frecuencia de respuesta subóptima al tratamiento a las 24 horas (fig.) osciló entre 39,8 y 48,2% para clopidogrel, 3,4% para prasugrel y 1,5-5,8% para ticagrelor, según el test empleado. El antagonista P2Y12 más usado en el IAMCEST fue prasugrel (40,2% del total) y ticagrelor en el SCASEST (62,3% del total). En 293 pacientes con datos farmacodinámicos a los 30 días, 114 (38,9%) recibían clopidogrel, 48 (16,4%) prasugrel, 127 (43,3%) ticagrelor y en 4 (1,4%) se suspendió la doble antiagregación, con cambio de fármaco (*switch*) en 27 (9,2%) pacientes. La respuesta subóptima a los 30 días osciló entre 43,8 y 48,2% para clopidogrel y entre 0 y 4,8% para los nuevos antiagregantes.



Reactividad plaquetar a las 24 horas según antiagregante (VerifyNow).

Conclusiones: Existe una frecuencia elevada de respuesta subóptima a clopidogrel en los pacientes con un SCA en que se realiza ICP tanto al día siguiente del ICP como a los 30 días, mientras que la respuesta subóptima a prasugrel y ticagrelor es muy infrecuente.