

Revisión: Inhibición del receptor plaquetario P2Y12 de adenosina difosfato plaquetario: efectos beneficiosos y limitaciones de las estrategias terapéuticas actuales y perspectivas futuras

Artículo de revisión publicado en la Revista española de Cardiología.

La inhibición del receptor plaquetario P2Y12 con el empleo de clopidogrel ha representado un importante avance en el tratamiento farmacológico de los pacientes con enfermedad aterotrombótica, especialmente en los síndromes coronarios agudos y en el intervencionismo coronario percutáneo. A pesar de los efectos beneficiosos asociados al tratamiento con clopidogrel en estos contextos de alto riesgo, las experiencias clínicas y de laboratorio ha permitido identificar algunas de sus limitaciones, la más relevante de las cuales es la amplia variabilidad existente en la respuesta inhibitoria plaquetaria. En esta variabilidad de la respuesta al clopidogrel se han involucrado diferentes factores clínicos, genéticos y celulares. Es importante señalar que los hallazgos farmacodinámicos han demostrado tener repercusiones pronósticas, lo cual subraya la necesidad de mejores estrategias de tratamiento antiagregante plaquetario. El objetivo de este artículo es aportar una visión general del estado actual y las perspectivas futuras sobre el antagonismo del receptor P2Y12, con especial referencia a la variabilidad interindividual en la respuesta a clopidogrel y a las estrategias destinadas a mejorar la inhibición del receptor P2Y12, incluidos los fármacos antiagregantes plaquetarios más recientes (Tomado directamente del autor).

Rev Esp Cardiol. 2010;63(1):60-76.

Para ampliar información pinchar aquí.

http://www.revespcardiol.org/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=13146219&p;pident_usuario=0&p;pident_revista=25&fichero=25v63n01a13146219pdf001.pdf&p;ty=81&accion=L&origen=cardio&web=www.revespcardiol.org&lan=es

Mejorar la adherencia a estatinas evita más muertes que la reducción del umbral del tratamiento

Un estudio de simulación utilizando datos de los ensayos sugiere que mejorar la adherencia a las estatinas entre los que actualmente se consideran elegibles para el tratamiento podría evitar más muertes cardiovasculares que bajar el umbral de tratamiento actual.

Las estatinas son eficaces para disminuir los niveles de colesterol en la sangre y reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular en aquellos que los toman. La efectividad en la práctica es menor que en los ensayos, ya que al menos la mitad de las personas comenzaron con el tratamiento dejarán de tomarlo en cinco años. Si bien los debates sobre la mejora de los resultados han sido en su mayoría relacionados con la reducción de los umbrales de tratamiento, aumentando así el número de personas que reciben los medicamentos, es posible que beneficios similares podrían obtenerse mejorando la adherencia en los que son elegibles para el tratamiento. El objetivo de este estudio de simulación fue investigar los efectos potenciales de las dos estrategias.

Los autores buscaron en la literatura ensayos controlados con asignación aleatoria de estatinas que incluían información sobre la adherencia, y cualquier estudio basado en la comunidad sobre adherencia a estatinas. Se utilizaron los datos de estos estudios en un modelo basado en datos de pacientes de un importante estudio de cohorte prospectivo que reclutó entre 1990 y 1994 (cohorte de Melbourne Collaborative Study) que incluyó información sobre el estado cardiovascular de los participantes y los datos necesarios para calcular su situación de riesgo cardiovascular mediante de las ecuaciones de Framingham. Esto permitió la estimación del nivel de beneficios de la población en estos tres escenarios: 1) basal, usando umbral actual del NICE del tratamiento (> 20% de riesgo de mortalidad por ECV en 10 años) y una adherencia prevista del 50%; 2) adherencia mayor al 75%, y 3) una disminución del umbral de tratamiento calculada para producir el mismo número de personas que toman estatinas como la opción de mejorar la adherencia (alrededor de 15,5% riesgo a 10 años). Los resultados fueron los riesgos de incidentes de enfermedades cardiovasculares (ECV) y mortalidad por ECV.

Había 41.141 personas (17.049 hombres) en la cohorte del estudio de Melbourne, con una edad media de 55 años al inicio del estudio (rango 25-75). Después de las exclusiones (2.485 con ECV existentes, 388 con pérdida de datos), hubo 38.268 sujetos disponibles para el análisis. En esta población, sin estatinas de tratamiento, la expectativa de más de 10 años sería de 5.390 inicios de enfermedades cardiovasculares y 710 muertes por ECV. Poco menos de un cuarto (24%, 9.279 / 38.268) tendría un riesgo a los 10 años > 20% y por lo tanto serían elegibles para tratamiento con estatinas. En el escenario de referencia, la mitad de los 9.279 elegibles conforme a las directrices NICE se considera que tienen adherencia a las estatinas y en este grupo se evitaron 174 inicios de ECV y 70 muertes por ECV.

Ambos escenarios alternativos aumentado el número de eventos evitados. En el escenario de reducción del umbral de tratamiento, 6.991 fueron asignados para presentar adherencia,

resultando en un estimado adicional de 70 inicios de ECV y 18 muertes por ECV evitados. En el escenario de una mayor adherencia, sin embargo, 6.971 sujetos fueron asignados a ser adherente a estatinas, dando lugar a otras 91 inicios ECV y 37 muertes por ECV evitados.

Los autores concluyen que, de acuerdo a su modelo, el doble de muertes por ECV se pueden prevenir mediante la mejora de la adherencia en los pacientes actualmente elegibles para tratamiento con estatinas que mediante la reducción del umbral de tratamiento para producir un número similar de personas que toman los medicamentos. Mientras que el modelo no incluye análisis de coste-eficacia, el resultado implica que el coste-efectividad incremental de la estrategia de una mayor adherencia también sería aproximadamente el doble. En general, se comenta que el hecho de tener en cuenta los niveles de adherencia en las estrategias de quimioprevención conduce a la sobreestimación de los beneficios. Mejorar el cumplimiento en los de alto riesgo proporciona mayores beneficios que la ampliación de prevención a los de menor riesgo, y más trabajo es necesario por tanto sobre la forma de mejorar la adherencia a largo plazo.

J Epidemiol Community Health 2010; 64: 109-13

Para ampliar información pinchar aquí. <http://jech.bmj.com/content/64/2/109.abstract>