

Plasugrel vs Ticagrelor... ¿un solo ganador?

Patricia Eguren Escriña

Enlace revista original: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31618546>

Aproximadamente hay 1 infarto cada 40 segundos en EEUU y más de un millón de eventos cardiovasculares al año, de los cuales un tercio son recurrentes. La terapia antiplaquetaria y la reducción de las lipoproteínas de baja densidad (LDL) han sido la piedra angular del tratamiento para evitar las recurrencias de los eventos tromboembólicos.

Desde el descubrimiento de la terapia dual antiplaquetaria (con clopidogrel a la cabeza) ha habido una avalancha de estudios de los cuales surgen agentes antiplaquetarios más potentes como ticagrelor y prasugrel.

En el estudio TRITON-TIMI prasugrel era superior a clopidogrel en la reducción del objetivo final que era la mortalidad después de un síndrome coronario agudo (SCA). Esto se debía a una reducción de la recurrencia de los SCA a costa de un mayor riesgo de sangrado mayor.

El estudio PLATO comparaba ticagrelor con clopidogrel reduciendo también la mortalidad después de un SCA sin aumentar la seguridad en los sangrados mayores. Sin embargo, sí que hubo un aumento en la tasa de sangrado no relacionado con el procedimiento.

Con estos resultados, el Colegio Americano de Cardiología actualizó las guías clínicas teniendo en cuenta este hito en la reducción de mortalidad y siendo por tanto los fármacos de nueva elección. Con la amplia reducción en la mortalidad del ticagrelor y su posibilidad de revertir su acción más rápido que con el prasugrel, los clínicos rápidamente instauraron el ticagrelor como el fármaco de elección en pacientes con SCA.

En este contexto, hay que interpretar el estudio ISAR-REACT de Schüpke et al., en el que comparan el tratamiento con prasugrel en síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST) frente a ticagrelor, puntualizando que no puede generalizarse el uso de este último para todo tipo de pacientes y tratamientos.

En este trabajo, prasugrel fue superior en la reducción de muerte, infarto agudo de miocardio o ictus al año de tratamiento, sin diferencias significativas en la incidencia de sangrado mayor. Estas diferencias eran concordantes en los análisis por subgrupos.

Además, con el seguimiento de los pacientes tras el alta se vio que aquellos que tomaban ticagrelor abandonaban más el tratamiento por disnea, que es el efecto secundario más frecuente.

Sin embargo, se eliminó de la pauta de prasugrel a los pacientes con antecedentes de eventos cerebrovasculares para los que sí que se debería seguir indicando el ticagrelor, al igual que en aquellos en los que no se vaya a realizar una coronariografía primaria, sino que se vaya a hacer un tratamiento conservador.

Aunque por lo que vemos queda aún por investigar, se debe tener en cuenta que, a pesar de los primeros datos, prasugrel es el antiagregante de elección en determinados pacientes. Es preciso tener en cuenta todas las variantes antes de elegir un fármaco de forma generalizada.