



6045-603. ¿CUÁL ES EL ROL DE LA RANOLAZINA EN LA ISQUEMIA RECURRENTE DESPUÉS DE UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO?

Susana del Prado Díaz¹, Inés Ponz de Antonio¹, Marianela Sánchez Martínez², Almudena Castro Conde¹, Regina Dalmau González-Gallarza¹, Manuel José Fernández Anguita³, Fernando de Torres Alba¹ y José Luis López Sendón¹ del ¹Hospital Universitario La Paz, Madrid, ²Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia y ³Complejo Hospitalario Universitario, Albacete.

Resumen

Objetivos: En las Guías de 2013 de la ESC sobre el manejo de la enfermedad coronaria estable, la ranolazina es un tratamiento de segunda línea indicado cuando los B-bloqueantes (?B) o calcio antagonistas (CA) son insuficientes o están contraindicados en pacientes sintomáticos. Se revisaron sus indicaciones y efectos en pacientes con isquemia recurrente en un Programa de Rehabilitación Cardíaca (PRC).

Métodos: Se incluyeron todos los pacientes remitidos a un PRC de 8 semanas entre mayo 2009 y agosto 2013 que tras un SCA presentaban angina y en los que se inició tratamiento con ranolazina. Se evaluó la isquemia recurrente mediante un test de detección de isquemia antes y después del PRC.

Resultados: Se incluyeron 55 pacientes. 42 (76,4%) eran varones. La edad media fue de 60 ± 9 años. 29 (52,7%) habían sido completamente revascularizados. 45 (82,7%) recibían ?B y solo 10 (18,2%) CA. La figura 1 muestra el tratamiento farmacológico al final del programa. 10 pacientes sintomáticos para angina (18%) presentaron contraindicación o intolerancia, 5 (11%) hipotensión arterial y 26 (47,3%) bradicardia que impedía iniciar o aumentar dosis de ?B o CA. 14 (25,5%) presentaron angina persistente a pesar de dosis óptima. 19 (34,5%) estaban tratados con, al menos, 2 fármacos antiisquémicos. La dosis de ranolazina fue 375 en 25 pacientes (45,5%), 500 en 21 (38,2%) y 750 mg en 9 (16,4%). 9 pacientes (16,4%) realizaron un test de detección de isquemia clínicamente positivo antes del PRC frente a 2 (3,6%) después del programa, en 6 (10,9%) fue eléctricamente positivo inicialmente frente a 2 (3,6%) al final del PRC y 3 (5,4%) realizaron una ergometría clínica y eléctricamente positiva al inicio frente a 2 (3,6%) al final. En el 100% mejoró el tiempo libre de isquemia. 15 (27,3%) presentó un nuevo SCA al año.



Tratamiento farmacológico. Tratamiento médico. DA: doble antiagregación; IECA: inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina; ARAII: antagonistas de los receptores de Angiotensina; CA: calcioantagonistas.

Número de fármacos antiisquémicos	% de pacientes

0	9,1
1	56,4
2	25,5
3	7,3
4	1,8

Conclusiones: La principal indicación de ranolazina tras un SCA en la angina recurrente tras un SCA es la imposibilidad de iniciar ?B o CA por bradicardia. Los pacientes que iniciaron tratamiento con ranolazina, asociado al PRC, mejoraron los síntomas de isquemia con el ejercicio.