Rev Esp Cardiol. 2016:69 Supl 1: 720

Revista Española de Cardiología

6011-153. INFLUENCIA DE LA FUNCIÓN RENAL EN EL USO DE LA TERAPIA ANTIAGREGANTE EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Antonio Tello Montoliu[1], María Asunción Esteve-Pastor[1], Mariano Valdés Chávarri[1], Álvaro Vicedo[2], Teresa Lozano[2], Miriam Sandín[3], Juan Miguel Ruiz Nodar[2] y Francisco Marín Ortuño[1] del [1]Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar (Murcia), [2]Hospital General Universitario de Alicante y [3]Hospital General Universitario de Elche (Alicante).

Resumen

Introducción y objetivos: Los pacientes que presentan un síndrome coronario agudo (SCA) y algún grado de insuficiencia renal crónica (IRC) tienen una mayor tasa de mortalidad y hemorragias, recibiendo en menor medida terapias recomendadas. Los nuevos antiagregantes orales (NAO: prasugrel y ticagrelor) han demostrado un perfil de eficacia mejor en pacientes tanto con función renal normal como IRC. Pero el clopidogrel continua como principal antiagregante. El objetivo es describir las diferencias en el manejo entre pacientes con IRC y función renal conservada, en particular en el uso de NAOs.

Métodos: Presentamos los resultados de un registro multicéntrico donde se incluyeron pacientes con SCA de 3 hospitales terciarios. La función renal fue calculada mediante la fórmula de Cockroft-Gault, dividiendo la población a estudio en 2 grupos, en IRC (eGFR 60 mL/min) o función renal conservada (eGFR ? 60 mL/min). Se realizó un seguimiento a 3 meses, recogiendo los eventos isquémicos (muerte, infarto de miocardio e ictus) y los hemorrágicos (sangrado mayor y menor TIMI).

Resultados: Desde enero de 2014 hasta diciembre de 2015, 1718 pacientes con SCA (sin elevación del ST 66,6%, con elevación del ST 33,3%) fueron incluidos en el registro. De todos ellos, 436 (25,3%) tenían algún grado de disfunción renal. Los pacientes con IRC eran mayores (75,2 ± 11,1 frente a 63,2 ± 12,0 años) y presentaban una prevalencia más alta de factores de riesgo cardiovascular, principalmente hipertensión (87,2 frente a 60,9%, p 0,001) y diabetes (51,4 frente a 33,4%, p 0,001). Los pacientes con IRC presentaron mayor riesgo GRACE (167,7 ± 45,6 frente a 130,3 ± 38,2; p 0,001), y mayor extensión de la enfermedad coronaria (vasos afectados; 2,1 ± 1,1 frente a 1,8 ± 1,1; p = 0,001). Pero recibieron en menor medida cualquier tipo de revascularización (60,9 frente a 78,7%; p 0,001). Los NAO fueron prescritos en menor medida en pacientes con IRC (17,2 frente a 42,0%; p 0,001). A los 3 meses de seguimiento, se observó un tasa de eventos isquémicos mayor en pacientes con IRC (11,5 frente a 7,1%; p = 0,007), pero la tasa de eventos hemorrágicos fue similar (5,6 frente a 4,2%; p = 0,348).

Conclusiones: A pesar del mayor perfil de riesgo presentado por los pacientes con IRC este grupo fue revascularizado en menor medida. Aunque presentaron mayor incidencia de eventos isquémicos, no fue así en cuanto a eventos hemorrágicos. Sin embargo, el uso de NAOs fue menor que en pacientes con función renal conservada.