



4019-2. VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE RIESGO CRUSADE EN LA PREDICCIÓN DEL SANGRADO MAYOR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y SÍNDROME CORONARIO AGUDO

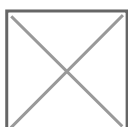
Marianela Sánchez Martínez¹, Pedro Flores-Blanco¹, Ángel López-Cuenca², María J. Sánchez-Galián¹, Francisco Cambrón-Sánchez³, Esther Guerrero-Pérez¹, Mariano Valdés-Chávarri¹ y Sergio Manzano-Fernández¹ del ¹Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar (Murcia), ²Hospital de la Vega Lorenzo Guirao, Cieza (Murcia) y ³Hospital Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia.

Resumen

Introducción y objetivos: La enfermedad renal crónica (ERC) se ha asociado con un aumento significativo del riesgo de hemorragia en pacientes con síndrome coronario agudo (SCA). La escala de riesgo CRUSADE fue desarrollada inicialmente en pacientes con infarto sin elevación del ST para predecir el sangrado intrahospitalario. Sin embargo, la escala CRUSADE no ha sido validada específicamente en pacientes con ERC. Nuestro objetivo fue evaluar la capacidad predictiva de la escala de riesgo CRUSADE en pacientes con SCA y ERC.

Métodos: Desde enero de 2012 hasta agosto de 2014, se incluyeron prospectivamente pacientes consecutivos con SCA. El sangrado intrahospitalario fue definido según los criterios CRUSADE y BARC. La ERC se definió como una tasa estimada de filtración glomerular de menos de 60 ml/min o presencia de daño renal (albuminuria/proteinuria) durante ≥ 3 meses. La capacidad predictiva de la escala CRUSADE fue establecida mediante el cálculo del área bajo la curva ROC.

Resultados: Se incluyeron 1.234 pacientes con un diagnóstico final establecido de SCA (edad 68 ± 13 años), de los cuales 380 (31%) eran pacientes con ERC (tabla). El valor medio de la puntuación de riesgo CRUSADE fue de 31 ± 16 puntos. Los pacientes con ERC tuvieron mayor puntuación CRUSADE (24 ± 13 frente a 45 ± 12 , $p < 0,001$) y una tendencia hacia una mayor tasa de hemorragia mayor (HM) intrahospitalaria (1,3% frente a 2,4%, $p = 0,16$). Un total de 26 (2,1%) pacientes tuvieron HM según criterios CRUSADE y 29 (2,4%) según la definición BARC. Independientemente de la definición de HM, la capacidad predictiva de la escala de riesgo CRUSADE en pacientes con ERC fue menor que en los pacientes sin IRC: (IC95% 0,54-0,64) 0,59 frente a 0,71 (IC95%: 0,68 a 0,74), $p = 0,035$ para sangrado CRUSADE y 0,58 (IC95% 0,53 hasta 0,64) frente a 0,70 (IC95% 0,67-0,74), $p = 0,028$ para el sangrado BARC) (fig.).



Tasas de sangrado mayor intrahospitalario a través de las categorías de riesgo CRUSADE y en función de la presencia de insuficiencia renal crónica.

Características basales en función de la presencia de insuficiencia renal crónica			
	Enfermedad renal crónica		
Variables	No (n = 854)	Sí (n = 38)	p
Edad (años)	64 ± 13	75 ± 10	< 0,001
Género (masculino)	673 (79)	250 (66)	< 0,001
Diabetes mellitus	361 (42)	219 (58)	< 0,001
Hipertensión	578 (68)	343 (90)	< 0,001
Hiperlipemia	629 (74)	301 (79)	0,036
Tabaquismo	312 (37)	57 (15)	< 0,001
Intervencionismo coronario percutáneo previo	220 (26)	143 (38)	< 0,001
Cirugía de revascularización coronaria previa	29 (3)	28 (7)	0,002
Tasa de filtración glomerular estimada	85 ± 14	43 ± 12	< 0,001
Hemoglobina	14,2 ± 1,8	12,9 ± 1,9	< 0,001
Fracción de eyección del ventrículo izquierdo	55 ± 12	53 ± 14	0,032
Intervención coronaria percutánea	616 (72)	212 (56)	< 0,001
Stent farmacoactivo	492 (58)	158 (42)	< 0,001
Cirugía de revascularización coronaria	41 (5)	19 (5)	0,884
Inhibidores de la glucoproteína IIb/IIIa	141 (17)	28 (7)	< 0,001
Clopidogrel	589 (69)	285 (75)	0,045

Prasugrel	145 (17)	23 (6)	< 0,001
Ticagrelor	77 (9)	27 (7)	0,382

Conclusiones: La escala de riesgo CRUSADE muestra un rendimiento inferior en la predicción del sangrado mayor intrahospitalario en los pacientes con ERC en comparación con aquellos sin ERC. Se necesitan más estudios para confirmar estos hallazgos y para explorar escalas de riesgo alternativas que predigan con mayor precisión el sangrado mayor intrahospitalario en pacientes con ERC.