



5036-8. TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO ASOCIADO A INSUFICIENCIA RENAL. DATOS DEL MUNDO REAL

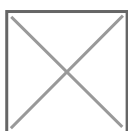
Álvaro Izquierdo Bajo, Manuel Almendro Delia, Tania Seoane-García, Luis Madrona Jiménez, Manuel García del Río, María José Cristo Ropero, Manuel Iglesias Blanco, Juan Carlos García Rubira y Rafael J. Hidalgo Urbano, del Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Resumen

Introducción y objetivos: El tratamiento antiagregante plaquetario óptimo del SCA en pacientes con insuficiencia renal (IR) es controvertido. Objetivo: determinar la implicación pronóstica de nuevos antiagregantes plaquetarios (NAA, ticagrelor y prasugrel) frente al clopidogrel en sujetos con SCA e IR del «mundo real».

Métodos: Registro observacional prospectivo de SCA (2011-17). Análisis de Cox multivariante para mortalidad y riesgos competitivos para sangrados totales (TIMI) a 30 días, incluyendo la interacción NAA/IR (ClCr 60 ml/min). Análisis de sensibilidad (puntuaciones de propensión).

Resultados: De 1.492 pacientes (63 ± 12 años, 65% SCACEST, 43% GRACE > 140 , 98,5% tratamiento invasivo, 49,6% NAA), 327 pacientes (22%) presentaban IR, mostrando peor perfil de riesgo, menor tratamiento invasivo y uso de NAA (75 ± 10 años, 49% SCACEST, 85% GRACE > 140 , 95% tratamiento invasivo, 27,6% NAA- ticagrelor 77,5%). Tras un ajuste estadístico exhaustivo, la IR fue un predictor independiente de mortalidad (HRa = 1,75, IC95% 1,10-2,81; $p = 0,019$) y sangrado (SubHRa = 1,51 IC95% 1,03-2,20; $p = 0,032$). El uso de NAA se asoció a una reducción de la mortalidad (HRa = 0,40 IC95% 0,22-0,74; $p = 0,003$) sin incremento significativo del sangrado (SubHRa = 1,33 IC95% 0,63-2,80; $p = 0,450$), no encontrándose interacción en función de IR (pinteracción = 0,198 y 0,757). El beneficio clínico neto asociado a NAA siguió evidenciándose en una muestra ($n = 610$) emparejada por puntuaciones de propensión para recibir NAA (mortalidad: HRa = 0,49 IC95% 0,25-0,97; $p = 0,043$. Sangrado: SubHRa = 2,11 IC95% 0,79-5,73; $p = 0,134$), sin existir nuevamente interacción en función de IR (pinteracción = 0,230 y 0,755).



Mortalidad por cualquier causa (ajustada).

Características basales

NoIR total	NoIR clopidogrel	NoIR NAA	IR total	IR clopidogrel	IR NAA
------------	------------------	----------	----------	----------------	--------

Edad	60 +11	63+11	58+10	75+10	75+9	72+10
Sexo (mujer)	247 (11%)	138 (26,6%)	109 (16,7%)	134 (41,6%)	103 (44%)	31 (35%)
Diabetes	362 (31%)	176 (34%)	186 (28,6%)	161 (50%)	117 (50%)	44 (49%)
HTA	635 (54%)	312 (60%)	323 (49,6%)	248 (77%)	181 (77%)	67 (77%)
IC	113 (10%)	29 (5,6%)	84 (13%)	34 (10,6%)	23 (10%)	11 (12%)
Sangrado mayor	11 (1%)	10 (2%)	1 (0,2%)	10 (3%)	9 (4%)	1 (1%)
STEMI	766 (65%)	251 (48%)	515 (79%)	159 (49%)	102 (44%)	57 (64%)
ICP primaria	643 (85%)	187 (75%)	456 (90%)	135 (86%)	84 (83%)	51 (91%)
GRACE	133	138	132	176	180	169
CRUSADE	19	23	17	50	52	46

NoIR: sin insuficiencia renal; IR: insuficiencia renal; NAA: nuevo antiagregante; IC: insuficiencia cardiaca.

Conclusiones: La incidencia de IR en SCA no es despreciable, condicionando mayor tasa de mortalidad y sangrado. Existe una infrautilización de NAA en pacientes con SCA e IR, a pesar de condicionar un beneficio clínico neto frente al clopidogrel.