



4017-3. IMPACTO DE GRADOS CRECIENTES DE INSUFICIENCIA RENAL EN LOS RESULTADOS DE LA CIRUGÍA CORONARIA: LA VENTAJA DE LA CIRUGÍA SIN BOMBA

Rafael García Fuster, Federico Paredes, Elio Martín, Sergio Cánovas, Óscar Gil, Fernando Hornero y Juan Martínez León del Consorcio Hospital General Universitario, Valencia.

Resumen

Objetivos: Grados crecientes de insuficiencia renal se asocian a mayor morbilidad y mortalidad tras la cirugía coronaria. Este riesgo progresivo no ha sido bien estudiado en la cirugía sin CEC. Analizamos su impacto en la cirugía con y sin CEC.

Métodos: 1769 pacientes intervenidos de derivación coronaria primaria entre junio-1995 y junio-2011 disponían de datos completos sobre índice de filtrado glomerular (IFG) y estadiaje de insuficiencia renal crónica. 930 se encontraban en un estadio 2 de insuficiencia renal, 330 en un estadio 3, 27 en uno 4 y 465 tenían una función renal normal (estadio 1). 17 pacientes en estadio 5 o terminal fueron excluidos. La revascularización sin CEC se empleó selectivamente en 350 pacientes de alto riesgo, el resto fueron intervenidos con CEC. Las características preoperatorias y los resultados postquirúrgicos fueron comparados entre los diferentes grupos.

Resultados: Los pacientes en estadios 3-4 tenían una mayor edad ($p < 0,0001$), con mayor prevalencia de diabetes (36,8%, 35,0%, 39,7% y 74,1%, $p < 0,01$, en los grupos respectivos 1-4), arteriopatía periférica (6,0%, 9,0%, 15,8% y 29,6%, $p < 0,0001$) y una menor FE (correlación entre IFG-FE: Pearson: -0,12, $p < 0,0001$). Los grupos intervenidos con CEC tenían una mayor y creciente mortalidad hospitalaria (1,0%, 1,2%, 3,5% y 15,4%, $p < 0,0001$), pero no se encontraron diferencias en el grupo sin CEC (5,5%, 4,8%, 5,4% y 7,1%, $p = 0,97$). El IFG fue predictor de mortalidad en el grupo con CEC (OR: 0,96, IC95%: 0,94-0,98; $p < 0,01$). Los grupos 1-3 intervenidos con CEC presentaron también una mayor mortalidad tardía (20,6%, 33,1%, 36,8% y 45,5%, $p < 0,0001$; versus grupos sin CEC: 11,6%, 21,7%, 25,7% y 53,8%, $p < 0,01$). Una tendencia similar fue observada en la morbilidad acontecida en pacientes con y sin CEC: bajo gasto cardiaco ($p < 0,01$), neumonía ($p < 0,01$) y ACV ($p < 0,05$).

Conclusiones: Los pacientes con un IFG reducido (estadios 3-4) sometidos a derivación coronaria con CEC presentaron un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad, no sólo temprana sino tardía. Por el contrario, no se encontraron diferencias significativas en mortalidad hospitalaria entre los diferentes grupos de IFG en los pacientes intervenidos sin CEC.