



6000-146. ESTRATIFICACIÓN PRONÓSTICA A CORTO Y LARGO PLAZO DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO SOMETIDO A ANGIOPLASTIA PRIMARIA EN BASE A LA TASA DE FILTRADO GLOMERULAR

Sergio Raposeiras Roubin, Ana Belén Cid Álvarez, Melisa Santás Álvarez, Ramiro Trillo Nouche, Diego López Otero, Raimundo Ocaranza Sánchez, Pablo Souto Castro y José Ramón González-Juanatey del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela (A Coruña).

Resumen

Introducción: La insuficiencia renal es un marcador pronóstico establecido en el síndrome coronario agudo. En este trabajo se trata de precisar el significado pronóstico de la tasa de filtrado glomerular (TFG) en cuanto a la mortalidad y complicaciones del infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAM-CEST).

Métodos: Se incluyeron de forma consecutiva todos los pacientes con IAMCEST sometidos a angioplastia primaria (2008-2011). La mediana de seguimiento fue de 10,2 (RIQ: 3,3-24,0) meses. Se calculó la TFG (MDRD-4) y se analizó su asociación (de forma continua y por grupos) con muerte y eventos cardíacos mayores (MACE, definidos como muerte, reinfarto, angina e insuficiencia cardíaca), tanto intrahospitalarios como durante el seguimiento, ajustando por el score GRACE. También se estudió su asociación con el sangrado intrahospitalario (independientemente del score CRUSADE) y con la NIC.

Resultados: Se incluyeron 601 pacientes ($65,2 \pm 13,4$ años, 26,6% mujeres, 25,2% diabetes). El 17,4% estaban en clase Killip = 2. El acceso radial fue el predominante (84,6%), realizándose intervencionismo en el 91,9%. Durante el ingreso fallecieron 51 pacientes (8,5%) y durante el seguimiento 17 (3,1%). El 21,7% presentaron MACE durante el seguimiento. El porcentaje de NIC fue del 6,8% y el de sangrados intrahospitalarios del 4,5%. Estratificando en base a la TFG, se observa que solamente a partir de TFG 60 ml/min aumentaba la mortalidad en el seguimiento. La presencia de TFG 60 ml/min se asoció a mayor mortalidad intrahospitalaria (OR 2,49, IC95% 1,10-5,61, $p = 0,028$) y durante el seguimiento (HR 2,06, IC95% 1,17-3,60, $p = 0,012$) con independencia del score GRACE. Así mismo se asoció con mayor porcentaje de MACE durante el seguimiento con independencia del GRACE (HR 2,58, IC95% 1,79-3,71, $p = 0,001$). Además, una TFG 60 ml/min suponía un aumento del riesgo de sangrado intrahospitalario independientemente del score CRUSADE (OR 3,53, IC95% 1,53-8,14, $p = 0,003$), y un aumento de la incidencia de NIC (OR 6,72, IC95% 3,44-13,11, $p = 0,001$).

Conclusiones: El punto de corte de 60 ml/min al ingreso para la TFG tras un IAM-CEST tiene valor pronóstico en cuanto a mortalidad intrahospitalaria y durante el seguimiento, al igual que para complicaciones tromboticas, hemorrágicas y renales, objetivándose a partir de él un gradiente de riesgo para valores más bajos.

6000-146.tif

Mortalidad en el seguimiento en función de la TFG (MDRD-4).