



6016-181. SIGNIFICADO CLÍNICO Y PRONÓSTICO DE LA PRESENCIA DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN PACIENTE DIABÉTICOS CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

José Carlos López Clemente¹, Leticia Jaulent Huertas¹, Sandra Jaulent Huertas¹, Pedro Cano Vivar¹, Luis Asensio Payá¹, Clara Melgarejo López¹, Germán Escudero García¹, Antonio Melgarejo Moreno¹, Marta Vicente Gilabert² y José Galcerá Tomás², del ¹Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena (Murcia) y ²Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar (Murcia).

Resumen

Introducción y objetivos: Estudios previos han demostrado que los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) e infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) presentan mayores tasas de mortalidad y complicaciones. Nos propusimos valorar el impacto pronóstico de la presencia de ERCA en pacientes con diabetes tipo II e IAMCEST en nuestra serie.

Métodos: Estudio observacional y prospectivo de 7.652 pacientes con IAM ingresados de forma consecutiva en 2 hospitales de la región. Se definió ERCA por la presencia de creatinina ≥ 2 mg/dl o tasa de filtrado glomerular (TFG) $30 \text{ ml/min/1,73 m}^2$. Se realizaron modelos de regresión logística binaria y de Cox para mortalidad a corto y largo plazo (mediana 7,2 años).

Resultados: Del total de pacientes que debutaron con IAMCEST (5.755), 1.986 presentaron diabetes mellitus (DM) (34,5%), de los cuales 158 con ERCA (8%) y 1.828 sin ERCA documentada (92%). Los pacientes con DM y ERCA presentaron mayor edad (73,3 frente a 68 años, $p = 0,0001$), tasas más altas de hipertensión arterial (80,1 frente a 61,4, $p = 0,0001$) y con menor frecuencia fumadores (19,1 frente a 30%, $p = 0,003$). Los pacientes con DM tipo II y ERCA presentaron con más frecuencia antecedentes de insuficiencia cardíaca (58,6 frente a 26,2%, $p = 0,0001$) y arteriopatía periférica (30,6 frente a 10,9, $p = 0,0001$). Al ingreso los pacientes con DM tipo II y ERCA presentaron tasas más altas de insuficiencia cardíaca clase Killip $> \text{I}$ (63,7 frente a 29,6%, $p = 0,0001$) y Killip IV (10,8 frente a 4,7%, $p = 0,002$), menor elevación del segmento ST (suma total de mm del segmento ST elevado 7,2 frente a 9 mm, $p = 0,002$), y presentaron menores tasas de perfusión (53,5 frente a 74,3%, $p = 0,0001$) y de revascularización total (72,6 frente a 85,2%, $p = 0,0001$). Durante el ingreso presentaron con mayor frecuencia insuficiencia cardíaca clase Killip $> \text{I}$ (26,1 frente a 11,8%, $p = 0,0001$) y Killip IV (71,3 frente a 36,4%, $p = 0,0001$), mayores tasas de mortalidad intrahospitalaria (36,9 frente a 14,2%, $p = 0,0001$) la tasa de muerte por *shock* cardiogénico fue más frecuente (21 frente a 8,8%, $p = 0,0001$). En el seguimiento a largo plazo, presentaron también mayor mortalidad ($p = 0,0001$).

Conclusiones: En nuestra serie, la presencia de ERCA en pacientes con DM tipo II e IAMCEST se tradujo en una peor situación al ingreso, más complicaciones y menores tasas de perfusión. La presencia de ERCA en este grupo de pacientes resultó predictor de mortalidad a corto y largo plazo.