



Revista Española de Cardiología



6011-139. HIPOCALCEMIA AL INGRESO: ¿DISPONEMOS DE UN NUEVO MARCADOR PRONÓSTICO EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO?

Juan Carlos Gómez Polo¹, Carlos Ferrera Durán¹, Virginia Ruiz Pizarro¹, Carmen Rico García-Amado², Pedro Martínez Losas¹, Francisco Javier Noriega Sanz¹, Antonio Fernández Ortiz¹ y Ana Viana Tejedor¹ del ¹Hospital Clínico San Carlos, Madrid y ²Hospital Severo Ochoa, Leganés (Madrid).

Resumen

Introducción y objetivos: La hipocalcemia es frecuente en pacientes críticos, y se asocia con índices de gravedad y mortalidad elevados. La prevalencia de hipocalcemia y su implicación pronóstica en pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) es desconocida. Nuestro objetivo fue analizar el valor de los niveles totales de calcio y su valor pronóstico en el SCA.

Métodos: Analizamos retrospectivamente una cohorte de 854 pacientes ingresados consecutivamente en un hospital terciario, con diagnóstico de SCA con elevación del segmento ST (SCACEST) y sin elevación del segmento ST (SCASEST), entre enero-2013 y junio-2015. Registramos datos clínicos, analíticos y ecocardiográficos, con un seguimiento de 12 meses. Realizamos un análisis por terciles en función de valores de calcio menores a 8,5 mg/dl, de 8,5-9 mg/dl y por encima de 9 mg/dl.

Resultados: De los 854 pacientes, 649 eran varones (76%). La edad media fue de 68 (13,5) años. El 64,3% ingresaron por SCACEST y el 35,7% por SCASEST. La mortalidad hospitalaria fue del 6,6%. El calcio medio al ingreso fue de 8,7 (5,1-10,7). Los pacientes del tercil inferior (calcio 8,5) no presentaban diferencias según su edad ($p = 0,907$), ni distribución de factores de riesgo cardiovascular. Tenían puntuaciones en las escalas GRACE y CRUSADE mayores ($p = 0,039$ y $p = 0,001$, respectivamente). Los pacientes del tercil inferior presentaron peor pronóstico, con peor clase de Killip ($p = 0,001$), mayor grado de insuficiencia mitral ($p = 0,015$), más incidencia de reinfartos ($p = 0,001$), nefropatía por contraste ($p = 0,001$), arritmias ventriculares sostenidas ($p = 0,003$) y mortalidad más elevada ($p = 0,001$). Los resultados se mantuvieron al realizar un análisis en función de si se trataba de un SCACEST o SCASEST. Mediante un análisis de regresión logística ajustado por edad, número de vasos enfermos y enfermedad de tronco coronario, GRACE, CRUSADE, valor pico de CK, clase Killip, fracción de eyección, SCA previo y parada cardiorrespiratoria, un nivel de calcio por debajo de 8,5 mg/dl fue un predictor independiente de mortalidad [OR 5,53 (IC95% 1,47-20,9), $p = 0,012$].

Análisis por terciles del impacto pronóstico de los niveles de calcio

Variable	Calcio 8,5 mg/dl (N = 118)	Calcio 8,5-9 mg/dl (N = 463)	Calcio > 9,5 mg/dl (N = 263)	p

Shock cardiogénico	58 (49,2%)	43 (9,3%)	8 (3%)	0,001
Revascularización exitosa	91 (81,1%)	392 (92%)	249 (93,9%)	0,001
Necesidad de ventilación mecánica	62 (52,4%)	43 (9,2%)	5 (2%)	0,001
Reinfarto	16 (13,4%)	25 (5,6%)	9 (3,7%)	0,001
Nefropatía	37 (31,1%)	55 (11,8%)	21 (8,1%)	0,001
Parada cardiorrespiratoria	41 (34,9%)	38 (8,2%)	5 (2%)	0,001
Mortalidad	32 (27,1%)	19 (4,1%)	5 (2%)	0,001

Conclusiones: La hipocalcemia al ingreso es un predictor independiente de mortalidad, principalmente por debajo de 8,5 mg/dl. La determinación de los niveles totales de calcio es una técnica sencilla y barata que permite la identificación precoz de pacientes de alto riesgo con SCA.