



6011-118. RELEVANCIA SOBRE EL PRONÓSTICO A LARGO PLAZO DEL CAMBIO DE LA FUNCIÓN RENAL DURANTE EL INGRESO EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL ST MANEJADOS CON UNA ESTRATEGIA INVASIVA

Javier Bertolín Boronat, Ildefonso Roldán Torres, Daniela Dubois Marques, Rubén Fernández Galera, Assumpció Saurí Ortiz, José Ferrando Cervelló, Jana Pérez Gozalbo y Vicente Mora Llabata de Servicio de Cardiología del Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia.

Resumen

Introducción y objetivos: En el síndrome coronario agudo (SCA), la función renal determinada al ingreso ha demostrado tener valor pronóstico. La misma puede verse afectada por múltiples factores durante la hospitalización y diferir de la del alta. La relevancia que en este contexto clínico tiene el cambio de la función renal no se ha evaluado ampliamente. Nuestro objetivo ha sido determinar si la enfermedad renal crónica al alta (ERCa) proporciona una estimación pronóstica más precisa, en pacientes ingresados con SCA sin elevación del ST (SCASEST) sometidos a coronariografía.

Métodos: De un registro clínico prospectivo seleccionamos los p con SCASEST a los que se les había realizado cateterismo, con o sin revascularización percutánea (ICP) y de los que disponíamos de los valores de creatinina sérica (Cr) al ingreso, durante la hospitalización y previos al alta. Excluimos los pacientes en diálisis y los fallecidos en el hospital. Definimos ERC como una tasa de filtrado glomerular estimada con la ecuación de CKD-EPI, 60 ml/min/1,73 m² y daño renal agudo (DRA) como el incremento relativo \geq 50% de la Cr o el absoluto \geq 0,3 mg/dl entre el valor pico de Cr y el basal. La variable de valoración final fue el combinado de muerte cardiovascular (CV) y reingreso CV (MACE). Determinamos con el método de Kaplan-Meier las probabilidades de MACE en el seguimiento estratificada por ERC. Con modelos de regresión de Cox ajustados estimamos la relación entre la ERC y la tasa de riesgo (HR) de MACE a 3 años (tabla).

Resultados: De un total de 338 pacientes, seleccionamos 248 pacientes, de edad media 66,9 (12,6) años, con un 25% de mujeres. En 67 p (27%) se diagnosticó ERC al ingreso (ERCin) y en 57 p (22,9%) al alta ($p = 0,07$). 25 p (10,1%) sufrieron DRA. Ambos grupos mostraron más probabilidad de MACE (49,3 frente a 28,2%; $\log rank p = 0,001$) para ERCin y (38,6 frente a 21,5%; $\log rank p = 0,002$), para ERCa. La ERCa se relacionó con mayor probabilidad de muerte CV (7,02 frente a 2,1%; $p = 0,036$) y para ERCin (4,5 frente a 2,8%, $p = 0,442$). Los predictores independientes de DRA fueron: edad, tabaquismo, fibrilación auricular, Cr al ingreso, anemia e ICP.

Tasas de riesgo de MACE según ERC				
Grupos de análisis	HR (IC95%)	p	HR (IC95%)*	p

ERC al ingreso	2,054 (1,325-3,185)	0,001	2,035 (1,098-3,770)	0,024
ERC al alta	2,016 (1,280-3,175)	0,002	1,932 (1,003-3,724)	0,049
ERC al alta sin DRA	2,073 (1,229-3,496)	0,006	2,056 (1,219-3,460)	0,007
ERC al alta con DRA	1,876 (1,196-2,943)	0,006	1,840 (0,953-3,552)	0,069

*Ajustadas por edad, sexo, factores de riesgo CV, antecedentes de insuficiencia cardiaca y cardiopatía isquémica, tratamiento óptimo al alta, ICP .

Conclusiones: La ERCa no proporciona una valoración más precisa que la ERCin de la tasa de riesgo de MACE a 3 años tras un SCASEST manejado con estrategia invasiva. La ERCa, sin embargo, permite estimar una mayor probabilidad de muerte CV. El DRA durante el ingreso no modifica significativamente el pronóstico.