



6002-152. FÓRMULAS DE FILTRADO GLOMERULAR CKD-EPI Y ESCALA DE GRACE COMO PREDICTORES DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL ST

María José Sánchez-Galián¹, Sergio Manzano-Fernández², Ángel López-Cuenca³, Pedro J. Flores-Blanco¹, José M. Andreu-Cayuelas¹, Rubén Rodríguez-Rubio¹, F. Marín¹ y Mariano Valdés-Chávarri¹ del ¹Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar (Murcia), ²Universidad de Murcia y ³Hospital de la Vega Lorenzo Guirao.

Resumen

Objetivos: Se ha sugerido que las ecuaciones CKD-EPI estiman de una forma más precisa el filtrado glomerular que la fórmula de MDRD, sin embargo su valor pronóstico añadido a la escala GRACE en pacientes con SCASEST no ha sido estudiado previamente. Por tanto, el objetivo de este estudio es evaluar si la nueva ecuación CKD-EPI mejora la estratificación de los pacientes con SCASEST y valorar si añade valor complementario a la escala de estratificación del riesgo GRACE.

Métodos y resultados: Se incluyeron 314 pacientes (66 ± 12 años, 70% varones) con SCASEST, definido como síntomas isquémicos ≥ 10 minutos de duración en las últimas 72h antes de la hospitalización o la desviación del segmento ST de ≥ 1 mm o niveles elevados de marcadores de necrosis miocárdica. Todas las muestras sanguíneas fueron obtenidas antes de la realización de la coronariografía en las primeras 24h de ingreso. La tasa de filtración glomerular fue estimada empleando las fórmulas CKD-EPI, basadas en creatinina sérica o concentraciones de cistatina C. Durante el periodo del estudio (648 días (RIQ 236 a 1.042)), 29 pacientes (9,2%) fallecieron. Los fallecidos presentaron peores parámetros de función renal ($p < 0,001$). Tras un análisis multivariable, las todas las ecuaciones CKD-EPI resultaron predictoras independiente de mortalidad (CKD-EPI_Creatinina, por ml/min/1,73 m²: HR 0,97 (IC95% 0,95-0,99), $p = 0,024$; CKD-EPI_Cistatina C, por ml/min/1,73 m²: HR 0,95 (IC95% 0,95-0,99), $p = 0,004$; CKD-EPI_Creatinina-Cistatina C, por ml/min/1,73 m²: HR 0,97 (IC95% 0,95-0,99), $p = 0,005$). Además los análisis de reclasificación mostraron que todas las ecuaciones CKD-EPI añaden información complementaria a la escala GRACE (tabla). Finalmente, la menor tasa de mortalidad se observó en los pacientes con > 60 ml/min/1,73 m² y una escala GRACE < 140 puntos, mientras que las mayores tasas de mortalidad se observaron en aquellos con < 60 ml/min/1,73 m² y una puntuación mayor de 140 en la escala GRACE (independientemente de la ecuación empleada).

	IDI	P	NRI	p	% no eventos correctamente reclasificados	% eventos correctamente reclasificados
GRACE + CKD-EPI crea	6%	0,185	14,9%	0,048	6,8%	8,1%

GRACE + CKD-EPI cis	9%	0,007	29,9%	< 0,001	16,1%	13,8%
GRACE + CKD-EPI crea-cis	9%	0,024	22,9%	0,001	10,3%	12,6%

Conclusiones: En pacientes con SCASEST, todas las ecuaciones CKD-EPI mejoran la estratificación clínica en cuanto a mortalidad y añaden información pronóstica complementaria a la escala de riesgo GRACE.