Rev Esp Cardiol. 2013;66 Supl 1: 284

Revista Española de Cardiología

4036-6. UN NUEVO Y SENCILLO ALGORITMO PARA ESTRATIFICAR EL RIESGO DE NEFROPATÍA INDUCIDA POR CONTRASTE EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

María Castiñeira Busto, Sergio Raposeiras Roubín, Emad Abu Assi, Noelia Bouzas Cruz, Andrea López López, María Cristina González Cambeiro, José María García Acuña y José Ramón González Juanatey del Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, A Coruña.

Resumen

Introducción y objetivos: Estudios previos sobre la nefropatía inducida por contraste (NIC) han identificado el volumen de contraste como un factor de riesgo. El objetivo de nuestro estudio fue definir la dosis segura de los medios de contraste basándonos en el volumen absoluto de contraste (VC), la dosis máxima permisible de contraste (DMPC) y la tasa de filtrado glomerular estimado (TFGe)

Métodos y resultados: Se recogieron de forma consecutiva un total de 940 pacientes con síndrome coronario agudo (SCA). Cincuenta y cuatro pacientes desarrollaron NIC. La DMPC se definió como 5*peso corporal/creatinina sérica. Cuando se utiliza un VC mayor que DMPC, el riesgo de NIC aumentó 19 veces (OR 9,810-39,307, p < 0,001). Para la relación VC/TFGe, se encontró que por cada aumento de una décima, el riesgo de NIC aumentó en un 4,9% (OR 1,037-1,061, p < 0,001). La capacidad discriminativa del VC (estadístico C = 0,626 ± 0,038) fue significativamente inferior a la del VC/DMPC (estadístico C = 0,782 ± 0,036, p = 0,003) y VC/TFGe (estadístico C = 0,796 ± 0,033 para MDRD-4, 0,796 ± 0,034 para Cockcroft-Gault y 0,803 ± 0,033 para CKD-EPI; p < 0,001). No hubo diferencias en la capacidad discriminativa para predecir NIC entre las tres ecuaciones de la TFGe. La combinación de VC/DMPC y VC/TFGe en un único protocolo aumenta el valor predictivo positivo del *score* de riesgo Mehran (40,7% vs 8,8%) con la misma sensibilidad (90,7% vs 83,3%). Las dosis altas de VC relativo (VC/DMPC y VC/TFGe) se asociaron de forma estadísticamente significativa con una mayor mortalidad hospitalaria, reinfarto e insuficiencia cardiaca.

Conclusiones: Un protocolo secuencial basado en VC/DMPC y VC/TFGe identifica correctamente los pacientes con SCA que desarrollaron NIC, con valores predictivos similares al *score* Mehran, reduciendo la tasa de falsos positivos. Es también de utilidad para predecir el riesgo de eventos cardiacos intrahospitalarios independientemente del *score* GRACE.