



6016-224. INSUFICIENCIA RENAL AGUDA TRAS INTERVENCIONISMO CORONARIO PERCUTÁNEO AL TRONCO NO PROTEGIDO DE CORONARIA IZQUIERDA DURANTE UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Berenice Caneiro Queija, Sergio Raposeiras Roubín, Emad Abu-Assi, Rafael Jose Cobas Paz, María Blanco Vidal, Francisco E. Calvo Iglesias, Alberto Ortiz Sáez y Andrés Iñiguez Romo de Servicio de Cardiología del Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo (Pontevedra).

Resumen

Introducción y objetivos: Existe poca información sobre las complicaciones durante el intervencionismo coronario percutáneo (ICP) a nivel de tronco de coronaria izquierda (TCI) no protegido durante un IAM, y sobre todo en relación con la incidencia de insuficiencia renal aguda. El objetivo de este estudio fue analizar la tasa de insuficiencia renal aguda post-ICP, sus predictores y su impacto pronóstico en una cohorte contemporánea de pacientes con IAM sometidos a ICP no protegida a TCI.

Métodos: Se analizaron todos los pacientes que de forma consecutiva fueron sometidos a ICP al TCI en contexto de un SCA desde 2010 a 2015 en el Hospital Universitario de Vigo, excluyendo aquellos pacientes sometidos a cirugía de revascularización o ICP a TCI previamente, así como a aquellos pacientes sin información sobre cantidad de contraste o función renal posprocedimiento (en total 53 pacientes incluidos). Se analizaron los predictores de insuficiencia renal aguda mediante regresión logística así como el impacto pronóstico de la insuficiencia renal aguda mediante regresión de Cox.

Resultados: 21 pacientes (39,6%) presentaron insuficiencia renal aguda post-ICP: 5,7% en estadio AKIN 3, 5,7% en estadio AKIN 2 y 28,3% estadio AKIN 1. En la tabla se pueden ver las características clínicas en función de si desarrollaron o no insuficiencia renal aguda. Tras el análisis multivariado (ajustado por aquellas variables asociadas con $p < 0,05$ en el análisis univariado con la insuficiencia renal aguda), únicamente la arteriopatía periférica (OR 7,95, IC95% 1,56-40,87; $p = 0,013$), la clase Killip \geq II (OR 6,03, IC95% 1,31-7,67; $p = 0,021$) y la creatinina basal (OR 9,96, IC95% 1,56-63,57; $p = 0,015$) fueron predictores independientes de insuficiencia renal aguda. Tras ajustar por edad, fracción de eyección, diabetes mellitus, arteriopatía periférica y revascularización completa, la presencia de insuficiencia renal aguda fue un predictor independiente de muerte y del combinado de MACE (muerte, reinfarto, ictus e insuficiencia cardiaca: HR 6,45, IC95% 2,59-16,01; $p < 0,001$; fig.).



Eventos MACE en el seguimiento en función del desarrollo de insuficiencia renal aguda.

Características basales de los pacientes en función de si desarrollan o no insuficiencia renal aguda			
VARIABLES	Nefropatía	no nefropatía	Valor p
Edad, años	75,6 ± 9,3	67,2 ± 13,6	0,010
Hipertensión arterial, %	81,0	46,9	0,013
Diabetes, %	52,4	21,9	0,022
Arteriopatía, %	42,9	15,6	0,028
IAM previo, %	19,0	25,0	0,613
IAMCEST, %	19,0	40,6	0,088
Killip ? II, %	61,9	28,1	0,015
FEVI ? 40%, %	57,9	30,0	0,053
Hemoglobina basal, g/dL	12,8 ± 2,6	13,9 ± 1,9	0,070
Creatinina basal, mg/dL	1,5 ± 1,0	0,9 ± 0,3	0,006
BCIAO, %	15,0	10,3	0,625
Volumen de contraste, %	303,0 ± 163,1	271,7 ± 109,9	0,407

Conclusiones: La insuficiencia renal aguda post-ICP a TCI no protegido durante un IAM es una complicación frecuente (39,6%) con impacto pronóstico en cuanto a mortalidad y eventos cardiovasculares. La arteriopatía periférica, la creatinina basal y la clase Killip ? II se asocian de forma independiente con su desarrollo.