



6029-6. IMPACTO DEL METABOLISMO MINERAL EN EL PRONÓSTICO DE PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA CRÓNICA SEGÚN SU FUNCIÓN RENAL

Álvaro Aceña Navarro¹, Ana María Pello Lázaro¹, Marta López Castillo¹, Hans Paul Gaebelt Slocker¹, Juan Martínez Milla¹, Carlos Gutiérrez Landaluce², Carmen Cristóbal², M. de las Nieves Tarín Vicente³, Ana Isabel Huelmos Rodrigo⁴, María Luisa González Casaus⁵, Óscar Lorenzo González¹, Ester Cánovas Rodríguez¹, Andrea Kallmeyer Mayor¹, Joaquín J. Alonso Martín⁶ y José Tuñón Fernández¹

¹Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid. ²Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid. ³Hospital Universitario de Móstoles, Madrid. ⁴Fundación Hospital Alcorcón, Madrid. ⁵Hospital Militar Gómez Ulla, Madrid. ⁶Hospital Universitario de Getafe, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La parathormona (PTH) es un componente del metabolismo mineral (MM) que recientemente ha demostrado presentar valor pronóstico en los pacientes con cardiopatía isquémica crónica (CIC) y función renal normal. Sin embargo, la influencia de la función renal en el papel pronóstico de la PTH en los pacientes con CIC aún no se ha mostrado.

Métodos: Analizamos el valor pronóstico de distintos marcadores del MM (PTH, klotho, fosfato, calcidiol y factor de crecimiento de fibroblastos-23 [FGF-23]) en 964 pacientes con CIC y tasa de filtrado glomerular (TFG) 60 ml/min/1,73 m² (LGFR) vs pacientes con TFG < 60 ml/min/1,73 m² (HGFR) incluidos en cinco hospitales de España. El *endpoint* principal fue la combinación de muerte con eventos isquémicos (cualquier síndrome coronario agudo, accidente cerebrovascular isquémico o accidente isquémico transitorio).

Resultados: Hubo 790 pacientes con HGFR y 174 con LGFR. La mediana de seguimiento fue de 5,1 años. En pacientes con HGFR, los predictores de eventos isquémicos o muerte fueron los niveles plasmáticos de calcidiol [HR = 0,023 (0,94-0,99) p = 0,023], FGF23 [HR = 1,00 (1,00-1,003) p = 0,036], colesterol no HDL [HR = 1,01 (1,00-1,01) p = 0,026] y troponina de alta sensibilidad [HR = 5,12 (1,67-15,59) p = 0,004], junto con la edad [HR = 1,03 (1,01-1,05) p = 0,01], tratamiento con estatinas [HR = 0,36 (0,19-0,68) p = 0,002], nitratos [HR = 1,13 (1,07-2,79) p = 0,027], dihidropiridinas [HR = 1,71 (1,05-2,77) p = 0,032], verapamilo [HR = 5,71 (1,35-24,1) p = 0,018] e inhibidores de la bomba de protones [HR = 2,23 (1,36-3,68) p = 0,002]. En el subgrupo LGFR, los predictores de muerte o eventos isquémicos fueron niveles plasmáticos de PTH, [HR = 1,01 (1,00-1,01) p = 0,005], TFG [HR = 0,96 (0,94-0,99) p = 0,004], edad [HR = 1,06 (1,02-1,10) p = 0,003], raza caucásica [HR = 0,04 (0,004-0,380) p = 0,005] y tratamiento con insulina [HR = 2,6 (1,20-5,63) p = 0,015].

Conclusiones: En pacientes con CIC, la PTH es un predictor independiente de mala evolución solo en aquellos con TFG 60 ml/min/1,73 m², mientras que en los pacientes con una TFG < 60 ml/min/1,73 m², el calcidiol y el FGF-23 se convierten en los únicos componentes del MM que pueden predecir el pronóstico. Por lo tanto, la función renal influye en el poder predictivo de los distintos marcadores del MM en los pacientes con CIC.