



4026-6. EFECTO A LARGO PLAZO DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN LA APARICIÓN DE NUEVOS EVENTOS CARDIOVASCULARES EN PACIENTES INTERVENIDOS DE REVASCULARIZACIÓN CORONARIA AISLADA

José López Menéndez, Francisco Callejo Magaz, Carlos Morales Pérez y Juan Carlos Llosa Cortina del Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias).

Resumen

Introducción: La insuficiencia renal (IR) se asocia a una mayor mortalidad tras cirugía de revascularización coronaria. Su influencia en la aparición a largo plazo de eventos cardiovasculares en los pacientes intervenidos es menos conocida.

Métodos: Análisis retrospectivo de todos los pacientes con IR intervenidos de cirugía de revascularización coronaria aislada durante los años 2009 y 2010. El aclaramiento de creatinina se calculó empleando la fórmula de Cockcroft-Gault. Se realizó un seguimiento clínico a través de entrevista telefónica, analizando la aparición de eventos cardiovasculares mayores (reingreso por síndrome coronario agudo, nueva revascularización, infarto o muerte de origen cardiovascular).

Resultados: Fueron intervenidos 125 pacientes con aclaramiento de creatinina inferior a 60 ml/min, con una mortalidad precoz del 9,6% (mortalidad 2,9% en pacientes sin IR; $p < 0,0001$). Fueron dados de alta hospitalaria 113 pacientes. La duración media del seguimiento desde la intervención fue de 29,97 meses (desviación estándar 6,01 meses), contactando con el 92,9% de los pacientes. Los pacientes con IR presentaron una tasa de eventos significativamente mayor (fig.) que los pacientes con función renal normal (22,1% frente al 10,8%; $p = 0,002$). Tuvieron una tasa significativamente mayor de nuevas revascularizaciones (9,7% frente a 3,3%; $p = 0,006$) y muerte de origen cardiovascular (8,0% frente a 2,8%; $p = 0,014$). En el análisis multivariante mediante regresión de Cox (tabla), la IR fue un factor independiente asociado con una mayor tasa de aparición de eventos (hazard ratio 1,828; $p = 0,05$). Los factores asociados con una mejor evolución de los pacientes con IR fueron el uso de arteria mamaria izquierda (hazard ratio 0,516; $p = 0,038$), la revascularización completa (hazard ratio 0,562; $p = 0,029$), el uso posoperatorio de bloqueadores beta (hazard ratio 0,525; $p = 0,012$) y la doble antiagregación mantenida durante el primer año posoperatorio (hazard ratio 0,489; $p = 0,021$).



Figura. Curvas de supervivencia (Kaplan-Meier) en función del aclaramiento de creatinina (ml/min).

Análisis univariante de factores asociados con la aparición de eventos cardiovasculares

	Hazard ratio (intervalo de confianza 95%)	Valor p
Edad	1,027 (1,000 - 1,054)	0,050
Sexo varón	0,594 (0,352 - 1,005)	0,052
Insuficiencia renal	2,155 (1,304 - 3,561)	0,003
Diabetes mellitus	1,297 (0,800 - 2,104)	0,291
Uso bloqueadores beta	0,525 (0,318 - 0,867)	0,012
Doble antiagregación	0,489 (0,266 - 898)	0,021
Uso arteria mamaria izquierda	0,516 (0,276 - 0,965)	0,038
Cirugía sin bomba extracorpórea	1,416 (0,866 - 2,314)	0,166
Revascularización completa	0,562 (0,335 - 0,943)	0,029
Variables introducidas en el modelo multivariante por regresión de Cox.		

Conclusiones: Los pacientes con IR presentan una evolución significativamente peor que aquellos con función renal conservada. En pacientes con IR, se asocian a una menor aparición de eventos el uso de arteria mamaria izquierda, la revascularización completa, el uso posoperatorio de bloqueadores beta y doble antiagregación mantenida el primer año posoperatorio.