



6011-138. ¿SE BENEFICIAN MENOS LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA DE UN TRATAMIENTO BASADO EN LA EVIDENCIA TRAS UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST?

Inmaculada Salvador Mercader, Ildefonso Roldán Torres, Carlos Núñez Piles, Marta Monteagudo Viana, Julia Seller Moya, Daniela Dubois Marques, Assumpció Saurí Ortiz y José Ferrando Cervelló del Servicio de Cardiología del Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia.

Resumen

Objetivos: La enfermedad renal crónica (ERC) se asocia con un mayor riesgo de eventos cardiovasculares (ECV) tras un síndrome coronario agudo (SCA). El tratamiento óptimo para esta población continúa siendo objeto de análisis. Nuestro objetivo es evaluar si los pacientes (p) con SCA sin elevación del ST (SCASEST) y ERC se benefician menos de una estrategia invasiva (EInva) y la asociación con ECV en el seguimiento a corto y medio plazo.

Métodos: Estudio prospectivo de cohortes en condiciones de práctica clínica habitual de p consecutivos ingresados por SCASEST. Determinamos el filtrado glomerular renal (FGR) mediante CKD-EPI (*Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration*) y lo categorizamos (FGRc) en (30, 30- 60, 60- 90 y ? 90 ml/min/1,73 m²). Consideramos ERC un FGR 60 ml/min/1,73 m². Definimos como EInva la intención de intervención coronaria percutánea o cirugía de revascularización en el ingreso. Valoramos la incidencia a un 1 mes y 1 año de muerte CV, nuevo infarto de miocardio u otro reingreso CV (MACE). La asociación entre FGR y la tasa de incidencia de MACE la estudiamos mediante modelo de regresión de riesgos proporcionales de Cox.

Resultados: 342p. (28% mujeres) Aquellos con ERC fueron de mayor edad, tuvieron más comorbilidad y se beneficiaron menos de una EInva; *odds ratio* (OR):0,375 [IC95%: 0,221-0,634]; p = 0,0002. Sin embargo, entre los p con GRACE > 140, la diferencia no fue significativa; OR: 0,446 [IC95%: 0,171-1,160], p = 0,098. Un FGRc bajo se asoció con mayores tasas de MACE a un año incluso tras ajuste por edad, sexo, factores de riesgo CV, infarto previo, revascularización, insuficiencia cardíaca, tratamiento e intención de EInva (FGRc 30 vs ? 90 ml/min/1,73 m²); *hazard ratio* [HR]: 3,681 [IC95%: 1,807 a 7,502], p = 0,003 a 1 mes y [HR]: 5,424 [IC95%: 2,147 a 13,707], p = 0,004 a 1 año.

Conclusiones: Los pacientes que ingresan por SCASEST con disfunción renal presentan mayor número de factores de riesgo cardiovascular pero tienen menos probabilidad de beneficiarse de una estrategia invasiva. Observamos una fuerte relación entre el grado de ERC y un mayor riesgo de MACE a corto y medio plazo.