



7002-10. EL IMPACTO PRONÓSTICO A LARGO PLAZO DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL ST ES INDEPENDIENTE DE LA ESTRATEGIA TERAPÉUTICA

Elena Romero Dorta, Ildfonso Roldán Torres, Daniela Dubois Marques, Rubén Fernández Galera, Assumpció Saurí Ortiz, Carmen Pérez-Olivares Delgado, Inmaculada Salvador Mercader y Vicente Mora Llabata del Servicio de Cardiología del Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia.

Resumen

Introducción y objetivos: La enfermedad renal crónica (ERC) se asocia a un mayor riesgo de eventos adversos cardiovasculares (CV) tras un síndrome coronario agudo (SCA). Estudios recientes lo atribuye a que estos pacientes reciben con menos frecuencia los tratamientos recomendados en las guías. Sin embargo, también es probable que sea la propia ERC la que contribuya directamente al resultado desfavorable. Nuestro objetivo ha sido evaluar el impacto pronóstico a largo plazo de la ERC en pacientes ingresados con SCA sin elevación del ST (SCASEST) y que son manejados con estrategia invasiva.

Métodos: De un registro prospectivo de pacientes con SCASEST, seleccionamos aquellos a los que se les había realizado coronariografía, con o sin revascularización percutánea, y se disponía del valor de creatinina sérica (Cr) al ingreso. Excluimos los p en diálisis y los fallecidos en el hospital. Definimos ERC como una tasa de filtrado glomerular estimada con la ecuación de CKD-EPI 60 ml/min/1,73 m². Según protocolo se realizó protección de nefropatía inducida por contraste. Consideramos terapia médica óptima (TMO) al alta: estatinas, IECA/ARA-II, beta-bloqueantes y antiagregantes. La variable de valoración final fue el combinado de muerte CV y reingreso CV (MACE). Estimamos con Kaplan-Meier la probabilidad acumulada de MACE estratificada por ERC. Con modelos de regresión de Cox ajustados determinamos la relación entre la ERC y la tasa de riesgo (HR) de MACE a 3 años.

Resultados: Incluimos 248 pacientes con edad media 66,9 (12,6) años, 25% mujeres. En 67 pacientes (27%) diagnosticamos ERC. Estos fueron mayores (74,9 frente a 63,9 años; p 0,0001) con más antecedentes de hipertensión (89,6 frente a 66,3%; p 0,0001), diabetes (53,7 frente a 35,9%; p = 0,011), insuficiencia cardíaca (13,4 frente a 3,9%; p = 0,006) y anemia (47,8 frente a 16%; p 0,0001) y menos tabaquismo (17,9 frente a 45,3%; p 0,0001). No hubo diferencias en el número ni tipo de *stents* implantados ni en la proporción de TMO al alta. Los p con ERC mostraron más probabilidad (49,3 frente a 28,2%; *log rank* p = 0,001) y tasa de riesgo de MACE en el seguimiento, HR: 2,035 (IC95%): 1,098-3,770; p = 0,024 (fig.). Además, el análisis multivariable identificó la Cr como predictor independiente de eventos CV (HR: 2,413 (IC95%): 1,586-3,672; p 0,0001).



Tasas de riesgo ajustadas de MACE y ERC al ingreso.

Conclusiones: En pacientes con SCASEST la ERC se asocia significativamente y con independencia de la estrategia terapéutica a un mayor riesgo de MACE 3 años después del alta hospitalaria.