Rev Esp Cardiol. 2024;77 (Supl 1): 1001

Revista Española de Cardiología

# 6048-309. EL IMPACTO DE LA ENFERMEDAD RENAL EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON Y SIN LESIONES OBSTRUCTIVAS

Nuria Gil Mancebo, Bárbara Izquierdo Coronel, María Jesús Espinosa Pascual, Paula Rodríguez Montes, María Martín Muñoz, María Álvarez Bello, Cristina Perela Álvarez, Daniel Nieto Ibáñez, Miguel de la Serna Real de Asúa, Silvia Humanes Ybáñez, Alfonso Fraile Sanz, Rebeca Mata Caballero, Renée Olsen Rodríguez, Paula Awamleh García y Joaquín J. Alonso Martín

Cardiología. Hospital Universitario de Getafe, Getafe (Madrid), España.

## Resumen

**Introducción y objetivos:** La enfermedad renal (ER) en pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM) se asocia con enfermedad más avanzada y un peor pronóstico. El objetivo de este estudio es analizar su impacto en pacientes con IAM sin lesiones obstructivas (MINOCA) y con lesiones obstructivas (MICAD).

**Métodos:** Estudio observacional y prospectivo en el cual se incluyen todos los pacientes con IAM sometidos a coronariografía en nuestro hospital entre 2016-2023. Los pacientes con MINOCA fueron clasificados según la definición de las guías ESC 2024. Se dividieron dos grupos de pacientes basándonos en función renal (punto de corte creatinina 1,5 mg/dL).

**Resultados:** De los 1.046 pacientes analizados, un 12% presentaba ER (tabla). Los pacientes con ER eran más mayores y predominantemente varones, con mayor prevalencia de hipertensión arterial, diabetes o dislipemia, a excepción del tabaquismo, que era más común en pacientes sin ER y diagnóstico de MICAD. Los pacientes con ER presentaban niveles más elevados de troponina Ths, mientras que la CK era mayor aquellos con función renal conservada, sobre todo en MICAD, donde era más común debutar como SCACEST, aunque la mayoría de los pacientes mantenía función ventricular normal. La aparición de complicaciones durante la hospitalización estaba influenciada por la presencia de ER y en pacientes con MICAD, siendo más frecuente la necesidad de inotrópicos (19,6 vs 6,3%, p 0,01) o *shock* cardiogénico (20,4 vs 4,4%, p 0,01) en estos casos; la incidencia de complicaciones en MINOCA es ínfima. Con una mediana de seguimiento de 43 meses [20-71], los pacientes con ER mostraron una tendencia a presentar más eventos a largo plazo (figura), particularmente en el grupo con MICAD; en el caso de los MINOCA se observó una mayor incidencia de ictus en ambos grupos de forma significativa (ER 16,7 vs 2,3, p = 0,07; no ER 6 vs 2,4%, p = 0,03).

Características basales, durante la hospitalización y al alta de los pacientes con ER y sin ER

| | **ER (N = 125)** | **NO ER (N = 921)** |
|---|---|---|

| | MINOCA (N = 13) | MICAD (N = 112) | p | MINOCA (N = 123) | MICAD (N = 798) | p |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Edad (años), mediana [RIC]** | 70,40 [57,40-78,65] | 77,15 [65,90-84,60] | **0,05** | 63,90 [51,8-73,2] | 67,65 [56,5-76,5] | **0,01** |
| **Mujer, n (%)** | 5 (38,5) | 25 (22,5) | 0,3 | 60 (48,8) | 212 (26,7) | **0,01** |
| **Tabaquismo, n (%)** | 4 (30,8) | 65 (68,4) | **0,01** | 64 (56,6) | 489 (68,8) | **0,01** |
| **Diabetes, n (%)** | 4 (30,8) | 66 (59,5) | **0,05** | 26 (21) | 239 (30) | **0,04** |
| **Enfermedad psiquiátrica, n (%)** | 1 (7,7) | 12 (10,9) | 1 | 27 (22) | 101 (13) | **0,01** |
| **Infarto de miocardio previo, n (%)** | 2 (15,4) | 33 (29,5) | 0,3 | 15 (12,2) | 135 (17) | 0,2 |
| **Angina al ingreso, n (%)** | 10 (76,9) | 82 (73,2) | 1 | 93 (75,6) | 642 (80) | 0,2 |
| **Elevación ST, n (%)** | 3 (23,1) | 42 (37,8) | 0,4 | 18 (14,6) | 336 (42,5) | **0,01** |
| **Troponina T hs pico (ng/l), mediana [RIC]** | 210 [97,30-559] | 491 [192,75-1.572,50] | 0,07 | 150 [43,25-422,5] | 829 [153-2.424] | **0,01** |
| **CK pico (U/l), mediana [RIC]** | 110,50 [84,25-942,25] | 273 [113-747] | 0,2 | 164 [92-333] | 417 [145-1.009] | **0,01** |
| **LDL (mg/dL), mediana [RIC]** | 170 [118-183] | 67 [37-77] | 0,09 | 99,50 [71,5-151,25] | 102 [67,5-129] | 0,5 |
| **NT-proBNP (pg/ml), mediana [RIC]** | 2.477,5 [2.269-2.686] | 3.255 [2.579-30.201] | 0,6 | 872 [88,25-10.764] | 1.011 [444-1.952] | 0,8 |
| **FEVI (%), media [dt]** | 61,67 [70-122] | 56,55 [47,83-65,26] | 0,6 | 63,5 [60,3-66,7] | 56,1 [53,8-58,37] | **0,01** |
| **Tratamiento con AAS al alta, n (%)** | 9 (69,2) | 91 (91) | 0,04 | 82 (66,7) | 738 (94,1) | **0,01** |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Tratamiento con IECAs al alta, n (%)** | 8 (61,5) | 48 (48) | 0,3 | 53 (43) | 484 (62) | **0,01** |
| **Tratamiento con bloqueadores beta al alta, n (%)** | 6 (46,2) | 81 (81) | **0,01** | 64 (52) | 663 (85) | **0,01** |
| **Tratamiento con diuréticos al alta, n (%)** | 5 (38,5) | 40 (37,4) | 0,9 | 12 (9,8) | 126 (16) | 0,07 |
| **Tratamiento con estatinas al alta, n (%)** | 11 (84,6) | 95 (95) | 0,2 | 97 (79) | 744 (95) | **0,01** |

ER: enfermedad renal; MINOCA: infarto agudo de miocardio sin lesiones obstructivas; MICAD: infarto agudo de miocardio con lesiones obstructivas.

*Eventos MACE a largo plazo en ER y no ER.*

**Conclusiones:** 1) Los pacientes con ER son mayores y varones, con mayor comorbilidad cardiovascular (hipertensión arterial, diabetes, dislipemia) en ambos grupos de IAM. 2) La gravedad del IAM parece mayor en ER, sobre todo en el grupo de MICAD, con mayor presencia de SCACEST y complicaciones como *shock* cardiogénico o necesidad de inotrópicos. Sin embargo, los niveles de CK son mayores en pacientes con función renal conservada. 3) Los pacientes con ER tienden a presentar más eventos durante el seguimiento, destacando la mayor incidencia de ictus en MINOCA de ambos grupos.