



Cardiocre



257/90 - PREVALENCIA Y PRONÓSTICO DE LA ENFERMEDAD RENAL OCULTA (ERO) EN LOS PACIENTE CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DE ST (SCACEST)

M.J. Cristo Ropero¹, N. García González², P. Villar Calle³, J.E. Luján Valencia⁴, M. Butrón Calderón⁵, J.C. García Rubira⁶, M. Almendro Delia⁶ y R. Hidalgo Urbano⁷

¹Médico Residente de 3^{er} año de Cardiología; ²Médico Residente de Cardiología; ³Médico Residente de 2^o año de Cardiología; ⁴Médico Residente de 4^o año de Cardiología; ⁵Médico Residente de 5^o año de Cardiología; ⁶Adjunto de Cardiología; ⁷FEA Cardiología. Hospital Universitario Virgen Macarena Sevilla.

Resumen

Introducción y objetivos: Estudios previos muestran que la prevalencia de enfermedad renal está infraestimada en los pacientes ingresados por SCACEST. Esto se debe a la alta incidencia de ERO. El objetivo del estudio es determinar la prevalencia y pronóstico de la ERO en estos pacientes.

Material y métodos: Se trata de un estudio observacional y prospectivo en el que incluimos de forma consecutiva pacientes que ingresan en nuestro centro con diagnóstico de SCACEST entre abril-15 y noviembre-16. Definimos ERO como niveles normales de creatinina en plasma al ingreso y filtrado glomerular 60% (estimado por Cockcroft-Gault). Analizaremos la prevalencia e incidencia de eventos adverso al mes.

Resultados: Incluimos 240 pacientes ($63 \pm 12,36$ años; 18.3% mujeres) encontramos 13.6% de ERO. Estos pacientes fueron significativamente mayores (75 vs 59 ± 10 DE, $p = 0,001$), más mujeres (44 vs 13,5%, $p = 0,001$), más diabéticos (39,4 vs 22%, $p = 0,033$), más hipertensos (72,7 vs 47,7%, $p = 0,008$), con más enfermedad cerebrovasculares previa (12,5 vs 3%, $p = 0,017$), más fibrilación auricular (15,2 vs 0,5%, $p = 0,001$), más cardiopatía isquémica previa (27,3 vs 12,1%, $p = 0,031$) y mayor tasa de clase IV en escala Killip al ingreso (15,2 vs 3%, $p = 0,001$). Realizamos seguimiento al mes en 89,4% de los pacientes. No encontramos diferencias en la tasa de sangrados (13,6 vs 16,4%, $p = 0,74$). En un análisis univariable encontramos que la ERO se asoció a mayor mortalidad por cualquier causa (12 vs 2,3%, $p = 0,014$). La muerte cardiovascular fue numéricamente mayor pero no estadísticamente significativo (4,2 vs 1,7%, $p = 0,4$).

Conclusiones: Encontramos que los pacientes con SCACEST y ERO tienen peor pronóstico y mayor mortalidad al mes, tratándose además de pacientes con más comorbilidades y peor situación clínica al ingreso.