



## 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 Ropero<sup>1</sup>, N. García González<sup>2</sup>, P. Villar Calle<sup>3</sup>, J.E. Luján Valencia<sup>4</sup>, M. Butrón Calderón<sup>5</sup>, J.C. García Rubira<sup>6</sup>, M. Almendro Delia<sup>6</sup> y R. Hidalgo Urbano<sup>7</sup>*

<sup>1</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Cardiología; <sup>2</sup>Médico Residente de Cardiología; <sup>3</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Cardiología; <sup>4</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Cardiología; <sup>5</sup>Médico Residente de 5<sup>o</sup> año de Cardiología; <sup>6</sup>Adjunto de Cardiología; <sup>7</sup>FEA 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 adversos 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  $59 \pm 10$  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.