

Síndrome coronario agudo con elevación del ST y enfermedad renal crónica; ¿marcador de riesgo o factor independiente?

Daniel Suárez Fernández(1), María Salgado Barquinero(1), Alberto Alén Andrés(1), Andrés Álvarez Gato(1), Manuel Sánchez Suárez(1), Diego Argüelles Vicente(2), Hugo Javier Aguado Solana(2), Francisco González Urbistondo(3), Marcel Almendarez Lacayo(1), Íñigo Lozano Martínez-Luengas(2), Pablo Avanzas Fernández(1) y Antonio Adeba García(2) de (1)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias) - España, (2)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón (Asturias) - España y (3)Servicio de Cardiología. Hospital Sierrallana, Torrelavega (Cantabria) - España

Introducción: La enfermedad renal crónica (ERC) es una comorbilidad frecuente en pacientes que ingresan por síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST). El objetivo fue analizar el impacto de la presencia de ERC en la presentación clínica, manejo y evolución de una cohorte de pacientes con SCACEST atendidos en nuestro centro terciario.

Métodos: Se incluyeron pacientes ingresados por SCACEST en el periodo periodo 2024-2025 en un hospital terciario. Se establecieron dos grupos en función de la presencia de ERC. No se consideró la albuminuria aislada para el diagnóstico de ERC. Se compararon características clínicas, manejo y evolución. Se realizó análisis multivariante y de supervivencia.

Resultados: Se incluyeron 270 pacientes; 32 (11,9%) presentaban ERC. Estos eran de mayor edad (76,8 vs 62,4 años; p<0,001), con mayor comorbilidad y peor situación clínica al ingreso (Killip III-IV: 34,4% vs 13,4%; p=0,002) (ver tabla 1). Presentaron más enfermedad coronaria multivaso y menor tasa de revascularización completa (43,8% vs 72,3%; p=0,004). La incidencia de fracaso renal agudo fue significativamente mayor (37,5% vs 9,2%; p<0,001), siendo la ERC previa el principal predictor (OR 4,86; p<0,001). La ERC se asoció a mayor estancia hospitalaria (9,4 vs 4,6 días), mayor tasa de complicaciones y mayor mortalidad (18,8% vs 5,0%; p=0,003). La ERC se presentó como factor de riesgo de mortalidad, sin embargo, tras corregir por el resto de variables presentes, no fue predictor independiente de mortalidad (HR 1,86; IC 0,62-5,58 p=0,268). Se observó una interacción significativa con el shock cardiogénico, alcanzando una mortalidad del 50% cuando coexisten.

Conclusiones: La ERC identifica pacientes con SCACEST de alto riesgo, con mayor comorbilidad, gravedad y riesgo de complicaciones. Sin embargo, su impacto pronóstico parece mediado por estos factores y no por un efecto independiente. La concurrencia de ERC y shock cardiogénico fue un factor predictor potente de mortalidad.

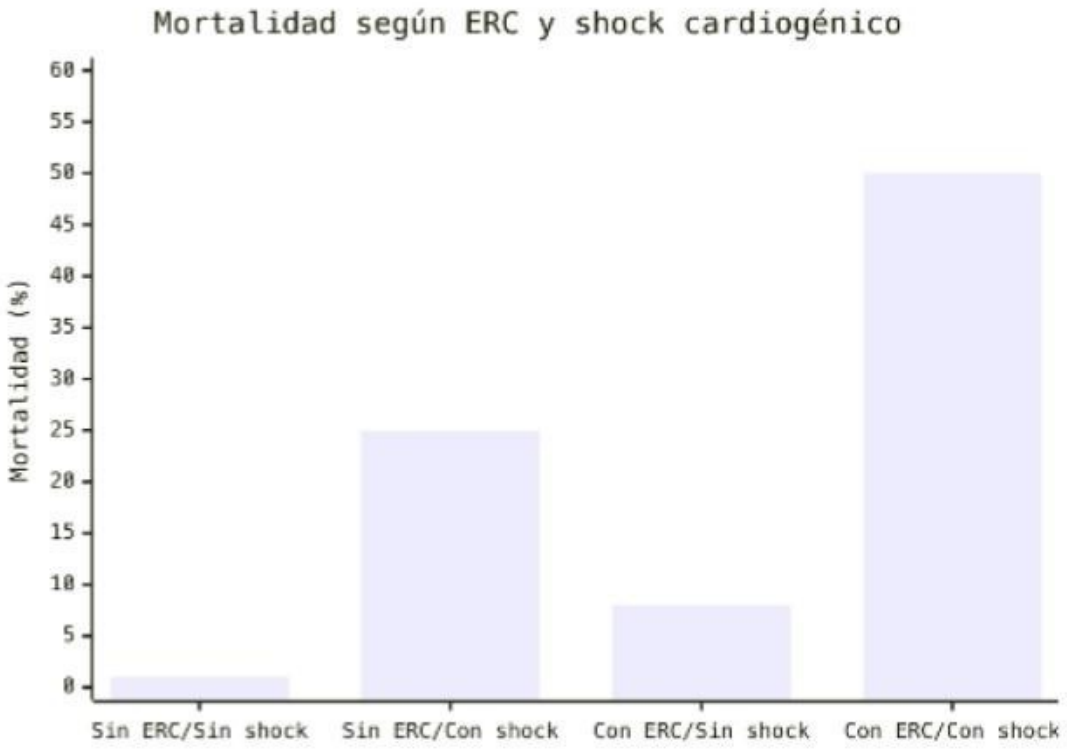


Tabla 1. Variables epidemiologicas y de resultado del estudio

Variable	Sin ERC(n= 238)	Con ERC (n=32)	Valor p
Edad, años	62,4 ± 12,2	76,8 ± 9,4	<0,001
Sexo femenino	58(24,4%)	14(43,8%)	0,018
HTA	118 (49.6%)	24 (75.0%)	0,006
Diabetes Mellitus	44 (18.5%)	14 (43.8%)	0,001
Dislipemia	100 (42.0%)	19 (59.4%)	0,062
Killip III/IV	32(13,4%)	11(34,4%)	0,002
Revascularización completa	172(72,3%)	14(43,8%)	0,004
FRA	22(9,2)	12(37,5%	0,001
Estancia UCCA (días)	2,0 ± 3,2	4,8 ± 5,6	<0,001
Estancia total (días)	4,6 ± 3,8	9,4 ± 7,2	<0,001

HTA: hipertensión arterial; FRA: fracaso renal agudo; UCCA: Unidad de Cuidados Cardiológicos Agudos