

Un índice aterogénico del plasma elevado se asocia de forma independiente a un mayor riesgo de nefropatía asociada al contraste yodado en pacientes con síndrome coronario agudo

Claudia Azcondo San Segundo(1), José Manuel Andreu Cayuelas(1), Antonio Meseguer Hernández(2), Francisco Buendía Santiago(1), Leticia Risco Eres(1), María Belén Villamarín Heredia(1), Jaime Merino Romero(1), María Isabel Baños Maturano(1), Irene González Fernández(1), Fernando Sellés López(1), Miguel Giménez Piñana(1), Concepción Urraca Espejel(1), Pablo Ramos Ruiz(1), José Manuel Cubillas Para(1) y Juan Antonio Castillo Moreno(1) de (1)Cardiología. Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena (Murcia) - España y (2)Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena (Murcia) - España

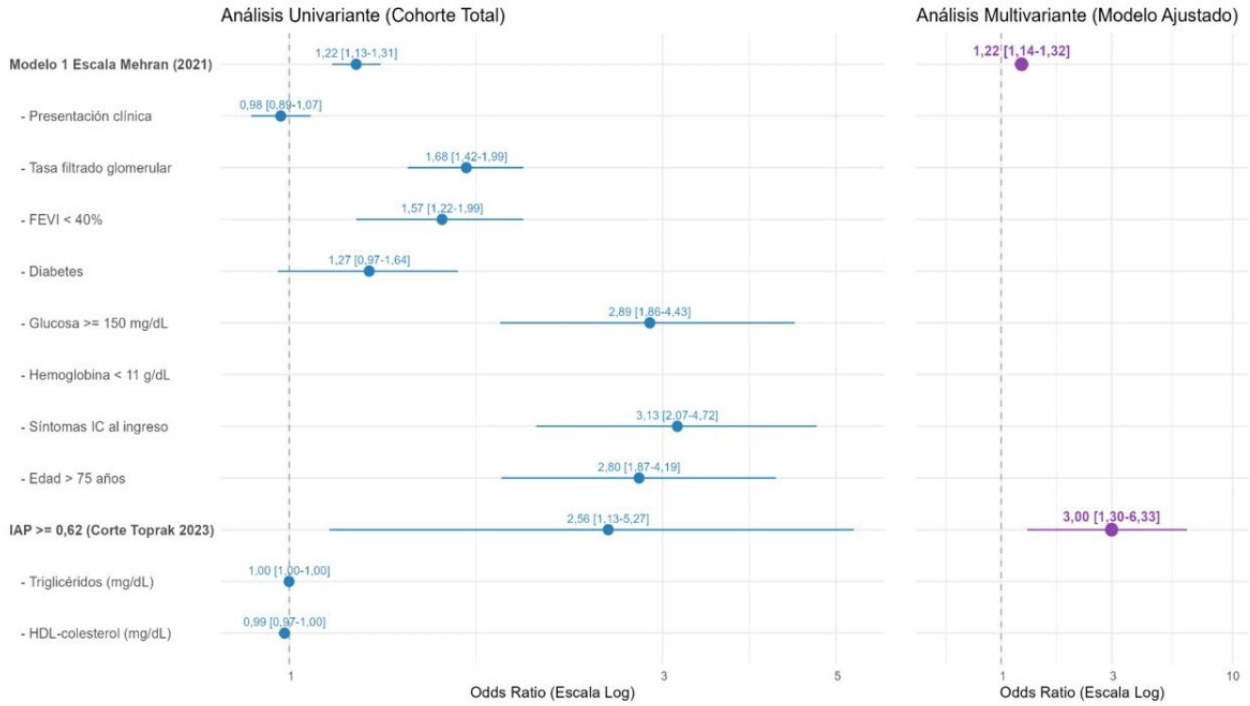
Introducción: La nefropatía asociada a contraste yodado (NAC) es una complicación frecuente post-intervención coronaria percutánea (ICP) que empeora el pronóstico en el síndrome coronario agudo (SCA). Estudios recientes han asociado niveles elevados de Índice Aterogénico del Plasma (IAP), un marcador de riesgo cardiometabólico calculado a partir de triglicéridos (TG) y colesterol HDL (C-HDL), con un mayor riesgo de NAC durante el ingreso por SCA, pero no se ha valorado si aporta valor predictivo a escalas de riesgo que se usan para predecirlo o si podría utilizarse para mejorar su capacidad de predicción.

Métodos: Estudio observacional, unicéntrico, que incluyó 1109 pacientes consecutivos con SCA del registro CartACS, sometidos a ICP con control previo y posterior de creatinina. Se calculó el IAP para cada paciente utilizando la fórmula log10 [TG(mmol/L)/C-HDL(mmol/L)] y se definió NAC como aumento de creatinina ?0,3 mg/dL a 48 h o ?50% en la primera semana post-ICP. Se analizó la asociación entre el punto de corte de IAP ? 0,62 propuesto por Toprak K en 2023 para predecir NAC mediante regresión logística binaria, evaluando su valor predictivo independiente de la escala de Mehran de 2021 (Modelo 1). Se comparó el estadístico C de la escala de Mehran original versus una modificada que incluía el IAP ? 0,62 [con puntuación redondeada = ln(ORIAP?0,62)/ln(ORMehran(por punto))] mediante el test de DeLong.

Resultados: Se incluyeron 1.109 pacientes (66,5 ± 11,9 años; 23,4% mujeres, 40,2% diabéticos, 52,7% con elevación del ST al ingreso). La mediana de contraste empleado fue 187 [RIC: 134-253] mL. La puntuación mediana en la escala de Mehran 2021 (modelo 1) fue de 8 [RIC: 5-9]. La incidencia global de NAC fue del 9,8% (109 casos). Un total de 43 pacientes (3,9%) presentaron un IAP ? 0,62 al ingreso, lo que se asoció a mayor incidencia de NAC (20,9% vs. 9,4%; p=0,026) y fue predictor independiente de mayor riesgo (OR ajustado 3,00; IC95% 1,30-6,33; Figura 1). Sin embargo, la adición de este punto de corte con 5 puntos extra no mejoró la capacidad predictiva de NAC de la escala de Mehran (C= 0,660 vs. 0,650; p=0,333).

Conclusiones: Un IAP elevado se asocia con un mayor riesgo de NAC de forma significativa e independiente a otros factores predictivos. Sin embargo, añadir este factor a la escala de riesgo de Mehran de 2021 no aumentó de forma

significativa su capacidad para predecir la NAC.



Modelo 1 de riesgo de Mehran 2021 y propuesta de modificación con IAP

Modelo 1 de riesgo de Mehran et al. 2021	**Puntuación**
Angina inestable	2
IAMSEST	4
SCACEST	8
Insuficiencia cardiaca congestiva	1
FEVI <40%	2
Edad >75 años	1
Diabetes no insulinodependiente	1
Diabetes insulinodependiente	2
Glucosa basal ≥ 150 mg/dL	1
Anemia (Hb <11 g/dL)	1
Insuficiencia renal crónica:	
TFGe: 30-59 ml/min/1,73m^2	1
TFGe: <30 ml/min/1,73m^2	4
Modificación propuesta	**Puntuación**
Índice Aterogénico del plasma ≥ 0,62	**+5**

IAMSEST, infarto agudo de miocardio sin elevación del ST. SCACEST, síndrome coronario agudo con elevación del ST. FEVI, fracción de eyección del ventrículo izquierdo. Hb, hemoglobina. TFGe, tasa de filtrado glomerular estimado.