



CONGRESO EUROPEO DE CARDIOLOGÍA

Ischemia CKD-extend

Manejo de enfermedad coronaria en pacientes con enfermedad renal avanzada, seguimiento a 5 años

“Estudio que buscó demostrar en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) avanzada y enfermedad coronaria (EC) estable con isquemia moderada o grave, si una estrategia invasiva inicial aumenta la supervivencia en estos pacientes en el seguimiento a 5 años en comparación con la estrategia conservadora”.

Introducción

Es conocido que la cardiopatía isquémica y la ERC se consideran dentro de las 10 principales causas de mortalidad en adultos a nivel mundial (1) y que resulta en un peor pronóstico la presencia de ERC en pacientes con cardiopatía isquémica preexistente. (2)

Teniendo en cuenta ensayos previos como el COURAGE, en donde se inscribió solo a 16 pacientes con enfermedad renal avanzada (3), el ensayo FAME 2 que registró sólo a 20 pacientes con un nivel de creatinina >2 mg/dL(4), y el ensayo BARI 2D en donde se excluyeron pacientes que tengan un nivel de creatinina >2 mg/dL (5), es que se considera relevante determinar la eficacia de una estrategia invasiva en sujetos con ERC avanzada.

Los sujetos con ERC presentan mayor riesgo de complicaciones durante el procedimiento de revascularización, menor durabilidad de revascularización a largo plazo y mayor riesgo de mortalidad, por ello, se diseñó el ensayo **ISCHEMIA-CKD** que incluyó 777 pacientes con el fin de demostrar la eficacia de la estrategia invasiva inicial (que consistía en angiografía coronaria y revascularización si correspondía) añadida a la terapia médica estándar, en comparación con una estrategia conservadora inicial (que consistía en terapia médica sola y angiografía reservada para aquellos en quienes la terapia médica

había fallado). Se asignaron 388 sujetos a la rama de estrategia invasiva y 389 a la rama de estrategia conservadora.

El criterio de valoración principal fue el compuesto de muerte o infarto de miocardio (IM) no fatal, y un segundo criterio fue la combinación de muerte, IM no fatal u hospitalización por angina inestable, insuficiencia cardíaca o paro cardíaco resucitado. La mediana de edad de los pacientes fue de 63 años, el 31% eran mujeres, el 57% tenía diabetes, y 53% estaban en diálisis. Sólo el 37 % presentaba una isquemia severa, y el seguimiento duró 2.2 años (Tabla 1), donde se observó una elevada tasa de eventos.

TABLA 1. CARACTERISTICAS DE LA POBLACION			
CARACTERISTICAS	ESTRATEGIA INVASIVA	ESTRATEGIA CONSERVADORA	TOTAL DE PACIENTES
EDAD MEDIA	62 (55-69)	64(56-70)	63(55-70)
SEXO MASCULINO %	0,6901	68,06%	0,6809
RAZA%			
BLANCA	0,6504	63,04%	0,6404
NEGRA	0,0808	8,00%	0,0804
MULTIPLE	0,0103	1,09%	0,0106
SEVERIDAD DE LA ISQUEMIA%			
MODERADA	0,6205	60,03%	0,6104
SEVERA	0,3604	39,02%	0,3708
FACTOR DE RIESGO %			
HIPERTENSION	0,9004	93,05%	0,92
DIABETES	0,5802	56,00%	0,5701
IM PREVIO	0,16	18,03%	0,1701
FALLA CARDIACA PREVIA	0,1608	18,00%	0,1704
INTERVENCION PREVIA %			
PCI	0,1901	18,05%	0,1808
CABG	0,0306	3,06%	0,0306
FEY VI-MEDIANA %	0,58	58,00%	0,58
DIALISIS			
ENFERMEDAD RENAL AVANZADA %	0,51	55,80%	0,534
ESTIMACION TGF %			
Menor a 15	0,1407	13,04%	0,1401
DE 15 a menos de 30	0,8503	86,06%	0,8509
NYHA %			
II	0,3508	35,07%	0,3508
III	0	1,00%	0,01
TIPO DE ESTUDIO %			
IMAGEN NUCLEAR	0,6005	63,01%	0,6108
ECOCARDIOGRAFIA	0,2004	18,08%	0,1906
RESONANCIA CARDIACA	0	0,03%	0,0001
PRUEBA DE EJERCICIO DE ESTRES	0,1901	17,08%	0,1805
TABLA 1, modificacion de la publicacion original: FEY VI (fraccion de eyecion del ventriculo izquierdo),			
TFG (tasa de filtrado glomerular), CABG (cirugia de revascularizacion miocardica derivacion bypass),			
PCI (intervencion percutanea coronaria), NYHA (new york heart association).			

El criterio de valoración principal ocurrió en 123 pacientes del grupo de estrategia invasiva y en 129 pacientes del grupo de estrategia conservadora con un cociente de riesgo de 1,01 (intervalo de confianza [IC] del 95%, 0.79-1.29) y el criterio de valoración secundario se observó en 132 y 138 pacientes respectivamente, con un cociente de riesgo de 1.01 (IC 95%, 0.79-1.29) (Tabla 2). Además, no hubo diferencias significativas en la incidencia de IM.

TABLA.2 RESULTADOS PRIMARIOS Y SECUNDARIOS		
TASA DE EVENTOS		
ACUMULADAS EN 3 AÑOS (95% IC)		
RESULTADOS	ESTRATEGIA INVASIVA	ESTRATEGIA CONSERVADORA
Muerte por cualquier causa o IM	36,04%	36,07%
Resultados secundarios de seguridad		
Muerte por cualquier causa o IM, hospitalización por angina inestable o falla cardiaca o paro cardiaco resucitado	38,05%	39,07%
Resultados de seguridad		
Muerte por todas las causas o inicios de diálisis	44,08%	42,04%
ACCIDENTE CEREBROVASCULAR		
AIT	6,04%	1,08%

TABLA 2. modificacion de la publicacion original, IM (infarto agudo del miocardio), AIT (ataque transitorio isquemico)

Llamativamente, se observó una mayor incidencia de accidente cerebrovascular y muerte por cualquier causa e inicio de diálisis en el brazo de estrategia invasiva con un cociente de riesgo del 3.25 (1.38-7.63) y 1.48 (1.04-2.11) respectivamente.

En este congreso ESC 2022 se presentaron los datos del ensayo extendido a 5 años en donde participaron 164 centros médicos pertenecientes a 37 países. (6) Una vez más, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en resultados de mortalidad por todas las causas entre estrategia conservadora o invasiva (37.4% vs 40.6%; HR 1.12 {IC 95%; 0.89-1.41}). Tabla 3

TABLA 3. RESULTADOS ISCHEMIA CKD EXTEND			
%	ESTRATEGIA INVASIVA	ESTRATEGIA CONSERVADORA	HR
MORTALIDAD TOTAL	40%	37,40%	1,12
MORTALIDAD CV	29%	27,10%	1,04

TABLA3. modificacion de la presentacion original, CV (cardiovascular), HR (hazard ratio)

Conclusiones

- Es relevante destacar que la tasa de mortalidad total y cardiovascular en pacientes con enfermedad renal avanzada y enfermedad coronaria isquémica estable fue muy alta, cercana al 40% y 30% respectivamente.
- Estos resultados hasta ahora son sólidos y deben influenciar nuestro actuar en la práctica clínica, no sólo mirar a la isquemia sino el compromiso por enfermedad renal en estos pacientes.

- En la práctica clínica debemos identificar el grado de isquemia en pacientes con enfermedad renal crónica e intentar resolverla.
- Debemos hacer más por estos pacientes, identificarlos precozmente y reducir su riesgo cardiovascular y renal, además de continuar investigando nuevas herramientas terapéuticas.

Comentarios personales:

Luego de observar los resultados de este estudio, se recalca la importancia de continuar e incrementar los estudios que busquen establecer el mejor enfoque terapéutico con objetivo de aumentar la sobrevida, disminuir el riesgo cardiovascular y renal para este grupo de pacientes, tomando en cuenta el alto riesgo de mortalidad total y cardiovascular.

Otro punto a considerar es si estos pacientes se hubieran beneficiado de la realización previa de tomografía coronaria para definir la real posibilidad de revascularización ya que hubo pacientes asignados al brazo invasivo que no lo eran.

Por último, que aún hoy en día la estrategia invasiva no supera la terapia farmacológica por lo que es importante optimizar la misma e intensificar la terapia farmacológica estándar (incluyendo para la ERC los inhibidores de SGLT2, así como los nuevos antialdosterónicos, basados en los recientes estudios publicados) así como las modificaciones del estilo de vida en estos pacientes.

Autor:



Dra. Diana Uchuari Chavez.

Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas, Buenos Aires, Argentina
Líder emergente SIAC

Revisor: Dr. Ezequiel Zaidel

Bibliografía:

1. Global Health Estimates: Life expectancy and leading causes of death and disability, World Health Organization(WHO), 2019 (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates>)
2. Charles A. Herzog, Richard W. Asinger, Cardiovascular disease in chronic kidney disease. A clinical update from Kidney Disease: Improving Global Outcomes

(KDIGO), Volume 80, Issue 6, 2 September 2011, Pages 572-586, Kidney International journal

3. Sedlis SP, Jurkovitz CT, Hartigan PM, et al. Optimal medical therapy with or without percutaneous coronary intervention for patients with stable coronary artery disease and chronic kidney disease. *Am J Cardiol* 2009;104:1647-1653.
4. Xaplanteris P, Fournier S, Pijls NHJ, et al. Five-year outcomes with PCI guided by fractional flow reserve. *N Engl J Med* 2018;379:250-259.
5. The Bari 2D Study Group. A randomized trial of therapies for type 2 diabetes and coronary artery disease. *N Engl J Med* 2009;360:2503-2515.
6. Sripal Bangalore MD, David J Maron, Management of coronary disease in patients with advanced kidney disease, *N Engl J Med* 2020; 382:1608-1618