



## 5018-4. ¿QUÉ VALOR SE DEBE CONSIDERAR COMO BASAL PARA DEFINIR DAÑO RENAL AGUDO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA?

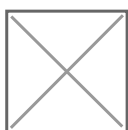
Juan Sánchez Serna<sup>1</sup>, Javier Pérez Copete<sup>1</sup>, Ana Isabel Rodríguez Serrano<sup>1</sup>, Miriam Gómez Molina<sup>1</sup>, Juan José Santos Mateo<sup>1</sup>, Álvaro Hernández Vicente<sup>2</sup>, José A. Noguera<sup>1</sup> y Domingo Andrés Pascual Figal<sup>1</sup>, del <sup>1</sup>Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar (Murcia) y <sup>2</sup>Universidad de Murcia, Murcia.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** El daño renal agudo (DRA) en pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca aguda (ICA) se correlaciona con peor pronóstico. El DRA se define habitualmente por el empeoramiento respecto a las cifras de referencia durante ingreso pese a que al ingreso puede estar ya presente un deterioro significativo de la función renal. Objetivos: estudiar si en pacientes con ICA el pronóstico de DRA según los criterios RIFLE es diferente si las cifras de función renal basales consideradas son las previas al ingreso.

**Métodos:** Se estudiaron 502 pacientes ingresados por ICA. Los criterios analíticos RIFLE definen DRA por del aumento de creatinina sérica (Cr) o reducción del filtrado glomerular (TFGe) respecto al valor basal, estadificando el DRA como estadio R si aumenta  $\geq 1,5$  veces Cr sérica o disminuye  $\geq 25\%$  TFGe, estadio I si aumenta  $\geq 2$  veces de Cr sérica o disminuye  $\geq 50\%$  TFGe y estadio F si aumento  $\geq 3$  veces de Cr sérica o disminuye  $\geq 75\%$  TFGe o si la Cr sérica  $\geq 4$  mg/dl con un aumento de al menos 0,5 mg/dl. Se calcularon dichos criterios teniendo en cuenta como valores basales los que presentaba a su llegada a urgencias frente al valor ambulatorio en situación clínica estable previa al ingreso, y se compararon las capacidades predictivas. Se recogieron los reingresos y la mortalidad en el seguimiento.

**Resultados:** Teniendo en cuenta los parámetros renales previos al ingreso el 27,3% (137 pacientes) presentó DRA estadio R, 6,2% (31) DRA estadio I y 1,8% (9) estadio F; en cambio teniendo en cuenta los valores al ingreso en urgencias, el 15,3% (77) presentó DRA estadio R, 1,6% (8) DRA estadio I y 1% (5) estadio F. Ajustando por otras variables asociadas a eventos clínicos y por función renal basal solo los criterios RIFLE considerando como basal las cifras previas al ingreso y especialmente el DRA estadio I y F se asociaron a mortalidad intrahospitalaria (OR 38,7, IC95% 6,3-195,8, p 0,01) y al evento combinado de muerte o reingreso a 30 días y a un año (tabla); los criterios RIFLE considerando los niveles al ingreso presentaron menor riesgo de mortalidad intrahospitalaria (OR 7,4, IC95% 1,3-42,9, p = 0,03) y no alcanzaron la significación estadística para eventos en el seguimiento (figura).



*Supervivencia a un año libre de muerte o reingreso por IC para DRA con valores basales previos al ingreso (izquierda) y durante el ingreso (derecha).*

Análisis multivariable para muerte y muerte o reingreso por IC con DRA con valores basales previos al ingreso

Variables	Muerte			Muerte o reingreso por IC		
	HR	IC95%	p	HR	IC95%	p
DRA			0,003			0,001
No DRA	1	1	1	1	1	1
Estadio R	1,3	0,76-2,23	0,343	1,45	1,01-2,10	0,048
Estadio I y F	2,92	1,59-5,38	0,001	2,75	1,71-4,42	0,001
Edad			0,009			0,008
70 años	1	1	1	1	1	1
70-79 años	1,3	0,70-2,45	0,408	1,03	0,68-1,54	0,904
? 80 años	2,36	1,29-4,32	0,005	1,72	1,15-2,57	0,009
IC previa	1,32	0,83-2,08	0,239	1,58	1,14-2,19	0,006
Diabetes mellitus	0,77	0,49-1,24	0,279	1,02	0,73-1,42	0,914
TFGe (ml/min/1,73 m <sup>2</sup> )	0,98	0,97-0,99	0,001	0,99	0,98-0,99	0,001
AIT/ACV previo	2,14	1,28-3,58	0,004	1,69	1,14-2,50	0,009
Cardiopatía isquémica	1,3	0,82-2,08	0,271	1,02	0,73-1,43	0,897

DRA: daño renal agudo; IC: insuficiencia cardiaca, TFGe: tasa de filtrado glomerular estimada; AIT/ACV: accidente isquémico transitorio/accidente cerebrovascular.

**Conclusiones:** El uso de valores de función renal previos al ingreso para definir DRA en pacientes con ICA supone un aumento de prevalencia de DRA y una mejoría en la capacidad pronóstica de la misma.