



## 7002-3. INFLUENCIA DEL TIEMPO DE DESARROLLO DE DAÑO RENAL AGUDO EN 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:** En pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca aguda (ICA) el desarrollo de daño renal agudo (DRA) es un suceso frecuente que se ha asociado con un aumento de los eventos adversos tanto intrahospitalarios como en el seguimiento. Sin embargo, no se ha establecido si existen diferencias entre aquellos que desarrollan DRA de forma precoz o tardía durante el ingreso. Objetivos: estudiar en una población de pacientes con ICA el impacto pronóstico del tiempo de desarrollo de DRA.

**Métodos:** Se estudiaron 502 pacientes ingresados por ICA. El DRA se definió por los criterios analíticos RIFLE que la establecen en función del aumento de creatinina sérica (Cr) o reducción del filtrado glomerular (TFGe), respecto al valor basal en previo al ingreso en situación estable, 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 cifra de Cr sérica  $\geq 4$  mg/dl con un aumento de al menos 0,5 mg/dl. A su vez se dividieron en función de si este ocurría en las primeras 72 horas del ingreso (DRA precoz) o después (DRA tardío). Se recogieron los reingresos y la mortalidad en el seguimiento a 1 año.

**Resultados:** 177 pacientes (35,3%) desarrollaron DRA, de los que el 39,6% lo presentaban a su llegada a urgencias. 107 pacientes (21,3%) presentaron DRA estadio R precoz, 6% (3) DRA estadio R tardío, 21 (4,2% estadio) I o F precoz y 19 (3,8%) estadio I o F tardío, mientras que 325 (64,7%) no presentaron DRA. Ajustando por otras variables asociadas a eventos clínicos y por función renal basal (tabla) solo el desarrollo de DRA precoz se asoció a un aumento de muerte o reingreso al año (figura) (HR 1,62, IC95% 1,08-2,41,  $p = 0,019$ ; HR 5,12, IC95% 2,87-9,12,  $p 0,001$  para estadio R precoz y estadios I o F precoz respectivamente) y solo el desarrollo de DRA estadio I o F precoz a mortalidad al año (HR 3,88, IC95% 1,85-8,13,  $p 0,001$ ).



*Supervivencia a un año libre de muerte o reingreso por IC para DRA según estadios y momento de aparición.*

Análisis multivariado para muerte y muerte o reingreso a 1 año según estadio de DRA y momento de aparición

Variables	Muerte			Muerte o reingreso por IC		
	HR	IC95%	p	HR	IC95%	p
DRA			0,005			0,001
No DRA	1	1	1	1	1	1
Estadio R precoz	1,45	0,81-5,16	0,214	1,62	1,08-2,41	0,019
Estadio R tardío	0,92	0,33-2,61	0,87	1,04	0,50-2,14	0,926
Estadio I y F precoz	3,88	1,85-8,13	0,001	5,12	2,87-9,12	0,001
Estadio I y F tardío	2,04	0,80-5,16	0,133	1,42	0,66-3,07	0,373
Edad			0,009			0,008
70 años	1	1	1	1	1	1
70-79 años	1,3	0,69-2,44	0,423	0,97	0,64-1,47	0,887
? 80 años	2,39	1,28-4,28	0,006	1,66	1,11-2,48	0,014
IC previa	1,35	0,85-2,15	0,2	1,65	1,18-2,30	0,003
Diabetes mellitus	0,76	0,47-1,23	0,267	0,99	0,70-1,39	0,943

TFGe (ml/min/1,73 m <sup>2</sup> )	0,98	0,97-0,99	0,001	0,98	0,98-0,99	0,001
AIT/ACV previo	2,13	1,27-3,58	0,004	1,62	1,18-2,30	0,0019
Cardiopatía isquémica	1,31	0,82-2,09	0,268	1,04	0,74-1,46	0,828

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

**Conclusiones:** En pacientes ingresados por ICA, el momento más frecuente de aparición de DRA es al ingreso o en los primeros días y ello confiere valor pronóstico independiente en el seguimiento al año.