



6015-208. ESTRATIFICACIÓN PRONÓSTICA DE LA INSUFICIENCIA RENAL AGUDA POSCATETERISMO MEDIANTE LOS SISTEMAS RIFLE Y AKIN EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Rosa Alba Abellas Sequeiros, Sergio Raposeiras Roubin, Emad Abu-Assi, Andrea López López, Rocío González Ferreiro, Diego Iglesias Álvarez, José María García Acuña y José Ramón González-Juanatey del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (A Coruña).

Resumen

Introducción: El fracaso renal agudo (IRA) tras cateterismo diagnóstico o terapéutico en pacientes con SCA es resultado del daño por el contraste yodado empleado (nefropatía por contraste) y de la situación hemodinámica del paciente. Las nuevas clasificaciones funcionales de IRA (RIFLE y AKIN) avanzan para establecer una definición consensuada. En el SCA, pocos estudios han validado su papel pronóstico. Nuestro objetivo fue analizar las implicaciones pronósticas en términos de mortalidad intrahospitalaria.

Métodos: Desde marzo de 2009 a noviembre de 2010, se evaluaron un total de 940 pacientes consecutivos con SCA sometidos a ICP. El sistema RIFLE propone 3 estadios: R (risk) Aumento de creatina basal $\times 1,5$ o filtrado glomerular $> 25\%$; I (injury) Aumento de creatina basal $\times 2$ o filtrado glomerular $> 50\%$; F (failure) Aumento de creatina basal $\times 3$ o filtrado glomerular $> 75\%$. El sistema AKIN propone también 3 estadios: I: Aumento de creatina basal $\times 1,5$ o $\geq 0,3$ mg/dL; II: Aumento de creatina basal $\times 2$; III: Aumento de creatina basal $\times 3$. Se analizó el impacto pronóstico independiente de la NIC en términos de mortalidad intrahospitalaria (regresión logística binaria) y de mortalidad a lo largo del seguimiento (regresión de Cox).

Resultados: La edad media de los pacientes fue $66,8 \pm 12,7$ años, siendo 30,1% mujeres, con una tasa de diabetes de 23,4% y de disfunción renal (MDRD-4 al ingreso < 60 ml/min/ $1,73$ m²) de 29,6%. 34,7% tenía SCA con elevación del segmento ST y 30,3% enfermedad coronaria multivaso. Según la clasificación RIFLE, 31 pacientes (3,3%) se encontraban en estadio R, 3 (0,3%) en estadio I y 10 (1,1%) en estadio F. En base a la clasificación AKIN, 105 pacientes (11,2%) se encontraban en estadio I, 3 (0,3%) en estadio II y 10 (1,1%) en estadio III. 40 pacientes (4,3%) murieron durante la fase intrahospitalaria. Como se puede ver en la figura, existe un marcado gradiente de riesgo en cuanto a las categorías de ambos sistemas y la mortalidad intrahospitalaria. Después de ajustar por el score GRACE, hemos observado que tanto el sistema RIFLE como el sistema AKIN resultan potentes predictores de mortalidad intrahospitalaria.



Predicción de mortalidad intrahospitalaria según distintas clasificaciones funcionales de IRA.

Conclusiones: Las nuevas clasificaciones funcionales de IRA (RIFLE y AKIN) tiene un valor pronóstico independiente para la predicción de muerte intrahospitalaria en una cohorte contemporánea de pacientes con

SCA sometidos a ICP.