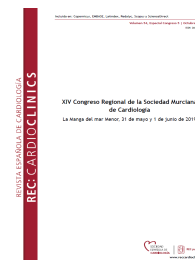


REC: CardioClinics

<https://www.reccardioclinics.org>

44 - INFLUENCIA DEL DAÑO RENAL AGUDO DURANTE EL INGRESO EN LA PRESCRIPCIÓN DE TRATAMIENTO MÉDICO TRAS UNA DESCOMPENSACIÓN DE INSUFICIENCIA CARDIACA

J. Pérez Copete, J. Sánchez Serna, Á. Hernández Vicente, A.I. Rodríguez Serrano, M. Gómez Molina, E. Cabrera Romero, D. Fernández Vázquez y D.A. Pascual Figal

Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Resumen

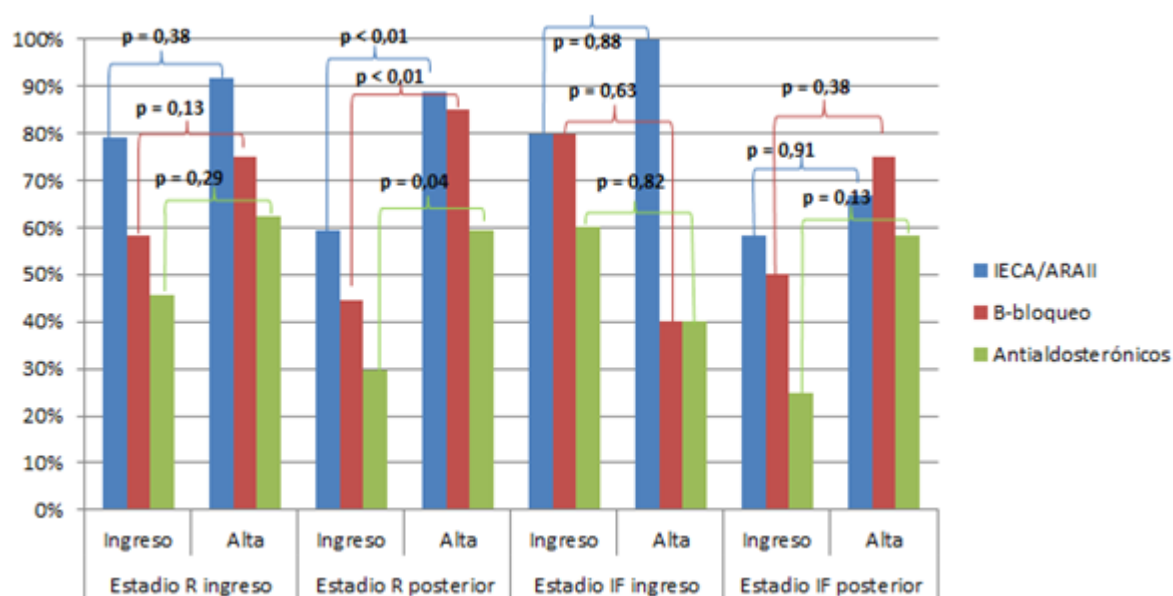
Introducción y objetivos: En pacientes ingresados por descompensación de insuficiencia cardiaca aguda (IC) con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) reducida se recomienda continuación o inicio de tratamiento médico óptimo al alta, si no existen contraindicaciones. **Objetivos:** estudiar el cambio en el tratamiento médico en función de la aparición de daño renal agudo (DRA) tras un ingreso por descompensación de IC en pacientes con FEVI < 50%.

Métodos: Se estudiaron 225 pacientes dados de alta tras un ingreso por IC descompensada entre febrero de 2009 y enero de 2017 que presentaban FEVI < 50%. El DRA se definió por los criterios analíticos RIFLE: en función del aumento de creatinina sérica (Cr) o reducción del filtrado glomerular (TFGe), respecto al valor basal 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 ≥ 2 veces de Cr sérica o disminuye $\geq 50\%$ TFGe y estadio F si aumento ≥ 3 veces de Cr sérica o disminuye $\geq 75\%$ TFGe o si la cifra de Cr sérica ≥ 4 mg/dl con un aumento de al menos 0,5 mg/dl. A su vez se clasificó en función de si estaba presente en el momento del ingreso o si apareció después. Se recogió la prescripción de IECA o ARA-II, β -bloqueo y de antialdosterónicos antes del ingreso y al alta.

Resultados: 109 pacientes (48,4%) eran IC *de novo*. 157 pacientes no presentaron DRA (69,7%), 51 (22,7%) desarrollaron DRA estadio R y 17 (7,6%) DRA estadio I o F. Tanto los pacientes que no desarrollaron DRA como aquellos con DRA estadio R tuvieron un aumento significativo de la prescripción de IECA o ARA-II, β -bloqueo y de antialdosterónicos, no así aquellos con DRA estadio I o F (tabla). Teniendo en cuenta el momento de aparición 29 presentaban DRA al ingreso (42,6% de los pacientes con DRA) y 39 (57,4%) DRA posterior al ingreso y tan solo se produjo aumento significativo de la prescripción del tratamiento médico en aquellos que desarrollaron DRA estadio R posterior al ingreso, sin alcanzar significación estadística en el resto de estadios (fig.).

Tratamiento	No DRA (n = 157)	p	DRA estadio R (n = 51)	p	DRA estadio I o F (n = 17)
-------------	------------------	---	------------------------	---	----------------------------

IECA o ARA-II	Ingreso	107 (68,6%)	< 0,001	35 (68,6%)	0,003	11 (64,7%)	0,500
	Alta	136 (87,2%)		46 (90,2%)		13 (76,5%)	
β -bloqueo	Ingreso	98 (62,4%)	< 0,001	26 (51,0%)	< 0,001	10 (58,8%)	0,887
	Alta	137 (87,3%)		41 (80,4%)		11 (64,7%)	
Antialdosterónicos	Ingreso	56 (35,7%)	< 0,001	19 (37,3%)	0,012	6 (35,3%)	0,375
	Alta	99 (63,1%)		31 (60,8%)		9 (52,9%)	



Conclusiones: En pacientes ingresados por descompensación de IC con FEVI reducida, la presencia de DRA sobre todo los estadios avanzados y los presentes al ingreso suponen una limitación en la prescripción del tratamiento médico.