Rev Esp Cardiol. 2022;75(Supl 1): 992

Revista Española de Cardiología

5025-13. PREDICTORES DE NECESIDAD DE TERAPIA RENAL SUSTITUTIVA EN PACIENTES EN *SHOCK* CARDIOGÉNICO DE CUALQUIER ETIOLOGÍA

Sara Lozano Jiménez, Reyes Iranzo, Mercedes Rivas Lasarte, Cristina Daniela Mitroi, Juan Manuel Escudier Villa, Mercedes Pérez, María Regalado Reyes, Manuel Gómez Bueno, Juan Francisco Oteo Domínguez, Susana Villar García, José María Viéitez Flórez, Javier Segovia Cubero y Francisco Hernández Pérez

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La incidencia de fracaso renal agudo (FRA), debido a hipoperfusión tisular y congestión retrógrada, es especialmente elevada en pacientes ingresados por *shock* cardiogénico (CS). Las terapias de reemplazo renal (TRR) se han convertido en una técnica de uso rutinario en el manejo de esta complicación. Sin embargo, existe poca evidencia respecto a su repercusión en el pronóstico. Nuestro objetivo primario fue describir la incidencia de FRA y analizar variables predictoras de necesidad de TRR. Además, se evaluó el impacto en la mortalidad hospitalaria.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes atendidos por una unidad multidisciplinar de SC en un centro terciario de referencia, desde septiembre 2014 a enero 2022. Se registraron las características basales. Se calculó el filtrado glomerular (FG) usando la fórmula CKD-EPI y la duración de la TRR en días, definiéndose como prolongado un tiempo superior a 20 días.

Resultados: Se incluyeron 193 pacientes, de los cuales 144 (76%) fueron varones. Requirieron TRR un total de 86 pacientes (44,6%). La mediana de duración de la terapia fue de 15 días (DE 23,9). Un 40% precisaron una duración prolongada de la misma, permaneciendo 3 pacientes (1,5%) en hemodiálisis en el seguimiento. No se apreciaron diferencias entre grupos en las características demográficas basales (tabla). El score SOFA al ingreso fue predictor independiente de necesidad de TRR (OR: 1,11; IC95%: 1,001-1,23; p = 0,05). La necesidad de ventilación mecánica invasiva y traqueostomía fue superior en el grupo de TRR (p = 0,001), lo que a su vez se asoció con tasas más elevadas de infección mayor, fundamentalmente de origen respiratorio. Así mismo, el empleo de soporte circulatorio mecánico (SCM) fue superior (91,9% en TRR vs 76,6% en ausencia de TRR; p = 0,01). La mortalidad hospitalaria fue significativamente más elevada en pacientes con necesidad de TRR (56/86; 65 vs 37/107; 35%; p 0,001). Además, el porcentaje de recuperación de función cardiaca fue significativamente inferior (17 vs 36%; p = 0,01).

Características basales y demográficas de la muestra en función de la necesidad de TRR.

	No TRR (n = 107)	TRR (n = 86)	p

Edad media (años, DE)	51 ± 15	52 ± 14	0,66
Hipertensión arterial: n (%)	35 (33%)	34 (40%)	0,32
Diabetes mellitus: n (%)	21 (20%)	18 (21%)	0,79
Tabaquismo: n (%)	31 (29%)	28 (33%)	0,85
Enfermedad renal crónica (filtrado glomerular 60 ml/min/m^2)	13 (12%)	8 (9%)	0,52
Etiología del SC:			0,01
Descompensación de ICC	40 (37%)	14 (16%)	
Síndrome coronario agudo	30 (28%)	25 (29%)	
Shock postcardiotomía	26 (24%)	32 (37%)	
Miocarditis y otras causas	11 (10%)	15 (17%)	
Score SOFA: media (DE)	9,6 ± 3,5	11,4 ± 3,7	0,001
Soporte circulatorio mecánico (SCM): n (%)	82 (77%)	79 (92%)	0,01
Ventilación mecánica	92 (86%)	85 (96%)	0,001
Traqueostomía	25 (23%)	45 (52%)	0,001
Mortalidad inicial debida a SC	36 (34%)	46 (54%)	0,01
Recuperación	39 (36%)	15 (17%)	0,01
Reemplazo cardiaco (trasplante o asistencia de larga duración LVAD)	32 (30%)	25 (29%)	0,01
Mortalidad hospitalaria	37 (35%)	56 (65%)	0,01

Conclusiones: Alrededor de un 45% de pacientes precisaron TRR en nuestra serie. Estos pacientes presentaron un perfil de gravedad mayor y un manejo más complejo, con mayores tasas de VMI y SCM. El score SOFA al ingreso fue el mayor predictor independiente de FRA. La necesidad de TRR se asoció con una menor supervivencia hospitalaria.