Rev Esp Cardiol. 2013;66 Supl 1: 320

Revista Española de Cardiología

4037-9. ¿INFLUYE LA HEMODIAFILTRACIÓN POSOPERATORIA EN LA FUNCIÓN RENAL A LARGO PLAZO EN EL PACIENTE TRASPLANTADO CARDIACO?

Eduard Solé González, Abdel Hakim Moustafa, Sonia Mirabet Pérez, Vicenç Brossa Loidi, Laura López López, Ana Belén Méndez Fernández, Alessandro Sionis y Eulàlia Roig Minguell del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: La enfermedad renal crónica es un importante factor de morbimortalidad en el paciente trasplantado. La insuficiencia renal aguda (IRA) es una complicación frecuente en la fase aguda del trasplante cardiaco (TC) que puede condicionar un peor pronóstico. El objetivo del estudio fue determinar el impacto que tuvo la hemodiafiltración (HF) por IRA en la función renal a largo plazo en los pacientes con TC.

Métodos: Se estudiaron 85 TC entre 2006 y 2011, de los cuales 41 (48%) precisaron HF por IRA. Se analizó el filtrado glomerular estimado (FGe) y la creatinina sérica (Cr) antes del TC, al alta y al año del TC.

Resultados: La edad de los receptores fue de 53 ± 12 años y un 77% eran varones. La etiología de la IC fue cardiomiopatía isquémica (32%), idiopática (26%), valvular (15%) y otros (27%). La incidencia de hipertensión arterial fue del 41%, diabetes mellitus 17% y dislipemia 50%. El 74% estaban bajo tratamiento con IECAs o ARAII. El FGe y la Cr pre-TC fueron de 66 ± 30 ml/min.1,73 m^2 y 113 ± 50 umol/L respectivamente, las resistencias pulmonares de 1,73 ± 0,72 UW y el tiempo de isquemia de 192 ± 56 minutos. Un 31% de TC fueron urgentes, un 25% presentó disfunción primaria del injerto (DPI) y la mortalidad aguda fue del 22,4%. En el análisis de variables, la necesidad de HF posoperatoria se asoció a trasplante urgente (18 vs 42% p = 0,018), DPI (11 vs 37% p = 0,009), cifras bajas de hemoglobina (Hb) previas (130 vs 118 g/l p = 0,018) y al uso de antibióticos nefrotóxicos (32 vs 62% p = 0,008). Por el contrario, el uso preTC de IECAs/ARAII se asoció a menor HF (84 vs 62% p = 0,028). El FGe al alta y al año del TC fue significativamente menor en aquellos pacientes que recibieron HF durante el ingreso hospitalario (70 ± 33 vs 44 ± 25 ml/min.1,73 m^2, p < 0,001 y 70 ± 24 vs 58 ± 22 ml/min.1,73 m^2, p = 0,042).

Conclusiones: Aproximadamente, la mitad de los pacientes necesitaron HF durante el posoperatorio. El TC urgente, la DPI, las cifras de hemoglobina bajas pretrasplante y el uso de antibióticos nefrotóxicos se asociaron a necesidad de HF. La HF se asoció a mayor mortalidad aguda (p = 0,031) y condicionó una peor función renal al alta de la hospitalización y al año del trasplante en aquellos pacientes que sobrevivieron a la fase aguda. La función renal previa al trasplante no se asoció a mayor incidencia de HF.