Rev Esp Cardiol. 2022;75(Supl 1): 117

Revista Española de Cardiología

6005-6. PREDICTORES DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA Y ANÁLISIS DE RECUPERACIÓN RENAL TRAS EL EMPLEO DE TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL CONTINUA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOLÓGICOS

Andrea Matutano Muñoz[1], Carolina Parra Esteban[1], Javier Ortega Marcos[1], Juan Manuel Escudier Villa[1], Ana Blasco Lobo[1], Ramón Garrido González[1], Basilio Angulo Lara[1], María Valdenebro Recio[2] y Lorenzo Silva Melchor[1]

[1]Servicio de Cardiología y [2]Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La terapia de reemplazo renal continua (TRRC) es una técnica de uso creciente en las unidades de cuidados intensivos cardiológicos (UCIC) debido a la mayor complejidad de los pacientes que ingresan, sin embargo, existe poca evidencia sobre sus resultados en cuanto a mortalidad y función renal a largo plazo en pacientes con patología cardiovascular aguda. Nuestro objetivo fue describir posibles predictores de mortalidad intrahospitalaria, así como analizar la recuperación renal de los supervivientes.

Métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes que recibieron TRRC en nuestra UCIC entre enero 2019 y diciembre 2021. Se analizó la mortalidad intrahospitalaria, la recuperación renal al alta y la mortalidad en el seguimiento.

Resultados: Se incluyeron 67 pacientes (70% varones) con edad media de 72 años (IQR 61-79 años). La duración de la terapia fue de 4 días (IQR 2-7 días). El motivo de ingreso más frecuente fue la insuficiencia cardiaca aguda (49,3%) seguida del síndrome coronario agudo (16,4%). La indicación más frecuente para iniciar la TRRC fue la sobrecarga hídrica (62,7%). La mortalidad intrahospitalaria fue del 47,8% (32 pacientes), con 16 de ellos fallecidos en UCIC. El análisis univariante mostró diferencias significativas en la proporción entre los fallecidos vs los supervivientes de mujeres (40,6 vs 20%), la presencia de valvulopatía grave (59,4 vs 25,7%) y de prótesis valvular (25 vs 5,7%) y edad más avanzada (65 ± 14,3 vs 72 ± 12,8 años) entre los fallecidos (p 0,05). En el análisis multivariante la presencia de valvulopatía grave fue predictor independiente de mortalidad intrahospitalaria (OR 3,83; IC95% 1,32-11,1; p = 0,01). Al alta hospitalaria, 27 pacientes no precisaban sustitución renal (40,3%), mientras que 8 requerían aun diálisis (11,9%). En el seguimiento, 12 fallecieron (34,4%), 5 se mantenían en programa de hemodiálisis (14,2%), 3 iniciaron diálisis peritoneal (8,5%) y 15 permanecieron libres de diálisis (42,9%). La figura representa el análisis de supervivencia tras el alta.

Características basales y comorbilidades

Características basales	Total

Comorbilidades	
Hipertensión arterial, n (%)	49 (73,1)
Diabetes mellitus, n (%)	36 (53,7)
Fibrilación auricular permanente, n (%)	20 (29,9)
Enfermedad renal crónica, n (%)	39 (58,2)
Enfermedad renal crónica terminal, n (%)	11 (16,4)
Hemodiálisis, n (%)	8 (11,9)
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, n (%)	8 (11,9)
Fracción de eyección ventricular izquierda 40%, n (%)	33 (49,3)
Disfunción ventrículo derecho, n (%)	33 (49,2)
Shock cardiogénico, n (%)	22 (32,8)
Parada cardiorrespiratoria previa, n (%)	6 (9)
Cardiopatía previa	
Miocardiopatía dilatada isquémica, n (%)	10 (14,9)
Miocardiopatía dilatada no isquémica, n (%)	9 (13,4)
Cardiopatía isquémica, n (%)	9 (13,4)
Prótesis valvular, n (%)	10 (14,9)
Otros, n (%)	29 (43,2)

Análisis de supervivencia al alta mediante curva Kaplan-Meier.

Conclusiones: Nuestra cohorte confirma la alta mortalidad entre los pacientes que precisan TRRC en la UCIC. La presencia de valvulopatía grave fue predictor independiente de mortalidad intrahospitalaria. Estudios más amplios son necesarios para definir otros predictores fiables de mortalidad y recuperación renal tras empleo de TRRC.