

Insuficiencia renal aguda en el shock cardiogénico: marcador de gravedad y determinante de decisiones terapéuticas

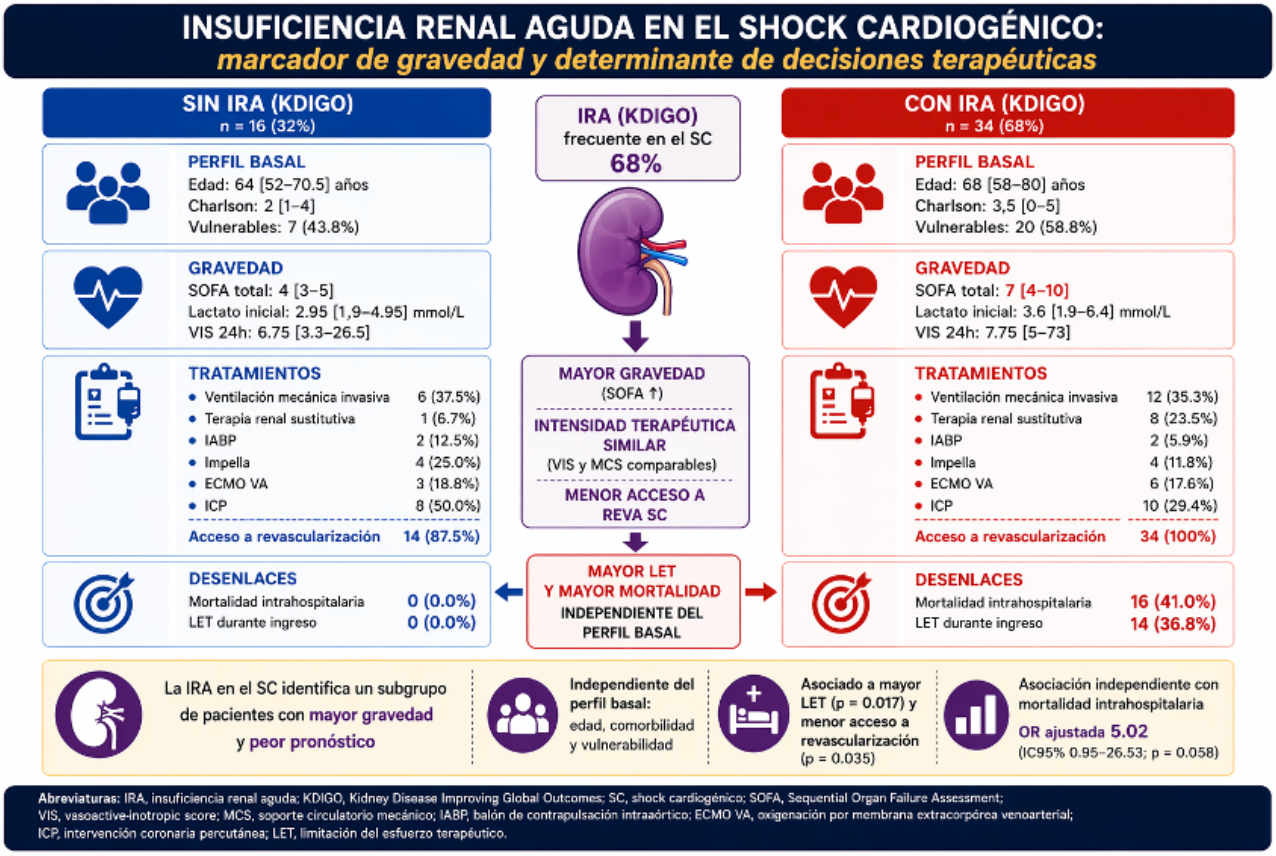
Pablo Rodríguez Alonso(1), Ignacio Pascual Ramos(1), Álvaro Velasco de Andrés(1), Celia Denche Sanz(1), Sarem Damaris Bazán Dávila(1), Verónica Pérez Garcerán(1), Helena Alarcos Blasco(2), Elena Puerto García(2), Alejandro Durante López(2), Víctor Manuel Juárez Olmos(2), Matteo de Carli(3), Rafael Salguero Bodes(1), Fernando Arribas Ynsaurriaga(1), Roberto Martín Asenjo(2) y Lourdes Vicent Alaminos(2) de (1)Cardiología. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid - España, (2)Cardiología. Unidad de Críticos Cardiovasculares. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid - España y (3)Cardiología. Department of Biomedical Sciences, Humanitas University, Milán (Italia) - Italia

Introducción: La insuficiencia renal aguda (IRA) es frecuente en el shock cardiogénico (SC), pero su papel como integrador de gravedad clínica y determinante de la toma de decisiones terapéuticas no está completamente definido. Evaluamos su asociación con desenlaces, gravedad, tratamientos y decisiones clínicas.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo unicéntrico de 50 pacientes con SC. La IRA se definió según criterios KDIGO. Se analizaron asociaciones con mortalidad intrahospitalaria, limitación del esfuerzo terapéutico (LET), perfil basal (edad, índice de Charlson y vulnerabilidad), gravedad (SOFA, lactato, VIS), tratamientos (ventilación mecánica, terapia renal sustitutiva, soporte circulatorio mecánico y revascularización) y evolución clínica. Se realizó un análisis multivariable ajustado por edad y sexo.

Resultados: Treinta y cuatro pacientes (68%) presentaron IRA. Estos pacientes mostraron mayor mortalidad intrahospitalaria (41,0% vs 0%; p=0,010) y mayor frecuencia de LET (36,8% vs 0%; p=0,017).
La IRA se asoció a mayor gravedad clínica, con SOFA más elevado (7 [4–10] vs 4 [3–5]; p=0,003), sin diferencias en lactato ni en intensidad terapéutica (VIS).
No se observaron diferencias significativas en edad, comorbilidad ni vulnerabilidad, lo que indica que la afectación renal no refleja únicamente el perfil basal del paciente.
Tampoco se observaron diferencias en la mayoría de estrategias terapéuticas, incluyendo ventilación mecánica, soporte circulatorio mecánico o terapia renal sustitutiva. Sin embargo, los pacientes con IRA presentaron menor probabilidad de acceso a revascularización (100% vs 87,5%; p=0,035).
En el análisis multivariable, la IRA mostró una asociación independiente con mortalidad (OR 5,02; IC95% 0,95–26,53; p=0,058).

Conclusiones: La IRA en el SC identifica un subgrupo de pacientes con mayor gravedad y peor pronóstico, independiente del perfil basal. Su asociación con mayor mortalidad, mayor frecuencia de LET y menor acceso a estrategias invasivas indica que actúa como un determinante relevante en la toma de decisiones clínicas.



Síndrome cardiorrenal, gravedad, tratamientos y decisiones en shock cardiogénico

Variable	Sin IRA (n=16)	Con IRA (n=34)	p
Edad, años (mediana [RIC])	64 (52–70.5)	68 (58–80)	0.365
Índice de Charlson (mediana [RIC])	2 (1–4)	3.5 (0–5)	0.488
Vulnerabilidad, n (%)	7 (43.8)	20 (58.8)	0.318
SOFA total (mediana [RIC])	4 (3–5)	7 (4–10)	0.003
Lactato inicial (mediana [RIC])	2.95 (1.9–4.95)	3.6 (1.9–6.4)	0.502
VIS 24h (mediana [RIC])	6.75 (3.3–26.5)	7.75 (5–73)	0.270
Ventilación mecánica invasiva, n (%)	6 (37.5)	12 (35.3)	0.880
Terapia renal sustitutiva, n (%)	1 (6.7)	8 (23.5)	0.160
IABP, n (%)	2 (12.5)	2 (5.9)	0.421
Impella, n (%)	4 (25.0)	4 (11.8)	0.253
ECMO VA, n (%)	3 (18.8)	6 (17.6)	0.925
ICP, n (%)	8 (50.0)	10 (29.4)	0.157
Acceso a revascularización, n (%)	14 (87.5)	34 (100)	0.035
Mortalidad intrahospitalaria, n (%)	0 (0.0)	16 (41.0)	0.010
LET durante ingreso, n (%)	0 (0.0)	14 (36.8)	0.017
OR ajustada mortalidad	Ref	5.02 (0.95–26.53)	0.058
Estancia hospitalaria, días (mediana [RIC])	22.5 (11.5–41)	26 (10–38)	0.928
Días UCI (mediana [RIC])	10 (4.5–21)	7 (5–14)	0.796