

El riñón en la fase precoz del trasplante cardíaco: de la disfunción renal basal al fracaso renal agudo posoperatorio

Sara Huélamo Montoro(1), Raquel López Vilella(2), Julia Martínez Solé(2), Borja Guerrero Cervera(2), Víctor Donoso Trenado(2), María Peris Fernández(3), Valero Vicente Soriano Alfonso(1), Jorge Llau García(1), Nerea Fernández Ortiz(1), Guillem Murillo Varona(1), Marta Gil Molina(1), Guillermo Rad García(1), Enrique Robles Pérez(1), Luis Martínez Dolz(1) y Luis Almenar Bonet(2) de (1)Servicio de Cardiología, (2)Servicio de Cardiología. Unidad de Insuficiencia Cardíaca y Trasplante. Unidad Cardio-Renal Avanzada y (3)Servicio de Nefrología. Hospital Universitario La Fe, Valencia - España

Introducción: La disfunción renal es frecuente en el trasplante cardíaco (TC), pero la evidencia sobre el impacto pronóstico de la función renal basal y del fracaso renal agudo (FRA) en el posoperatorio inmediato en cohortes contemporáneas es limitada. El objetivo de nuestro trabajo fue evaluar la relevancia de la disfunción renal basal, los predictores de FRA grave y de terapia renal sustitutiva (TRS), y el impacto clínico del FRA en la fase hospitalaria del TC.

Métodos: Estudio observacional unicéntrico en pacientes sometidos a TC entre enero de 2017 y octubre de 2024, excluyendo trasplantes combinados, pediátricos (<16 años) y retrasplantes. Se definió disfunción renal basal como filtrado glomerular estimado (FGe) <60 mL/min/1,73 m2 y FRA grave como duplicación de creatinina en las primeras 48 horas o necesidad de TRS en la Unidad de Reanimación. Se analizaron mortalidad intrahospitalaria, infecciones hospitalarias y rechazo agudo en el primer mes, y se identificaron predictores independientes de TRS y de mortalidad mediante regresión logística multivariable.

Resultados: Se incluyeron 221 pacientes (edad media 55 años, 73,8% varones). 66 pacientes (29,9%) presentaban disfunción renal basal, que no se asoció a diferencias significativas en mortalidad intrahospitalaria (12,3% vs 11%; p=0,817), infecciones hospitalarias (9,2% vs 9,7%; p=1,000) ni rechazo agudo (8,6% vs 8,6%; p=1,000). En el posoperatorio inmediato, 61 pacientes (28%) desarrollaron FRA grave y 32 (14,5%) requirieron TRS. Los predictores independientes de TRS fueron el soporte con ECMO pretrasplante (OR 3,05; IC95%: 1,07-8,73; p=0,032) y el TC en código urgente (OR 3,37; IC95%: 1,11-10,27; p=0,032); el FGe basal mostró asociación significativa pero clínicamente irrelevante (OR 0,98; IC95%: 1,83-9,93; p=0,001), sin impacto en rechazo agudo (p=0,547) y con estancias hospitalarias más prolongadas.

Conclusiones: La disfunción renal basal no condicionó peores resultados intrahospitalarios. El FRA grave posoperatorio, determinado por la gravedad clínica (ECMO, TC urgente) más que por la función renal basal, se asoció de forma independiente a mayor mortalidad e infecciones. Estos resultados subrayan la necesidad de implementar estrategias específicas de nefroprotección perioperatoria en los pacientes con mayor vulnerabilidad renal.