

Función renal como marcador de riesgo tras ingreso por insuficiencia cardiaca aguda: impacto según estadios de función renal

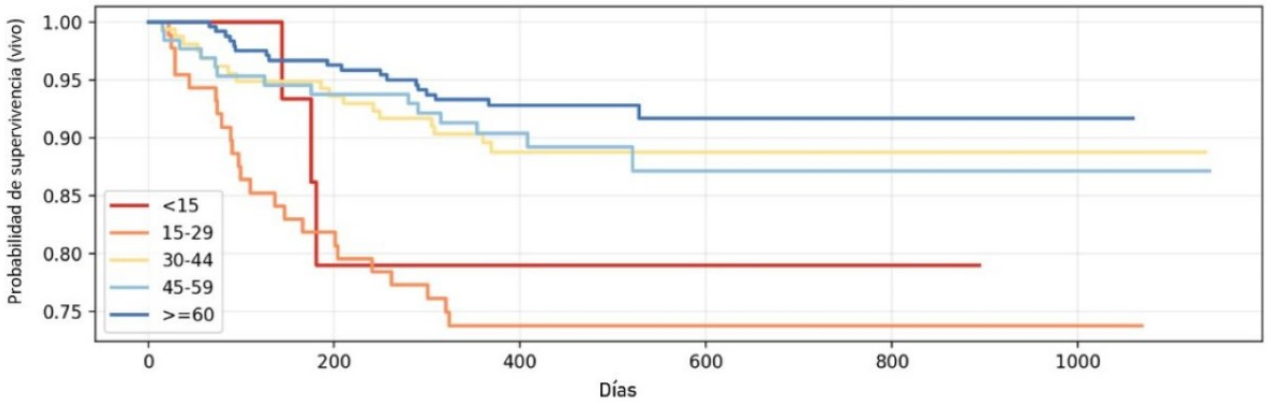
Juan Ochoa Segarra(1), Sandra Valdivielso Moré(1), Laia Carla Belarte Tornero(1), Miren Vicente Elcano(1), Bernardo Ayala Borges(1), Neus Marcè Badosa(1), Felicidad Martínez Medina(1), Laura Jiménez Mayorga(2), Pedro Mas Ballester(3), Gerard Torres Padilla(3), Camila Loaiza Herrera(3), Isabel García Núnez(1), Anna Linas Alonso(1), María del Pilar Ruiz Rodríguez(1) y Sonia Ruiz Bustillo(1) de (1)Cardiología, Unidad de Insuficiencia Cardiaca, (2)Cardiología, Unidad de Arritmias y (3)Cardiología. Hospital del Mar, Barcelona - España

Introducción: La insuficiencia renal es frecuente en la insuficiencia cardiaca (IC) y se asocia a peor pronóstico y mayor comorbilidad. Evaluamos la función renal al alta tras una descompensación aguda de IC y su relación con mortalidad, descompensación de IC, terapia renal sustitutiva (TRS) en el seguimiento.

Métodos: Estudio observacional prospectivo de 634 pacientes ingresados por IC entre septiembre de 2021 y agosto de 2024. Los pacientes se clasificaron según el filtrado glomerular (FG) al alta de acuerdo con la clasificación Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) en estadios (I-V). Se analizó mortalidad total, reingreso por IC y necesidad de TRS durante un seguimiento mediano de 442 (rango intercuartílico (IQR) 362-576,5) días. Se realizó análisis multivariado ajustado por edad, hipertensión, diabetes, fibrilación auricular, IC previa y fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI).

Resultados: Edad media 74,3 ± 11,2 años; 39,9% mujeres; hipertensos; 43,7% diabéticos; 44,2% IC previa; 45,9% con enfermedad renal crónica; FEVI 47 ± 15,7. La mortalidad fue 11,8% y los reingresos por IC 21,0%. Se observó un aumento progresivo de riesgo con menor FG, con mortalidad del 7,4% en ?60 ml/min/1,73 m² frente al 25,8% en 15-29 ml/min/1,73 m² (p<0,001). En el análisis multivariado, la edad y la IC previa se asociaron de forma consistente con la mortalidad en todos los niveles de FG. En cuanto al reingreso por IC, el filtrado glomerular no mostró asociación independiente, siendo la IC previa el predictor más potente en todos los estratos. La hipertensión, la diabetes y la fibrilación auricular se asociaron a reingreso solo en filtrados ?30 ml/min/1,73 m², perdiendo significación en estadios avanzados.

Conclusiones: El FG al alta mejora la estratificación del riesgo de mortalidad tras descompensación aguda de IC. Los determinantes pronósticos varían según el estadio de FG, con pérdida de relevancia de variables cardiovasculares como hipertensión, diabetes o fibrilación auricular en los estadios más avanzados. La IC previa es un marcador robusto de reingreso independientemente del FG.



Gradiente de riesgo de eventos clínicos según filtrado glomerular al alta (clasificación KDIGO)

Evento	≥60 (n=244)	45-59 (n=128)	30-44 (n=158)	15-29 (n=89)	<15 (n=15)	p
Reingreso por insuficiencia cardiaca	44/244 (18.0%)	25/128 (19.5%)	43/158 (27.2%)	27/89 (30.3%)	5/15 (33.3%)	**0.049**
Mortalidad total	18/244 (7.4%)	14/128 (10.9%)	17/158 (10.8%)	23/89 (25.8%)	3/15 (20.0%)	**<0.001**
Inicio de terapia renal sustitutiva	0/244 (0%)	0/128 (0%)	5/158 (3.2%)	4/89 (4.5%)	4/15 (26.7%)	**<0.001**
Muerte o reingreso por insuficiencia cardiaca	54/244 (22.1%)	33/128 (25.8%)	52/158 (32.9%)	39/89 (43.8%)	5/15 (33.3%)	**0.002**

Valores expresados como n/N (porcentaje). Comparación entre grupos mediante prueba de chi-cuadrado. El filtrado glomerular se clasificó al alta hospitalaria según criterios Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO).