



ICyFA-085 - SÍNDROME CARDIORRENAL: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

R. Acebal Berruguete, A. García Morán, M. Díez Fernández, N. Solís Marquínez, M. Ballesteros Solares, M. Campoamor Serrano, M. Aparicio López y A. Gómez Carrasco

Medicina Interna. Hospital de Cabueñes. Gijón (Asturias).

Resumen

Objetivos: Analizar la relación existente entre la disfunción cardíaca y renal en términos clínicos y pronósticos.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de una muestra de 88 pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca (IC) en el mes de octubre de 2014 en el Hospital de Cabueñes. Se definió insuficiencia renal (IR) como filtrado glomerular (FGE) < 60 ml/min/1,73 m² (ecuación MDRD-4) y empeoramiento de la función renal como el aumento de la creatinina $\geq 0,3$ mg/dl respecto a basal. Se realizó revisión de la historia clínica y análisis estadístico mediante SPSS 20.0 utilizando la prueba de ji-cuadrado para la comparación de proporciones y la prueba t de Student para la comparación de medias (nivel de significancia del 5%).

Resultados: 88 pacientes: 55% mujeres, $80,3 \pm 9,63$ años. Barthel previo de $77,2 \pm 24,9$. Charlson de $3,6 \pm 2,1$. 55% cumplían criterios de pluripatología. 99% con alguna comorbilidad: hipertensión arterial (HTA) 80%, 42% arritmia, 27% dislipemia, 31% diabetes mellitus (DM). El 44% tenía enfermedad renal crónica (ERC) previa, no filiada en un 68%; de origen vascular 25%, FGE medio de $55,7 \pm 23$, ninguno en diálisis. 50% primer episodio de IC, con edemas el 56%. 16% tenía cardiopatía isquémica; 11% isquémica-valvular; 16% hipertensiva; 11% valvular; 9% otras; 36% desconocida. La función sistólica (FEVI) estaba preservada en el 31% y en el 46% era desconocida. La primera causa de descompensación fue la infección (26%). Presentaba IR al ingreso el 41%, 14% de nueva aparición, presentando el 8% otra causa además de la IC (principalmente pérdidas digestivas). Al ingreso: FGE $58,9 \pm 27,5$ ml/min/1,73 m²; urea $69,7 \pm 39,2$ mg/dl; sodio $138,1 \pm 15,1$ mEq/L; potasio $4,4 \pm 0,7$ mEq/L. La diferencia en el valor de creatinina fue de $0,5 \pm 0,78$ mg/dl (> 1 mg/dl en 10,7%). Un 22,6% presentó hiponatremia y un 23,8% hipopotasemia. La prevalencia de síndrome cardiorrenal (SCR) fue del 67,1% (41,4% tipo 1; 25,9% tipo 2; 3,4% tipo 3; 6,9% tipo 4; 20,7% tipo 5) y fue mayor en los pacientes con ERC previa y en los que presentaban edemas al ingreso: El 65,9% presentaba IR al alta: FGE $54,1 \pm 29,6$ ml/min/1,73 m². La mortalidad intrahospitalaria fue del 11%, el 80% por causa cardiológica, presentando un 80% de los pacientes ERC previa. También mostró relación el aumento de cifras de creatinina > 1 mg/dl y la presencia de hiponatremia. Un 17% reingresó en 1 mes (80% causa cardíaca/renal) siendo factor de riesgo la pluripatología, la presencia de DM, un mayor índice de Charlson y la presencia de ERC previas. Un 25% reingresó en 3 meses (70% causa cardíaca/renal) presentando asociación con el desarrollo de SCR durante el ingreso. Un 21% reingresó en 6 meses (66,7% por causa cardíaca/renal) lo que se

asoció con la presencia de edemas al ingreso. La mortalidad a 6, 12 y 24 meses fue de un 22,6%, 21,7% y 30% respectivamente y se relacionó con un mayor índice de Charlson y con la presencia de pluripatología.

Discusión: La presencia simultánea de disfunción renal y cardíaca se define como síndrome cardiorrenal, cuya prevalencia oscila entre el 30 y el 67% de los pacientes con IC aguda. En nuestra serie la prevalencia fue del 67%. Entre los posibles factores de riesgo para su desarrollo encontramos asociación con la presencia de ERC previa y los edemas al ingreso. La ERC, el aumento de creatinina de > 1 mg/dl y la hiponatremia se asociaron con la mortalidad intrahospitalaria. El desarrollo de SCR se relacionó con el reingreso a los 3 meses.

Conclusiones: El síndrome cardiorrenal es una entidad de elevada prevalencia en los pacientes con insuficiencia cardíaca aguda o descompensada, que muestra la compleja interacción entre el corazón y el riñón. Nuestra serie relacionó la ERC previa y la presencia de edemas con su aparición. La mortalidad intrahospitalaria fue mayor en los pacientes con ERC previa, aumentó de creatinina > 1mg/dl e hiponatremia y la mortalidad a los 6, 12 y 24 meses se relacionó con la pluripatología y un mayor índice de Charlson. La presencia de SCR se relacionó con mayor tasa de reingreso a los 3 meses, no con la mortalidad.