

La disfunción renal al ingreso identifica un fenotipo agudo de alto riesgo sin impacto en el pronóstico a medio plazo en la insuficiencia cardiaca aguda

Miguel de la Serna Real de Asúa(1), Silvia Humanes Ybañez(1), Alfonso Fraile Sanz(1), José Luis Santiago Ruiz(1), Rebeca Mata Caballero(1), Bárbara Izquierdo Coronel(1), Paula Rodríguez Montes(1), Nuria Gil Mancebo(1), Miguel Gutiérrez Muñoz(1), Edhisson Fernando Parrales Sánchez(1), Alberto Vílchez Alcocer(1), Inés Miralles Gil(1), Cristina Utrilla Pérez(1) y Joaquín Jesús Alonso Martín(1) de (1)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de Getafe, Getafe (Madrid) - España

Introducción: La disfunción renal es frecuente en la insuficiencia cardiaca aguda (ICA) y se ha asociado clásicamente a peor pronóstico. Sin embargo, su papel como marcador de gravedad en la fase aguda está menos definido. El objetivo fue evaluar las diferencias en perfil clínico, presentación y evolución según la función renal al ingreso.

Métodos: Estudio retrospectivo de 446 pacientes consecutivos ingresados por ICA entre 2019 y 2025. Se estratificaron según filtrado glomerular estimado (FG ?60 vs <60 mL/min/1,73m²). Se analizaron variables clínicas, analíticas y ecocardiográficas, así como marcadores de gravedad y mortalidad intrahospitalaria. El seguimiento incluyó eventos cardiovasculares mayores (MACE: muerte cardiovascular o reingreso por IC). Se realizó análisis de supervivencia mediante curvas de Kaplan–Meier y test de log-rank.

Resultados: Los pacientes con FG <60 (n=225) eran de mayor edad y presentaban mayor carga de comorbilidad (índice de Charlson 7 vs 5; p<0,001), con mayor prevalencia de hipertensión, diabetes, dislipemia, enfermedad cerebrovascular, enfermedad renal crónica e IC previa (todos p<0,01). El uso previo de diuréticos de asa fue más frecuente (59% vs 34%; p<0,001).
Al ingreso, presentaron menor hemoglobina y mayores niveles de BNP (p<0,001), sin diferencias en la FEVI. La disfunción renal se asoció a una presentación más grave, con mayor incidencia de edema agudo de pulmón, bajo gasto, resistencia a diuréticos, hipertensión pulmonar severa, disfunción ventricular derecha y mayor mortalidad intrahospitalaria (todos p<0,05).
No se observaron diferencias en MACE a medio plazo (log-rank p=0,401).

Conclusiones: La disfunción renal al ingreso identifica un fenotipo de ICA con mayor gravedad clínica y peor evolución intrahospitalaria, sin impacto en el pronóstico a medio plazo.

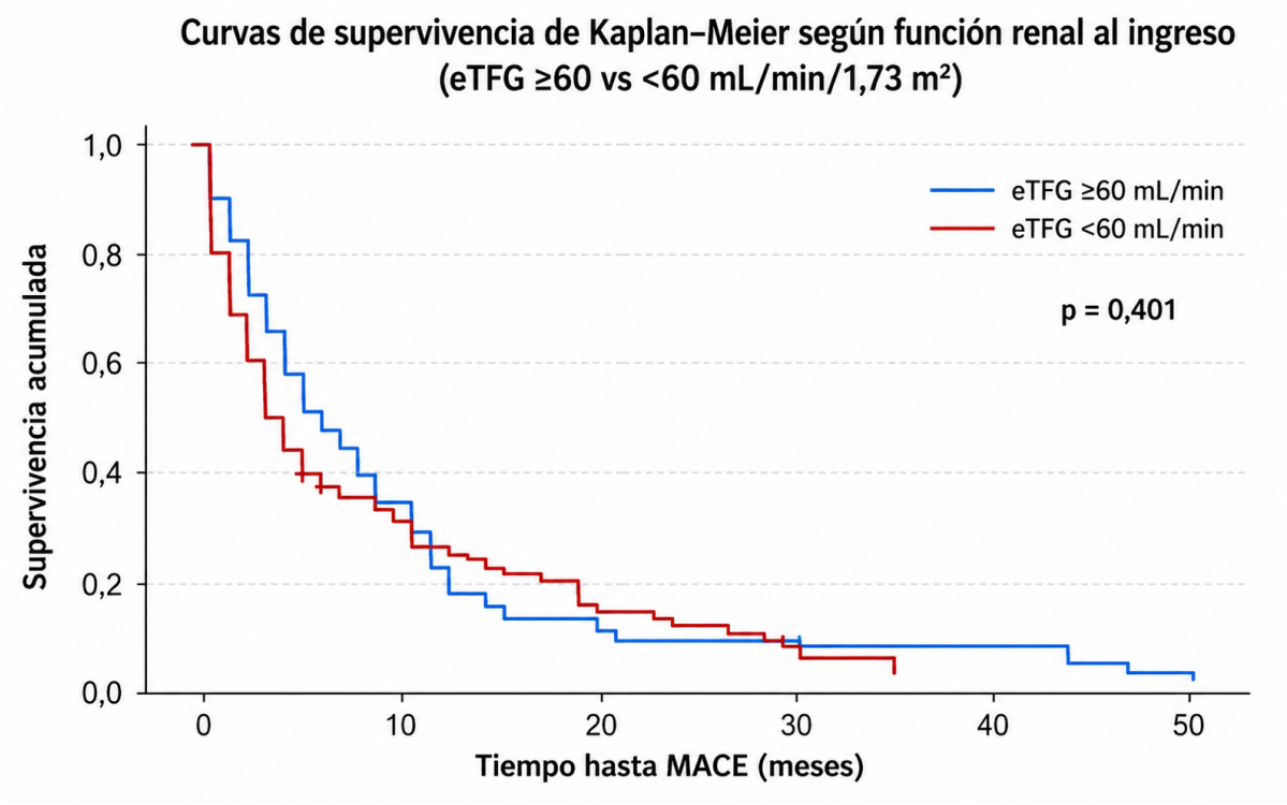


Tabla 1. Características basales según función renal al ingreso

Variable	eTFG < 60 (n = 225)	eTFG ≥ 60 (n = 221)	valor p
Edad, mediana [RIC]	78 [73–83]	75 [64–80]	<0.001
Sexo femenino, n (%)	85 (38%)	83 (37%)	0.520
Hipertensión, n (%)	192 (85%)	157 (71%)	<0.001
Diabetes mellitus, n (%)	132 (59%)	92 (42%)	<0.001
Enfermedad renal crónica, n (%)	133 (59%)	5 (2.3%)	<0.001
Enfermedad cerebrovascular, n (%)	52 (23%)	20 (9%)	<0.001
Insuficiencia cardiaca previa, n (%)	119 (53%)	61 (28%)	<0.001
Uso de diuréticos de asa previo, n (%)	133 (59%)	76 (34%)	<0.001
Disfunción ventricular derecha, n (%)	73 (33%)	51 (23%)	0.016
Hipertensión pulmonar severa, n (%)	50 (23%)	19 (9%)	<0.001
Edema agudo de pulmón, n (%)	30 (13%)	17 (8%)	0.037
Bajo gasto al ingreso, n (%)	30 (13%)	11 (5%)	0.002
Resistencia a diuréticos, n (%)	37 (16%)	14 (6%)	<0.001
Dispositivo cardiaco implantado, n (%)	56 (25%)	21 (11%)	<0.001
Índice de Charlson, mediana [RIC]	7 [5–9]	5 [4–6]	<0.001
FEVI (%), mediana [RIC]	45 [30–60]	40 [31–60]	0.941
BNP al ingreso, mediana [RIC]	9290 [3553–16796]	4896 [1858–5707]	<0.001
Hemoglobina al ingreso, mediana [RIC]	11.9 [10–13]	13.2 [12–14]	<0.001
Muertes intrahospitalarias, n (%)	7 (3%)	1 (0.5%)	0.036

eTFG: tasa de filtrado glomerular estimada; RIC: rango intercuartílico; IC: insuficiencia cardiaca; BNP: péptido natriurético tipo B; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; VD: ventrículo derecho; HTP: hipertensión pulmonar; ERC: enfermedad renal crónica.