

Más allá del remodelado ventricular: impacto pronóstico de la vulnerabilidad funcional en el síndrome cardiorrenal

Pedro Fernández Martín(1), Marta González del Río(2), María Dolores Martínez Esteban(3), José Ignacio Larrubia Valle(1), Jesús Campos García(1) y Daniel Gaitán Román(4) de (1)Servicio de Cardiología, (2)Servicio de Nefrología, (3)Responsable Unidad Cardiorrenal. Servicio de Nefrología y (4)Jefe Sección Imagen Cardíaca. Responsable Unidad Cardiorrenal. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Regional de Málaga, Málaga - España

Introducción: El síndrome cardiorrenal (SCR) representa un escenario de elevada complejidad clínica por la interacción entre disfunción cardiaca y deterioro renal, asociándose a alta comorbilidad, frecuentes ingresos y peor pronóstico. Aunque la optimización terapéutica puede mejorar la función ventricular izquierda, el impacto pronóstico de la fragilidad y la sarcopenia permanece insuficientemente definido. El objetivo fue caracterizar el perfil clínico-funcional de pacientes con SCR avanzado y analizar la asociación entre vulnerabilidad funcional, hospitalización y evolución renal y cardiaca.

Métodos: Estudio prospectivo de 52 pacientes con SCR en seguimiento multidisciplinar. Se recogieron variables clínicas, función renal (creatinina y eGFR), biomarcadores de congestión, ecocardiografía (FEVI), bioimpedancia multifrecuencia y escalas funcionales/nutricionales (FRAIL, SARC-F, Barthel y MUST). Seguimiento medio: 16,8±10,7 meses.

Resultados: Edad media 74,9±9,7 años; 69,2% varones y 82,7% con alta comorbilidad. El eGFR basal fue 26,7±11,5 ml/min/1,73m² y la FEVI 41,5±14%. La prevalencia de fragilidad fue 42,9% y de sarcopenia 34,6%. Se observaron diferencias basales por sexo en perfil clínico y composición corporal, con mayor IMC en mujeres y diferencias en parámetros de congestión por bioimpedancia, sin asociación significativa con eventos clínicos. Durante el seguimiento, hasta el 60% requirió hospitalización, la mortalidad fue del 7–8% y el 9,6% inició tratamiento renal sustitutivo. La función renal permaneció estable (eGFR 26,7±11,5 vs 25,7±10,2 ml/min/1,73m²; p=0,570) y se observó mejoría significativa de la FEVI a 12 meses (41,5±14% vs 44,1±12,7%; p=0,006), sin cambios relevantes en biomarcadores ni sobrecarga hídrica. Los pacientes con sarcopenia presentaron mayor tasa de hospitalización frente a los no sarcopénicos (61% vs 25%; p=0,034).

Conclusiones: En pacientes con SCR avanzado, la optimización terapéutica se asocia a mejoría de la función sistólica ventricular izquierda y estabilidad de la función renal. Sin embargo, la sarcopenia identifica un subgrupo de mayor vulnerabilidad y riesgo de hospitalización. La valoración sistemática de la composición corporal y del estado funcional podría aportar valor pronóstico adicional a la evaluación cardiorrenal convencional y favorecer un abordaje multidisciplinar más preciso.