

Diálisis peritoneal en el síndrome cardiorrenal: impacto clínico, analítico y pronóstico en una cohorte de vida real

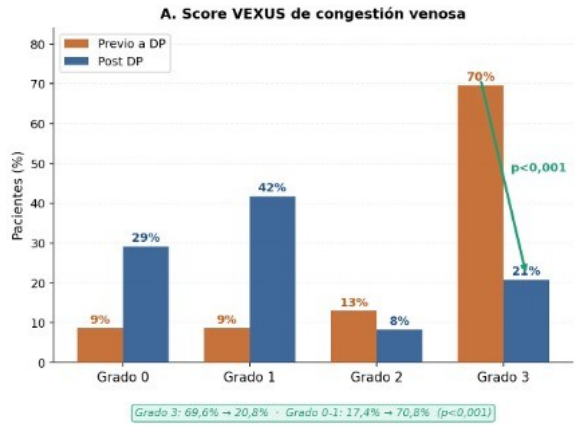
Elena Fuente González(1), Mario Galván Ruiz(1), Eva Gómez Flores(1), Juan Carlos Quevedo Reina(1), María del Val Groba Marco(1), Miguel Fernández de Sanmamed Girón(1), Cristo Adonay Santana Quintana(1), Francisco Amado Romano Matos(1), Sheila Martínez Gutiérrez(1), Eduardo Caballero Dorta(1), Luis Burgos Ramírez(1) y Antonio García Quintana(1) de (1)Hospital Universitario de Gran Canaria Dr Negrín, Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas) - España

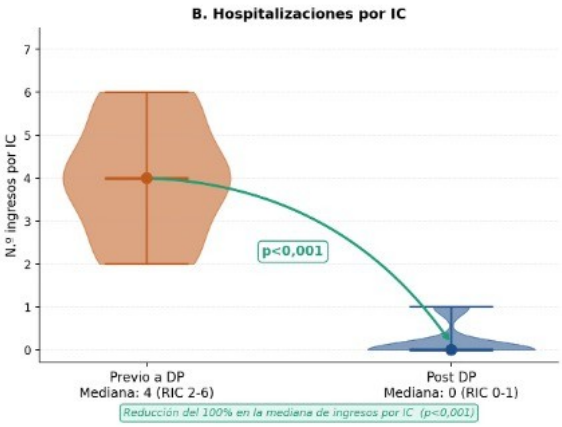
Introducción: El síndrome cardiorrenal (SCR) constituye un reto clínico complejo. En casos de congestión refractaria a diuréticos, la diálisis peritoneal (DP) ofrece una alternativa de ultrafiltración con ventajas hemodinámicas y mejor tolerabilidad cardiovascular. La evidencia en pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) y enfermedad renal crónica (ERC) avanzada es limitada. El objetivo fue evaluar el impacto clínico, analítico y pronóstico de la DP en pacientes con SCR y congestión refractaria, analizando congestión venosa (VEXUS), ingresos por IC, clase funcional y supervivencia.

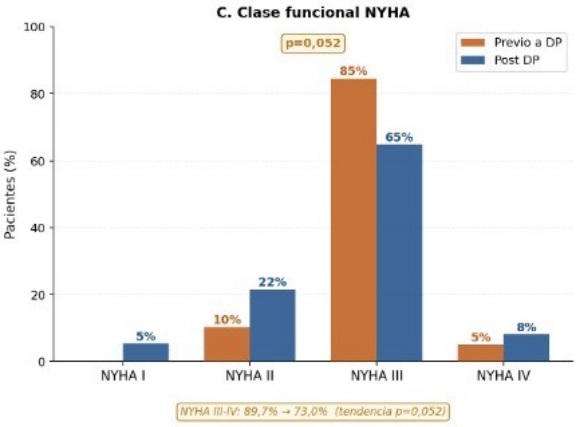
Métodos: Estudio observacional ambispectivo unicéntrico de pacientes con SCR tratados con DP (2011-2025). Se analizaron variables clínicas, analíticas y ecocardiográficas antes y después del inicio de la técnica. La congestión venosa se evaluó mediante score VEXUS (0-3). Se analizaron los datos con los test de Wilcoxon y McNemar, y curvas de Kaplan-Meier.

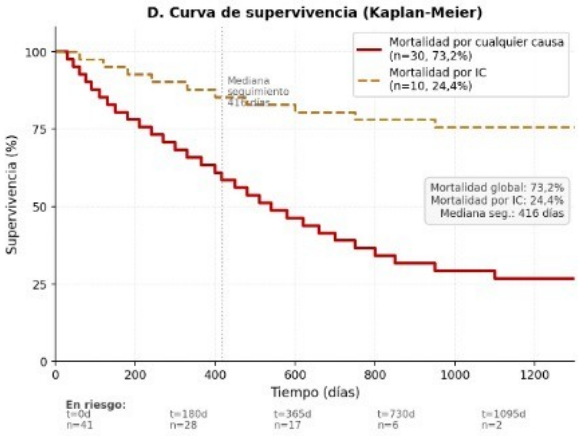
Resultados: Se incluyeron 41 pacientes (72,8±7,3 años; 34,1% mujeres) con alta comorbilidad (HTA 95,1%, DM2 70,7%, FA 75,6%). La etiología de IC más frecuente fue valvular (39%) e isquémica (36,6%). Un 65,9% presentaba nefropatía congestiva. El 95,1% tenía ingresos previos por IC (mediana 4). Mediana de seguimiento de 416 días. Tras DP, se observó mejoría significativa de la congestión: VEXUS grado 3 disminuyó del 69,6% al 20,8% (p<0,001) y VEXUS 0-1 aumentó del 17,4% al 70,8% (p=0,025). Los ingresos por IC se redujeron de 4 (RIC 2-6) a 0 (RIC 0-1) (p<0,001). La clase funcional mostró tendencia a mejoría (NYHA III-IV: 89,7% vs 73,0%; p=0,052), al igual que la FEVI (39% vs 45%; p=0,129). No hubo cambios significativos en función renal ni biomarcadores.
La diuresis residual se preservó en el 82,9%. La tasa de peritonitis fue del 14,6% y el 9,8% requirió cambio a hemodiálisis. La mortalidad global fue del 73,2%, con 24,4% atribuido a IC, sin diferencias según etiología de ERC.

Conclusiones: En pacientes con SCR avanzado, la DP se asocia a mejoría significativa de la congestión venosa, reducción marcada de ingresos por IC y tendencia a mejoría funcional, con adecuada preservación de la diuresis y perfil de seguridad aceptable. La elevada mortalidad refleja la gravedad basal, sin invalidar el beneficio clínico. Estos hallazgos apoyan la integración de la DP en unidades cardiorrenales multidisciplinares.


A. Score VEXUS de congestión venosa
Previo a DP
Post DP
Pacientes (%)
9%
29%
9%
42%
13%
8%
70%
21%
p<0,001
Grado 0
Grado 1
Grado 2
Grado 3
Grado 3: 69,6% → 20,8% · Grado 0-1: 17,4% → 70,8% (p<0,001)


B. Hospitalizaciones por IC
N.º ingresos por IC
p<0,001
Previo a DP
Mediana: 4 (RIC 2-6)
Post DP
Mediana: 0 (RIC 0-1)
Reducción del 100% en la mediana de ingresos por IC (p<0,001)


C. Clase funcional NYHA
p=0,052
Previo a DP
Post DP
Pacientes (%)
5%
10%
22%
85%
65%
5%
8%
NYHA I
NYHA II
NYHA III
NYHA IV
NYHA III-IV: 89,7% → 73,0% (tendencia p=0,052)


D. Curva de supervivencia (Kaplan-Meier)
Mortalidad por cualquier causa
(n=30, 73,2%)
Mortalidad por IC
(n=10, 24,4%)
Mediana seguimiento
416 días
Mortalidad global: 73,2%
Mortalidad por IC: 24,4%
Mediana seg.: 416 días
Supervivencia (%)
Tiempo (días)
En riesgo:
t=0d n=41
t=180d n=28
t=365d n=17
t=730d n=6
t=1095d n=2

Análisis antes-después del inicio de la diálisis peritoneal

VARIABLE	PREVIO A DP	POST DP	p
Congestión y clase funcional			
VEXUS grado 3, n (%)	16 (69,6%)	5 (20,8%)	<0,001
VEXUS grado 0-1, n (%)	4 (17,4%)	17 (70,8%)	0,025
NYHA III-IV, n (%)	35 (89,7%)	27 (73,0%)	0,052
Ingresos por IC, mediana (RIC)	4 (2-6)	0 (0-1)	<0,001
Función renal e iones			
Creatinina (mg/dL)	2,74 (2,02-3,22)	2,45 (2,11-3,89)	0,094
FGe (mL/min/1,73m²)	21 (15-31,3)	22 (14,3-29)	0,101
Sodio sérico (mEq/L)	137 (133-140)	134 (129-137)	0,002
Sodio urinario (mEq/L)	53 (39-78)	28 (17,4-50)	0,033
Cloro urinario (mEq/L)	53 (40-67)	34,6 (16,8-50)	0,033
Ecocardiografía			
FEVI (%)	39 (30-50)	45 (39,5-56)	0,129
Biomarcadores			
NT-proBNP (pg/mL)	14.663 (4.996-23.068)	18.047 (7.726-35.000)	0,131
CA-125 (U/mL)	55,5 (13,8-118)	68 (22,8-92,5)	0,856
Tratamiento			
Furosemida (mg/día)	80 (65-135)	80 (40-120)	0,209
iSGLT2, n (%)	20 (48,8%)	25 (61,0%)	0,096
IECA/ARA-II/ARNI, n (%)	20 (48,8%)	14 (34,2%)	0,083
Seguridad y diuresis residual			
Diuresis residual preservada, n (%)	-	34 (82,9%)	-
Sin nefropatía congestiva	-	13 (92,9%)	-
Nefropatía congestiva	-	21 (77,8%)	-
Peritonitis, n (%)	-	6 (14,6%)	-
Transferencia a hemodiálisis, n (%)	-	4 (9,8%)	-
Mortalidad			
Mortalidad global, n (%)	-	30 (73,2%)	-
Mortalidad por IC, n (%)	-	10 (24,4%)	-

ARNI: inhibidor receptor angiotensina-neprilisina · CA-125: antígeno carbohidrato 125 · DP: diálisis peritoneal · ERC: enfermedad renal crónica · FA: fibrilación auricular · FGe: filtrado glomerular estimado · FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo · HTA: hipertensión arterial · IC: insuficiencia cardiaca · IECA: inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina · iSGLT2: inhibidor del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 · NT-proBNP: fracción N-terminal del propéptido natriurético tipo B · NYHA: New York Heart Association · RIC: rango intercuartílico · VEXUS: Venous Excess Ultrasound Score.