

Experiencia de una unidad cardiorrenal multidisciplinar en un hospital terciario: ¿cuál es nuestro aprendizaje?

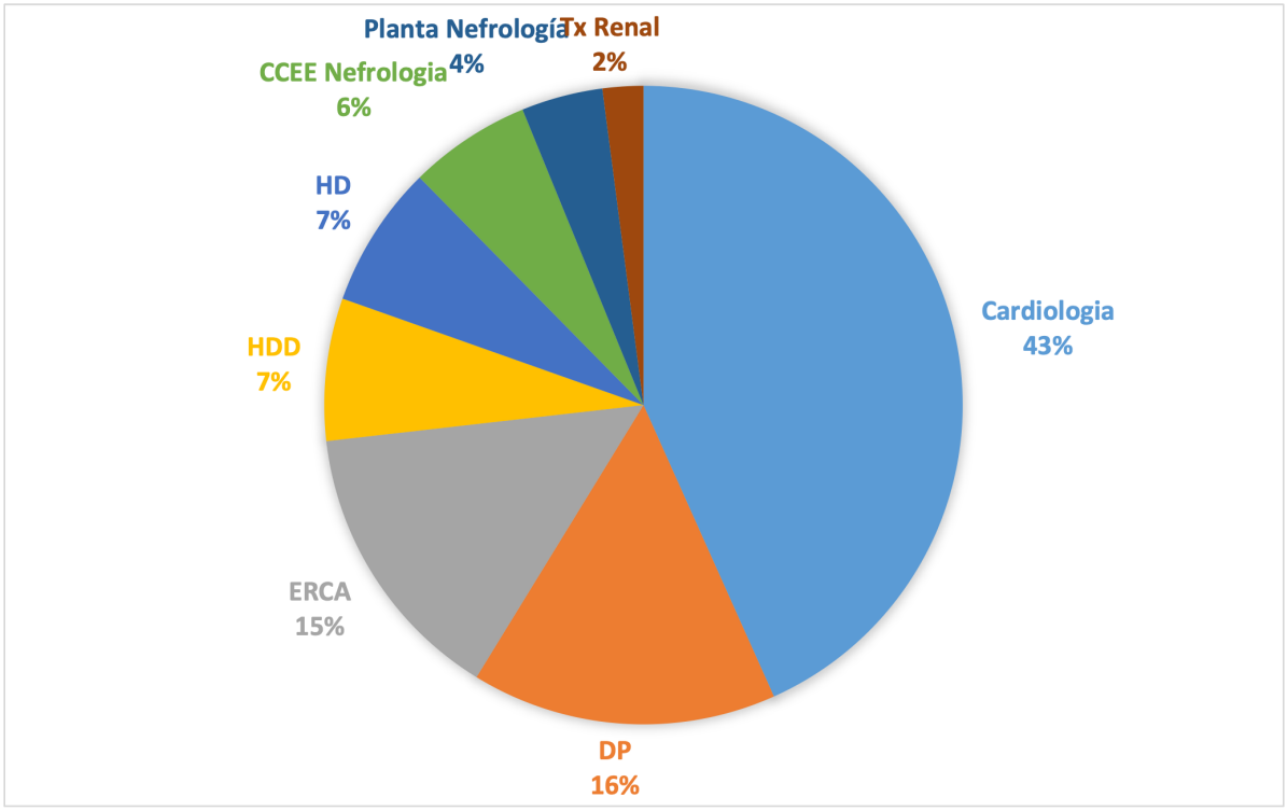
Ana Torremocha López(1), Afroditi Konstantouli(2), Inés Ponz de Antonio(1), Adriana Rodríguez Chaverri(1), Ángel Manuel Iniesta Manjavacas(1), Laura Peña Conde(1), Marta Ossorio González(2), Lina León Machado(2), Yaneli Hernández Perdomo(2), Alberto Alonso Babarro(3), Gloria del Peso Gilsanz(2) y José Raúl Moreno Gómez(1) de (1)Cardiología, (2)Nefrología y (3)Unidad de Cuidados Paliativos. Hospital Universitario La Paz, Madrid - España

Introducción: La coexistencia de insuficiencia cardiaca (IC) y enfermedad renal avanzada (ERCA) eleva la comorbilidad y las hospitalizaciones, dificultando las decisiones terapéuticas y la planificación de terapia renal sustitutiva (TRS). Una Unidad Cardiorrenal (UCR) con Cardiología, Nefrología y Paliativos podría optimizar el tratamiento cardiorrenal y la toma de decisiones compartidas. El objetivo es evaluar la experiencia de nuestra UCR.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes evaluados en UCR de noviembre 2022 a marzo 2026. Se recogen características basales, datos analíticos, ingresos por descompensación de IC y/o fracaso renal agudo, cambios en el tratamiento dirigido y planificación de cuidados (tratamiento conservador o TRS).

Resultados: Se incluyeron 97 pacientes, con edad media de 74,9±9,9 años, 72,2% varones. La principal causa de miocardiopatía fue isquémica (46,15%) y de nefropatía, la cardiorrenal (32,5%). Se realizaron 174 visitas y 31 comités multidisciplinares (51% para trasplante renal). 21 pacientes (21,6%) estaban ya en TRS siendo valorados para inclusión en lista de trasplante renal (50%) y optimización de tratamiento (41,7%), fundamentalmente.
En los 70 pacientes en seguimiento en consulta (60% de ellos con FEVI reducida), se objetivó una reducción del número de hospitalizaciones por IC entre el año previo y posterior al seguimiento (1,18±1,34 a 0,47±0,9, p=0,000). El filtrado glomerular estimado (FG) se redujo de 23,3±13,35 a 19,98±13 (p=0,003), con estabilidad del resto de parámetros analíticos. Se incrementó significativamente el uso de inhibidores de SGLT2 (69% vs. 78,6%, p=0,000), sacubitrilo/valsartán (33,3% vs. 45,2%, p=0,000) y antialdosterónicos (50% vs. 54,8%, p=0,000). En aquellos con FEVI reducida, se incrementó el uso de cuádruple terapia (21,4% vs 26,2%, p=0,002).
Se valoró TRS en 38 pacientes, con FG medio de 21,5±9 ml/min (54% con FG<20 ml/min). 11 pacientes se orientaron a diálisis peritoneal, 5 hemodiálisis y 16 tratamiento conservador. El resto están pendientes. Seis pacientes han comenzado diálisis (4 DP, 2 HD) y dos fallecieron antes de su inicio.

Conclusiones: La implantación de una Unidad Cardiorrenal contribuye a una mejor optimización terapéutica y a la toma de decisiones sobre TRS en pacientes con síndrome cardiorrenal de alta complejidad, así como a la agilización de la entrada de pacientes en lista de espera de trasplante renal.



Variables basales y datos analíticos iniciales de los pacientes con seguimiento en consulta.

	Total pacientes (n = 70)
Edad - años	78,1± 6,73
Varón - n (%)	48 (68,6)
DSVI – n (%)	42 (60%)
FEVI - %	44,14 ± 15,5
Dosis de furosemida oral - mg	76,67 ± 63,79
Uso de segundo diurético – n (%)	13 (18,6%)
Quelantes de K – n (%)	13 (18,6%)
NTproBNP – pg/ml	11620,4 ± 14406,94
Ca 125 – U/ml	86,2± 137,43
FG – ml/min/1,73m^2	22,9 ± 12,55
Creatinina – mg/dl	2,78 ± 1,18
Urea – mg/dl	134,32 ± 56,28
Hemoglobina – g/dl	12,3 ± 1,62
Ferritina – ng/ml	262 ± 229,62
IST - %	23,11 ± 10,58
Potasio - mEq/l	4,71 ± 0,54
Sodio - mEq/l	139,62 ± 3,91
Magnesio – mg/dl	2,16 ± 0,37
Albúmina – g/dl	4,29 ± 1,1435

Abreviaturas: DSVI: disfunción sistólica ventricular izquierda. FEVI: fracción de eyección de ventrículo izquierdo. NTproBNP: N-terminal pro-péptido natriurético cerebral. FG: filtrado glomerular. IST: índice saturación transferrina. K: potasio. Variables cuantitativas expresadas como media y desviación estándar.