Rev Esp Cardiol. 2024;77 (Supl 1): 417

Revista Española de Cardiología

5017-7. ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE EL PERFIL DE PACIENTES DERIVADOS DESDE NEFROLOGÍA Y CARDIOLOGÍA A UNA UNIDAD CARDIORRENAL

Javier León Santana[1], Mario Galván Ruiz[1], Juan Carlos Quevedo Reina[2], María del Val Groba Marco[1], Adonay Santana Quintana[2], Miguel Fernández de Sanmamed Girón[1], Daniela Medina García[2], Yuliana Daruiz d'Orazio[2], Patricia Fernández Navarro[2], Miriam Valcárcel Herrera[2], Julio Vázquez Reguera[1], Eduardo Caballero Dorta[1] y Antonio García Quintana[1]

[1]Servicio de Cardiología y [2]Servicio de Nefrología. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas), España.

Resumen

Introducción y objetivos: El abordaje del síndrome cardiorrenal está experimentando un cambio de paradigma influenciado por los avances diagnóstico-terapéutico. Esto ha propiciado la necesidad de crear unidades cardiorrenales (UCR). Nuestro objetivo es comparar los perfiles de derivación entre Cardiología y Nefrología, y valorar su impacto en el paciente cardiorrenal.

Métodos: Realizamos un análisis de los pacientes en seguimiento por la UCR de nuestro centro. Se recogieron comorbilidades, datos analíticos, ecocardiográficos y tratamiento según origen (grupo 1 procedente de Cardiología y grupo 2 de Nefrología). Posteriormente, se comparó el impacto de la UCR en la clase funcional, titulación de fármacos, ingresos y mortalidad.

Resultados: Se incluyeron 147 pacientes, 58,5% (n = 86) grupo 1 y 41,5% (n = 61) grupo 2. La mediana de seguimiento fue mayor en el grupo 2 (6,6 vs 8,4 meses, p = 0,005), con una ligera mayor prevalencia de mujeres (29,1 vs 36,1%, p = 0,370). Las comorbilidades eran similares, excepto una mayor incidencia de FA en el grupo 1 (55,8 vs 26,2%, p 0,001). El índice de Charlson fue ligeramente mayor en el grupo 2 (4,7 vs 5,3, p = 0,139). El grupo 1 tenía una mayor prevalencia de FEVI deprimida (62,4 vs 31%), mientras que el grupo 2 de FEVI preservada (28,2 vs 50%). La tasa de descompensaciones previas fue mayor en el grupo 1 (77,9 vs 50,8%; p 0,001). Los pacientes del grupo 2 tenían mayor grado de enfermedad renal (figura A) y niveles mayores de fósforo, con similares niveles de albuminuria y en los biomarcadores. Basalmente no existían diferencias en la clase funcional NYHA, observándose una ligera mejoría en ambos grupos en el seguimiento (figura B). Inicialmente el uso de fármacos pronósticos de la IC era menor en el grupo 2. Tras el seguimiento, se objetiva un mayor uso, siendo está mejoría más notable en el grupo 2 (tabla). No existen diferencias en el seguimiento en los eventos por IC entre ambos grupos (20,9 vs 32,8, p = 0,106) ni en la mortalidad.

Evolución tratamientos pronósticos de IC según FEVI y derivación

Derivación desde Cardiología (N = 86)

	FEVI deprimida		FEVI ligeramente reducida		FEVI preservada	
	Previo	**Post**	**Previo**	**Post**	**Previo**	**Post**
Furosemida	40 (75,5%)	42 (79,2%) **3,7**	5 (62,5%)	4 (50%) **-12,5**	15 (62,5%)	17 (70,8%) **-8,3**
Bloqueador beta	51 (96,2%)	50 (94,3%) **-1,9**	7 (87,5%)	7 (87,5%) **0**	19 (79,2%)	17 (70,8%) **-8,4**
Sacubitrilo/valsartán	37 (69,8%)	42 (79,2%) **9,4**	4 (50%)	5 (62,5%) **12,5**	4 (16,7%)	6 (25%) **8,3**
ARM	32 (60,4%)	37 (69,8%) **9,4**	6 (75%)	5 (62,5%) **-12,5**	6 (25%)	12 (50%) **25**
ISGLT2	39 (73,9%)	46 (86,8%) **12,9**	7 (87,5%)	7 (87,5%) **0**	12 (50%)	18 (75%) **25**
Quelante K	12 (22,6%)	15 (28,3%) **5,7**	2 (25%)	1 (12,5%) **-12,5**	6 (25%)	6 (25%) **0**

Derivación desde Nefrología (N = 61)

	Previo	**Post**	**Previo**	**Post**	**Previo**	**Post**
Furosemida	12 (66,7%)	11 (61,1%) **-5,6**	9 (81,9%)	7 (63,6%) **-18,3**	16 (57,1%)	13 (46,8%) **-10,3**
Bloqueador beta	18 (100%)	17 (94,4%)	7 (63,6%)	9 (81,8%)	20 (71,4%)	21 (75%)

-5,6	**18,2**	**3,6**				
Sacubitrilo/valsartán	13 (72,2%)	16 (88,9%) **16,7**	3 (27,3%)	8 (72,7%) **45,4**	2 (7,1%)	6 (21,4%) **21,5**
ARM	6 (33,3%)	12 (66,7%) **33,4**	4 (36,4%)	9 (81,8%) **45,4**	6 (21,4%)	12 (42,9%) **21,5**
ISGLT2	12 (66,7%)	14 (77,8%) **11,1**	8 (72,7%)	9 (81,8%) **9,1**	9 (32,1%)	16 (57,1%) **25**
Quelante K	6 (33,3%)	9 (50%) **16,7**	2 (18,2%)	3 (27,3%) **9,1**	6 (21,4%)	6 (21,4%) **0**

Características basales de la NYHA y ERC según derivación.

Conclusiones: El grupo 1 presenta mayor prevalencia de FA, FEVI deprimida y número de descompensaciones, mientras que los pacientes del grupo 2 presentan mayor prevalencia de FEVI preservada y niveles más avanzados de enfermedad renal. A pesar de que los tratamientos basales estaban más optimizados en el grupo 1, se objetiva una mejoría en la titulación en ambos grupos, poniendo en evidencia la importancia de las UCR en el abordaje de esta patología.