Rev Esp Cardiol. 2024;77 (Supl 1): 1105

Revista Española de Cardiología

6064-413. LA UNIDAD CARDIORRENAL: ¿BENEFICIO REAL O MITO?

Josebe Goirigolzarri Artaza, Clara García Carro, María Alejandra Restrepo Córdoba, Marta Calvo Arévalo, Alejandro Morales, David Vivas Balcones, Juan Carlos Gómez Polo, Javier Higueras Nafria, Julia Playán Escribano, Ana Sánchez Fructuoso, Isidre Vila Costa y Julián Pérez-Villacastín Domínguez

Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: Las Unidades Cardiorrenales (UCR) suponen una revolución en el manejo de la insuficiencia cardiaca (IC) y la enfermedad renal crónica (ERC). Sin embargo, los pacientes valorados y los resultados en las UCR a medio plazo de ambos síndromes clínicos son todavía escasos. El objetivo fue analizar el perfil de pacientes atendidos y su evolución clínica en una UCR.

Métodos: Estudio retrospectivo unicéntrico de un centro terciario que analizó de forma consecutiva todos los pacientes valorados en la UCR entre septiembre 2023-marzo 2024. Se incluyeron los pacientes desde su primera visita en UCR (inicio de funcionamiento enero 2022) y se realizó seguimiento hasta abril 2024.

Resultados: Se incluyeron 72 pacientes. La edad media fue 72,1 ± 12,5 años y 15 (20,8%) mujeres. Las principales características de los pacientes se incluyen en la tabla. La complejidad y comorbilidades fue elevada; 84,7% presentaron hipertensión arterial, 51,4% diabetes mellitus y un Charlson score de 3,8 ± 2,2. La FEVI media y el NTPROBNP inicial fueron de 46,1 ± 12,1% y 4.809,3 ± 6.045,7 respectivamente. El principal origen de los pacientes fue la Unidad de Insuficiencia Cardiaca (55 pacientes, 76,4%), seguido de las consultas de Nefrología (11, 15,3%). 27 pacientes (37,5%) habían presentado ingreso por descompensación de IC o fracaso renal agudo sobre ERC el año previo y había 3 pacientes en diálisis peritoneal (DP). Un 84,7% presentaron eFG 45 ml/min/1,73 m^2 y un 37,5% FEVI 40%. De este subgrupo (21 pacientes), en el momento de derivación el 20% recibían tratamiento con IECA/ARAII, el 65% con ARNI, 35% con antialdosterónicos y 75% con iSGLT2. Tras un seguimiento medio en la UCR de 9,0 ± 6,9 meses hubo 6 ingresos relacionados con IC o ERC (8,3% durante el seguimiento vs 37,5% el año previo, p 0,9), dos pacientes iniciaron DP y no se objetivó deterioro de función renal en el seguimiento pese a la optimización de tratamiento. Los episodios de hiperpotasemia fueron poco frecuentes (3, 4,2%) y hubo un *exitus* de origen cardiovascular.

Características basales y parámetros analíticos en la evolución de los pacientes seguidos en UCR

	Basal (n = 72)	Última visita	p

Etiología ERC	
Congestiva	18 (25%)
ERD	19 (26,4%)
NAE	14 (19,4%)
Tóxica	1(1,4%)
Vascular	4 (5,5%)
Otras	10 (13,9%)
Estadio ERC	
2	2 (2,8%)
3A	7 (9,7%)
3B	35 (50%)
4	22 (30,5%)
5	3 (4,2%)
Terapia renal sustitutiva	3 (4,2%)
Grado albuminuria	
A1	29 (40,3%)
A2	13 (18,1%)
A3	13 (18,1%)
Etiología de la IC	

Isquémica	28 (38,9%)		
Hipertrófica	2 (2,8%)		
Hipertensiva	7 (9,7%)		
Genética	3 (4,2%)		
Constrictiva	1 (1,4%)		
Taquimiopatía	3 (4,2%)		
Otras	8 (11,1%)		
FEVI (%)	46,1 ± 12,1		
FEVI			
Conservada (> 50%)	31 (43,0%)		
Levemente reducida (40-50%)	6 (8,3%)		
Reducida (40%)	27 (37,5%)		
Creatinina (mg/dl)	2,02 ± 0,99	2,16 ± 1,32	0,3
FG (mL/min/1,73 m^2)	34,1 ± 11,2	34,3 ± 14,9	0,5
CAC (mg/g)	328,6 ± 819,7	424,0 ± 1208,7	0,9
NT-proBNP (pg/ml)	4.809,3 ± 6.045,7	8.735,0 ± 25.172,7	0,25
NT-proBNP > 2.500 (pg/ml)	37 (51,4%)	33 (45,8%)	0,0001
CA 125 (U/ml)	30,9 ± 57,8	23,8 ± 26,5	0,3

CAC: cociente albúmina/creatinina; ERC: enfermedad renal crónica; ERD: enfermedad renal diabética; FEVI: fracción de eyección ventrículo izquierdo; FG: filtrado glomerular; IC: insuficiencia cardiaca; NAE: nefroangioesclerosis; UCR: unidad cardiorrenal.

Conclusiones: Los pacientes valorados en la UCR son de elevada complejidad. El manejo multidisciplinar en nuestro centro permitió una tendencia a menor ingresos por IC/ERC en el seguimiento, sin empeoramiento de la función renal. La investigación en red será clave para poder mejorar la evidencia respecto a los beneficios de las UCR.