

Importancia de una Unidad Cardiorrenal (UCR) en el manejo global del síndrome cardiorrenal

M Marques. Marta Cobo. Paula Sánchez Briales. Esther Montero. JC Lopez Azor. Julia González. Paula Lopez Sánchez. Javier Segovia. Jose Portoles.
Servicio de Nefrología. Servicio de Cardiología. H U Puerta de Hierro-Majadahonda

INTRODUCCION

Las Unidades Cardiorrenales (UCR) abordan la complejidad del síndrome cardiorrenal desde un enfoque multidisciplinar. optimizando el tratamiento. mejorando el seguimiento clínico y planificando la terapia renal sustitutiva (TRS). Tras analisis previos que han demostrado beneficios al año de seguimiento. evaluamos en este trabajo la evolución tras 4 años de actividad

MATERIAL Y METODOS

Las Estudio longitudinal. unicéntrico. con los principales resultados de la UCR del HU Puerta de Hierro-Majadahonda tras cinco años de actividad (2021-2024). Se recogen datos demográficos y analíticas (en la primera y sucesivas visitas); los ingresos se registran desde dos años antes del inicio en la UCR y hasta el momento actual o fallecimiento del paciente o inicio de diálisis o pérdida de seguimiento.

RESULTADOS

DEMOGRAFICOS

- Han sido evaluados 259 pacientes con al menos 2 visitas
- Reclutamiento entre 2021–2024
- Seguimiento medio de 1.6 años (DE 1.0)
- Alta prevalencia de varones (74%)
- Prevalencia de pacientes con DM (53%)

T1.- Datos demográficos y analíticos al inicio de la UCR

DATOS BASALES

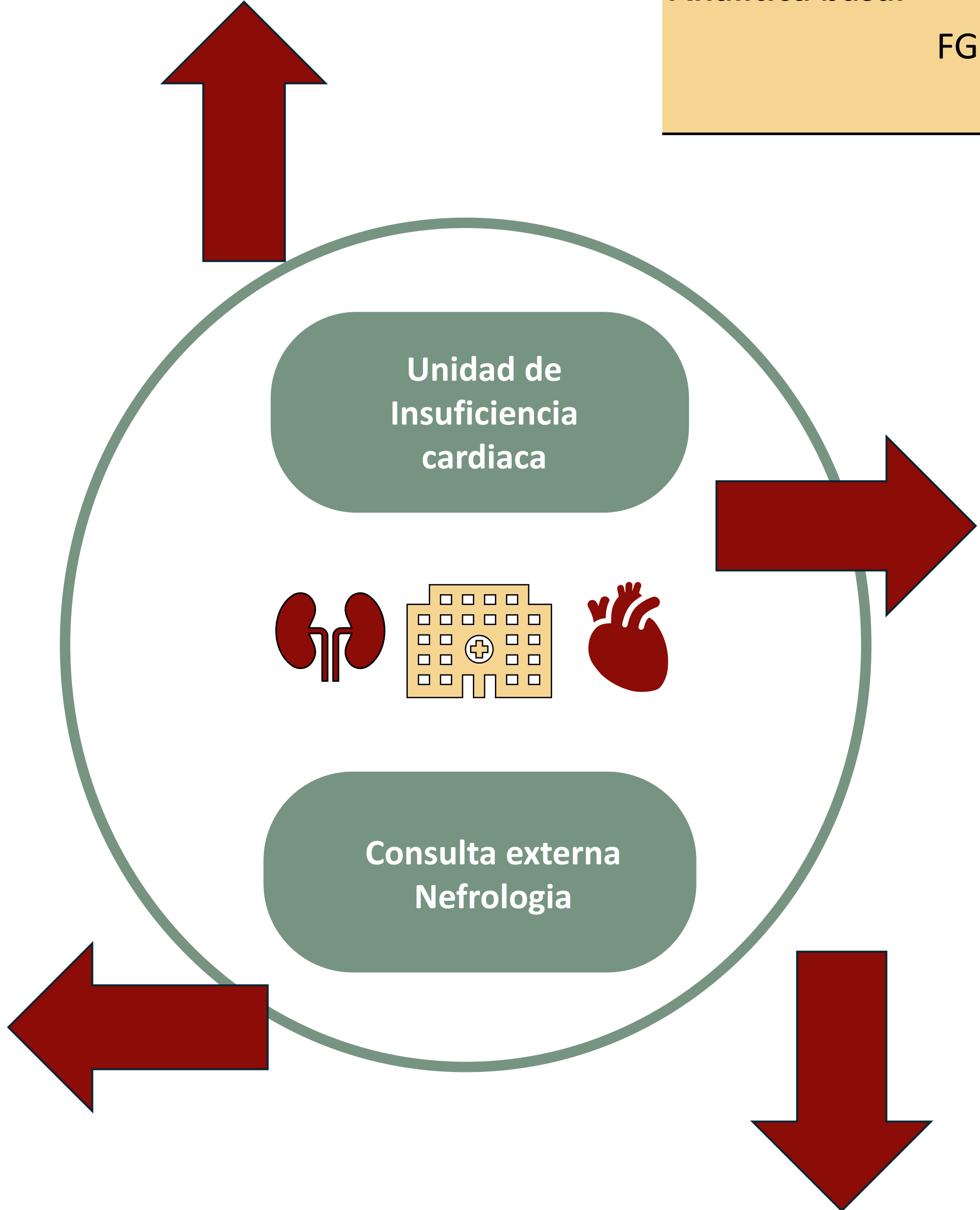
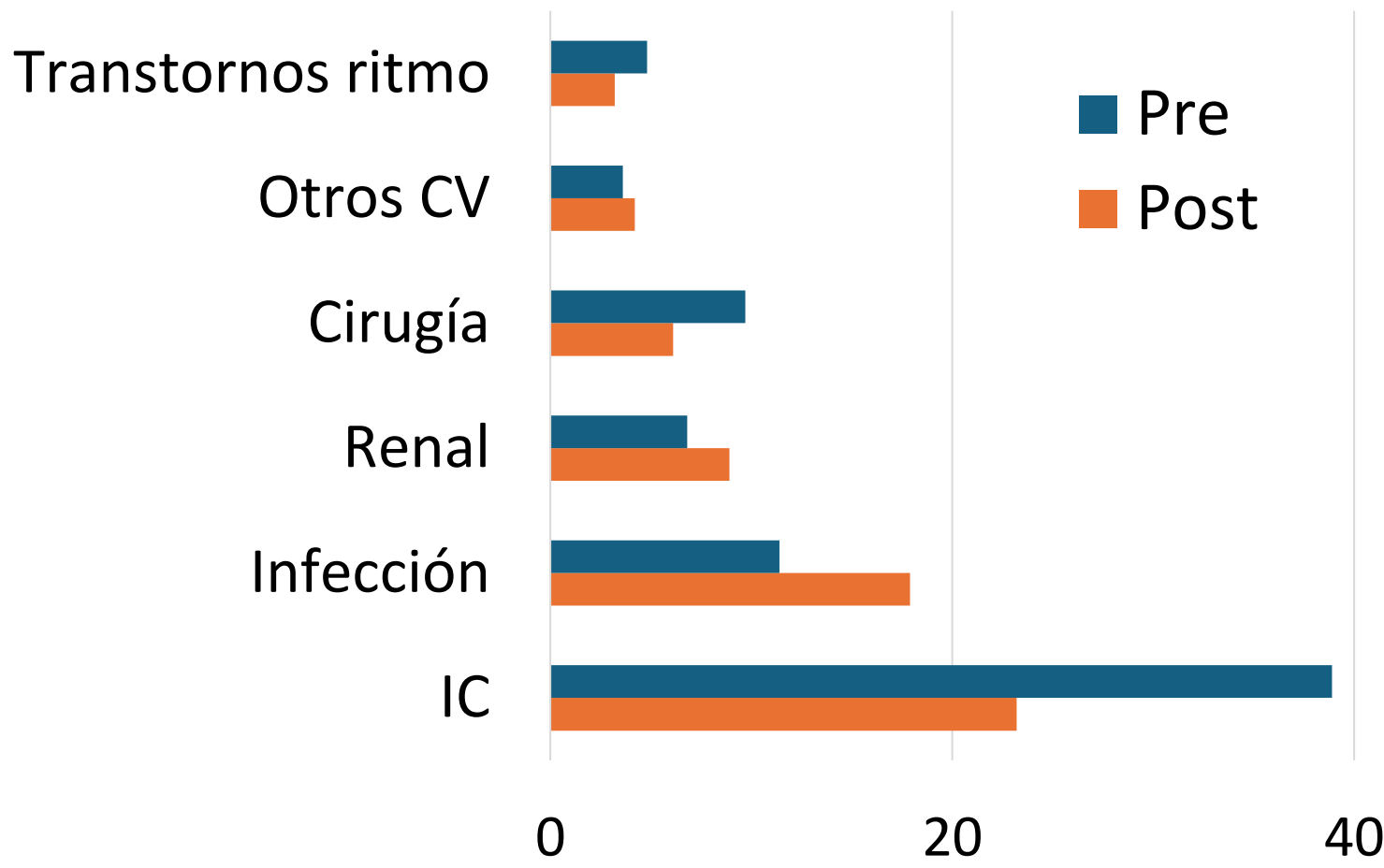
Edad	76.2 (9.1) años
Varones	74.1%
DM / HTA / dislipemia	53.3% / 85.3% / 68.7%
FEVI reducida	35.1%
m-reducida	23.3%
preservada	41.6%
Etiología renal: DM / SCR/ NAE / otras	32.3% / 29% / 10.5% / 28.2%
Analitica basal	
FGe basal (ml/min/1.73m ²)	33.7 (11.5)
Albuminuria (mg/g)	12.7 [3.2–60.7]

T2.- Datos analíticos basales y al final del seguimiento.

	Inicial	Final	pvalor
FGe (ml/min)	33.7 (11.7)	35.2 (14.6)	0.008
CAC (mg/g)	15.4 [4.2-98.8]	49.7 [8.6-109.9]	0.1
Hemoglobina (g/dl)	13.1 (2.1)	14.1 (2.0)	<0.001
Ferritina	269.2 (275.7)	378.5 (311.9)	<0.001
NT proBNP	2659 [133-6016]	2311.5 [1025-5811]	0.56
CA125	39.8 (74.8)	46.0 (79.2)	0.004
PTH	179.9 (105.1)	229.4 (135.4)	<0.001
Calcio	9.4 (0.6)	9.6 (0.5)	<0.001
Calcio ajustado	9.2 (0.6)	9.3 (0.6)	0.2
Fosforo	3.8 (1.1)	4.0 (0.8)	0.02
Vitamina D	53.8 (32.1)	59.1 (35.9)	0.12

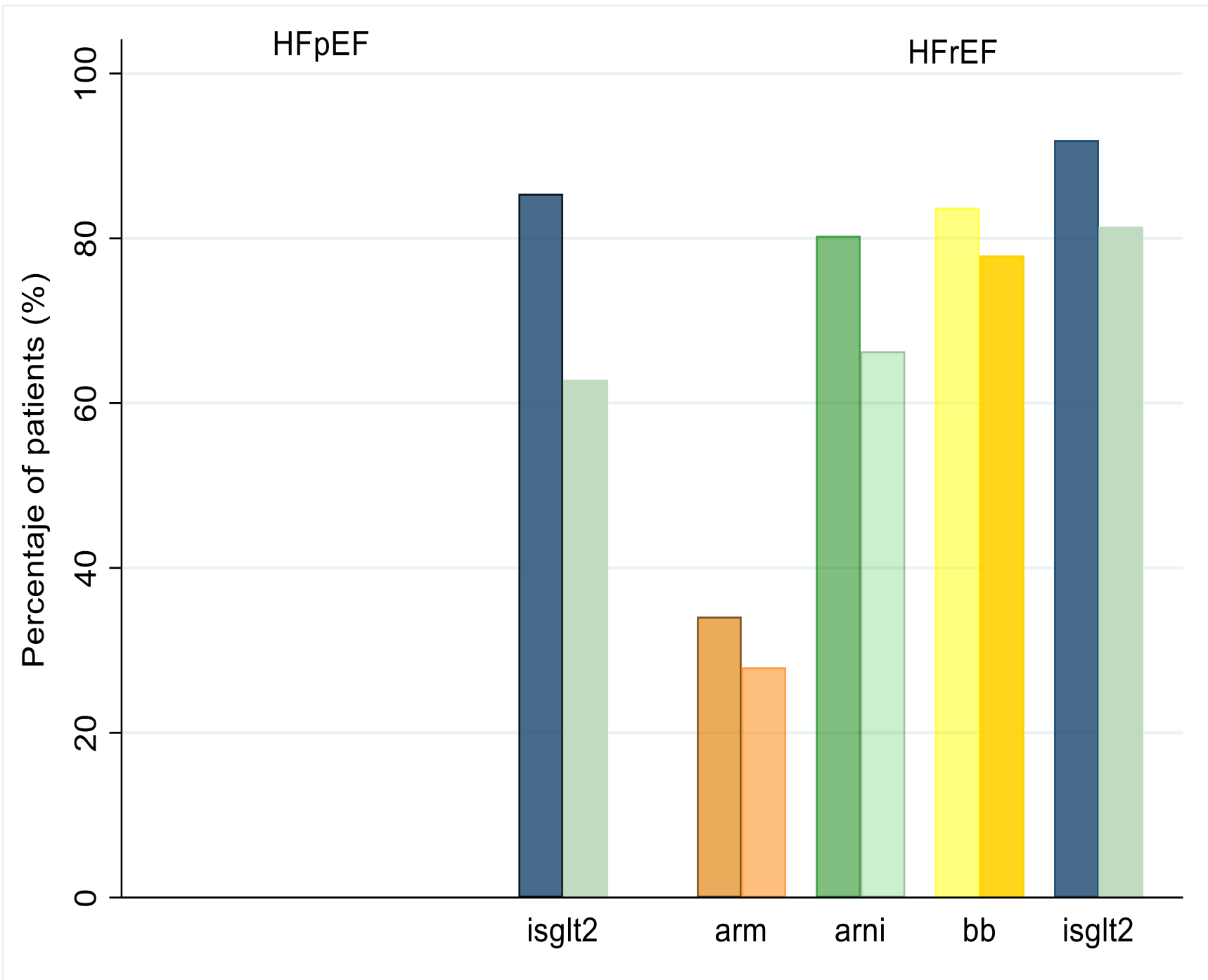
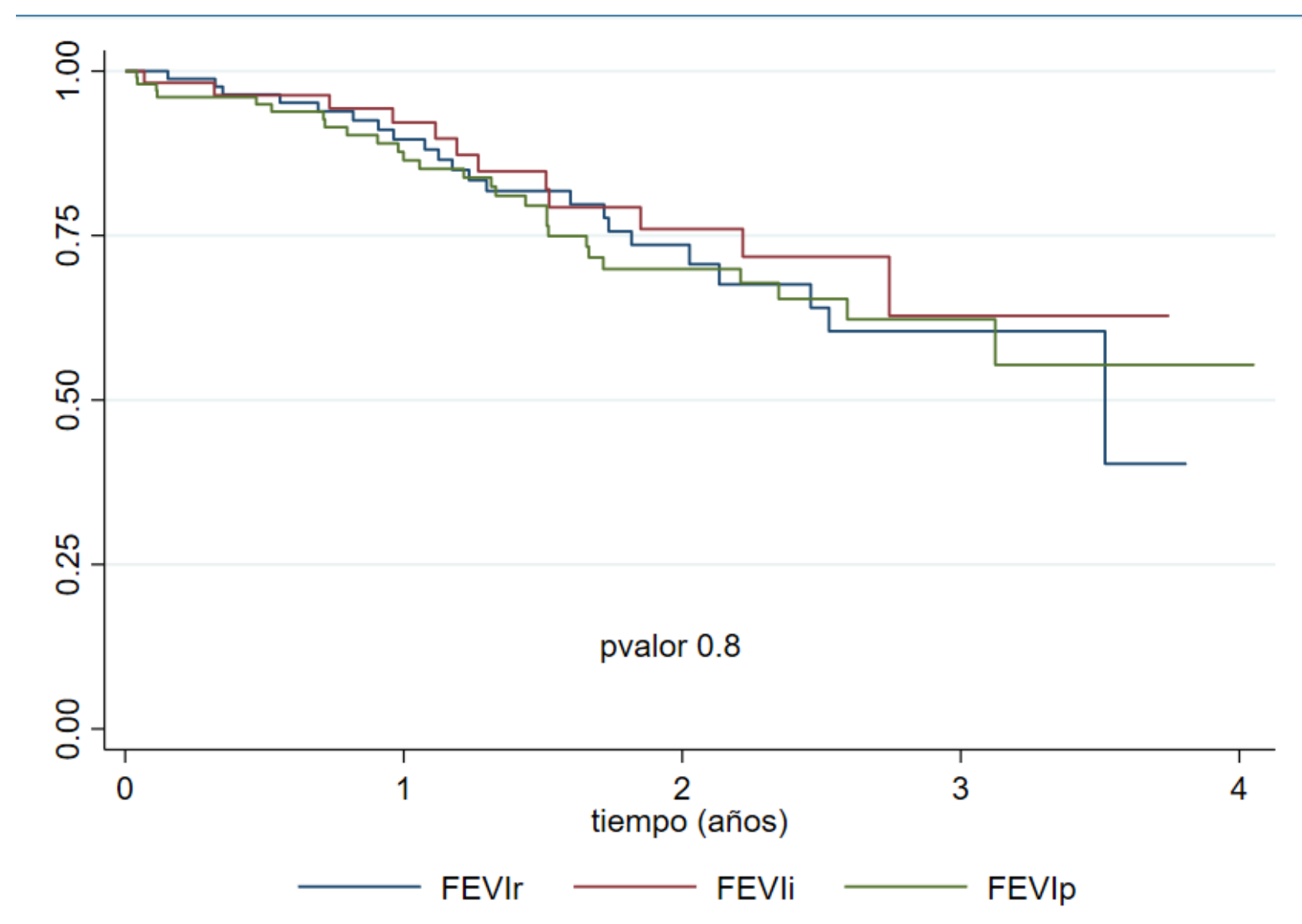
INGRESOS

Tras el inicio del seguimiento en la UCR. la tasa de hospitalización por insuficiencia cardiaca se redujo significativamente. pasando de 0.44 a 0.29 ingresos por paciente/año ($p < 0.001$). En cambio. la tasa de ingresos por cualquier causa se mantuvo sin cambios significativos (1.1 vs 1.3 ingresos por paciente/año; $p = 0.09$).



MORTALIDAD

Durante el período de seguimiento fallecieron 64 pacientes, lo que representa una mortalidad global del 24.7% y una tasa de mortalidad anual del 16.5%. Las principales causas de fallecimiento fueron de origen cardiovascular (53.1%) e infeccioso (21.9%).



DIALISIS

Únicamente el 6.6% de los pacientes iniciaron alguna modalidad de tratamiento renal sustitutivo (TRS). Cuatro pacientes habían recibido al menos una sesión de diálisis urgente previa a su ingreso en la Unidad cardiorrenal(UCR).

CONCLUSIONES

Es necesario un enfoque integral de las UCR para pacientes de alto riesgo de progresión. con un trabajo conjunto de cardiólogos. nefrólogos y enfermería. Esta estrategia disminuye los ingresos por descompensación de insuficiencia cardiaca



20ª REUNIÓN

20-21 de junio 2025

Sociedad Madrileña de Nefrología
Fórum de la Asociación de Nefrología

