



El síndrome cardiorrenometabólico: cuando el corazón, el riñón y el metabolismo dejan de jugar por separado

El síndrome cardiorrenometabólico es uno de esos conceptos que, al principio, suenan a palabro académico inventado para complicarnos la vida en consulta, pero cuanto más lo piensas, más sentido tiene. En realidad, viene a poner nombre a algo que los médicos de familia llevamos viendo desde hace años: el paciente con obesidad, diabetes, hipertensión, algo de insuficiencia renal y riesgo cardiovascular elevado no tiene “muchas enfermedades separadas”, sino un auténtico cóctel donde todo está conectado.

Y ahí está probablemente el principal aspecto positivo del concepto. Nos obliga a dejar de mirar órganos aislados. Durante mucho tiempo hemos tratado el corazón por un lado, el riñón por otro y el metabolismo en otra carpeta distinta. Ahora entendemos mejor que el paciente con diabetes no solo “puede acabar” con enfermedad renal o cardiovascular, sino que todo forma parte de un mismo proceso fisiopatológico. Esto, para Atención Primaria, tiene muchísimo valor porque nuestra visión siempre ha sido bastante global. Nosotros vemos al paciente entero, no solo una creatinina o un ecocardiograma.

Un aspecto positivo muy destacable es que el síndrome cardiorrenometabólico ha ayudado a reforzar la prevención precoz. Ya no esperamos a que aparezca un infarto o una insuficiencia renal avanzada para actuar. Se insiste mucho más en detectar obesidad abdominal, resistencia a la insulina, hipertensión o albuminuria en fases iniciales. Y además han aparecido tratamientos que realmente cambian el pronóstico. Hace unos años muchos pacientes con diabetes seguían acumulando eventos cardiovasculares a pesar de controlar más o menos la glucemia. Ahora, con fármacos como los iSGLT2 (empagliflozina, dapagliflozina y canagliflozina) o los agonistas GLP-1 (semaglutida, y duales, la tirzepatida), tenemos herramientas con impacto real en corazón y riñón, no solo en la hemoglobina glicosilada. Otro fármaco, la Finerenona reduce inflamación y fibrosis cardiorrenal, ayudando a frenar la enfermedad renal crónica y disminuir eventos cardiovasculares. En consecuencia, las aportaciones de estos fármacos suponen un cambio enorme.

También es positivo que el modelo fomente el trabajo multidisciplinar. Aunque a veces cueste coordinar agendas y sistemas informáticos imposibles, la idea de que cardiólogos, nefrólogos, endocrinos y médicos de familia compartan objetivos

comunes tiene bastante lógica. El paciente complejo gana cuando todos reman en la misma dirección.

Pero claro, no todo es bonito. Uno de los problemas del síndrome cardiorrenometabólico es que corre el riesgo de convertirse en otro término enorme y poco práctico. A veces parece que medicalizamos absolutamente todo. Si cogemos a una población envejecida, sedentaria y con sobrepeso, prácticamente media consulta encaja en la definición. Eso puede hacer que el concepto pierda utilidad clínica y termine siendo demasiado amplio.

Además, existe el peligro de generar aún más sobrecarga asistencial en Atención Primaria. Porque detrás del discurso científico aparecen más cribados, más escalas de riesgo, más controles analíticos y más objetivos terapéuticos. Y todo eso está muy bien sobre el papel, pero luego tienes siete minutos por paciente y una sala de espera llena. Hablar de abordaje integral está fenomenal; hacerlo de verdad en el día a día ya es otra historia.

Otro aspecto negativo importante es la desigualdad social. Los determinantes sociales de salud, y ahí está una de las claves reales del problema. Es muy fácil decirle a un paciente que pierda peso, haga ejercicio y coma sano, pero luego vive en un entorno precario, trabaja diez horas sentado, duerme mal y no puede permitirse determinados alimentos. Muchas veces tenemos la sensación de estar recomendando estilos de vida ideales en contextos completamente incompatibles con ellos.

También hay cierta incertidumbre científica. Aunque sabemos mucho más que antes, todavía quedan bastantes lagunas. No todos los pacientes evolucionan igual, no todos responden igual a los tratamientos y seguimos sin entender completamente por qué algunos desarrollan daño renal rápido y otros no. Además, muchas recomendaciones vienen de estudios muy controlados que luego no siempre reflejan al paciente pluripatológico real que vemos en consulta.

Y por último está el tema económico. Los nuevos tratamientos son prometedores, sí, pero también caros. Si el síndrome cardiorrenometabólico termina implicando que millones de personas sean candidatas a terapias avanzadas, el impacto sobre los sistemas sanitarios puede ser enorme. Habrá que ver cómo equilibramos beneficio clínico y sostenibilidad.

En resumen, el síndrome cardiorrenometabólico tiene mucho de útil porque integra enfermedades que realmente están conectadas y refuerza una visión preventiva y global muy cercana a la Medicina de Familia. Pero también plantea riesgos: exceso de medicalización, más carga asistencial, desigualdades sociales difíciles de corregir y dudas sobre cómo aplicar todo esto en la

práctica diaria real. Como casi siempre en medicina, la teoría es brillante; el reto es aterrizarla en la consulta de cada mañana.

Enrique Carretero Anibarro. Medicina de familia. Centro de salud José Gallego Arroba. Puente Genil. Córdoba. Coordinador del GdT SAMFyC de Diabetes

Junio 2026

Ndumele CE, Neeland IJ, Tuttle KR; American Heart Association. A Synopsis of the Evidence for the Science and Clinical Management of Cardiovascular-Kidney-Metabolic (CKM) Syndrome: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*. 2023 Nov 14;148(20):1636-1664. doi: 10.1161/CIR.0000000000001186. Epub 2023 Oct 9. PMID: 37807920.