



6027-2. ¿CÓMO TRATAMOS A LOS PACIENTES SON INSUFICIENCIA CARDIACA Y FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA E INSUFICIENCIA RENAL GRAVE EN LA VIDA REAL?

Juan Luis Bonilla Palomas¹, Alejandro Recio Mayoral², José González Costello³, Juan José Gómez Doblas⁴, Nieves Romero Rodríguez⁵, Julián Pérez Villacastín⁶, Andrés Íñiguez Romo⁷, Javier Muñoz⁸ y Manuel Anguita Sánchez⁹

¹Hospital San Juan de la Cruz, Úbeda, Jaén, ²Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, ³Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona, ⁴Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, ⁵Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, ⁶Servicio de Cardiología Hospital Clínico San Carlos, Madrid, ⁷Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, ⁸Instituto de Investigación Biomédica A Coruña (INIBIC) y ⁹Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Resumen

Introducción y objetivos: La insuficiencia renal grave (filtrado glomerular -FG- 30 ml/min/1,72 m²) puede suponer una limitación para el uso de algunos fármacos con beneficio pronóstico en el paciente con insuficiencia cardiaca y fracción de eyección reducida (IC-FEr). El objetivo de este estudio es valorar si existen diferencias en el tratamiento suministrado entre los pacientes con un FG 30 ml/min/1,73 m².

Métodos: Para ello se llevó a cabo un estudio observacional con pacientes consecutivos, hospitalizados o ambulatorios, atendidos en unidades de IC de 45 hospitales de nuestro país durante los siguientes periodos: noviembre 2019, marzo-abril 2020 y diciembre 2021-enero 2022. Se estudiaron las diferencias entre los que presentaban un FG 30 ml/min/1,73 m². Para valorar las diferencias se usó la chi-cuadrado para las variables cualitativas y la prueba U de Mann-Whitney para las cuantitativas. Las variables cualitativas se expresan en porcentajes y las cuantitativas como media ± desviación típica.

Resultados: Se analizó a 563 pacientes: 57 (10,12%) presentaban un FG 30 (media 22,67 ± 4,92 ml/min/1,73 m²) y 506 (89,88%) un FG ≥ 30 ml/min/1,73 m² (media 64,48 ± 20,75 ml/min/1,73 m²). Los pacientes con FG 30 eran mayores (75,21 ± 10,77 vs 68,78 ± 12,11 años, p 0,001) y entre ellos había mayor prevalencia de anemia (51,8 vs 27,5%, p 0,001), desnutrición (12,5 vs 5%, p = 0,03) y etiología isquémica (54,4 vs 40,8%, p = 0,003), peor clase funcional (III-IV 83,6 vs 62,7%, p = 0,012), y concentraciones mayores de NTproBNP (11.135 ± 10.653,44 vs 4.198,98 ± 5.865,35 pg/ml, p 0,001) y menores de sodio (137,8 ± 3,57 vs 139,06 ± 3,64 mEq/l, p = 0,003) y potasio (4,15 ± 0,78 vs 4,31 ± 0,59 mEq/l, p = 0,012). Estos pacientes recibieron una menor prescripción de sacubitrilo-valsartán (22,8 vs 57,6%, p 0,001), antialdosterónicos (26,3 vs 74,7%, p 30 ml/min/1,73 m²).

Conclusiones: La insuficiencia renal grave infiere peor pronóstico y se asocia a su vez a otros predictores de mal pronóstico (mayor edad, anemia, desnutrición o concentraciones mayores de NTproBNP), a pesar de lo cual supone en la vida real una barrera para optimizar el tratamiento de los pacientes con IC-FEr.