



5017-6. DIFERENCIAS EN LA OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA Y FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA Y ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA

Rafael González Manzanares¹, María Anguita Gámez², Manuel Anguita Sánchez¹, Juan Luis Bonilla Palomas³, Alejandro Recio Mayoral⁴, Juan Carlos Castillo Domínguez¹, Javier Muñoz García⁵, Nieves Romero Rodríguez⁶, Ángel Cequier Fillat⁷, Francisco Javier Elola Somoza⁸ y Luis Rodríguez Padial⁹

¹UGC de Cardiología. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España, ²Instituto Cardiovascular. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España, ³Unidad de Cardiología. Hospital San Juan de la Cruz, Úbeda (Jaén), España, ⁴Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España, ⁵Instituto Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de A Coruña, A Coruña, España, ⁶Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España, ⁷Servicio de Cardiología. Hospital Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona), España, ⁸Fundación IMAS, Madrid, España y ⁹Hospital Virgen de la Salud, Toledo, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La enfermedad renal crónica (ERC) es muy prevalente en pacientes con HF y dificulta su tratamiento, sobre todo cuando se trata de una ERC avanzada (filtrado glomerular-TFG 30 ml/min/m²). La insuficiencia renal puede conllevar a la infrautilización de los fármacos. Nuestro objetivo es analizar en un registro contemporáneo de pacientes con IC seguidos en unidades especializadas en España la consecución de los objetivos de dosis de los fármacos más habitualmente usados en la IC con fracción de eyección reducida (ICFER) y el impacto de la ERC avanzada.

Métodos: Se han analizado 914 pacientes con ICFER consecutivamente incluidos entre 2019 y 2021 en el registro del programa de acreditación de calidad SEC-Excelente-IC de la Sociedad Española de Cardiología en 45 centros. Se ha evaluado la proporción de pacientes tratados con IECA, ARA2, ARNI, ARM, bloqueadores beta e inhibidores SGLT2 en la visita de inclusión en el registro, las causas de su no prescripción, y la consecución de la dosis máxima recomendada o tolerada en estos pacientes, comparando los grupos de TFG mayor o menor de 30 ml/min/m².

Resultados: De los 914 pacientes, el 8,9% tuvieron un TFG 30 ml/min/m². Su edad fue de 76,9 ± 9,7 años, 39,7% mujeres, FEVI media 32,8 ± 9-6%. Los pacientes con TFG 30 recibieron en una significativamente menor% todos los fármacos para la IC, salvo los diuréticos, ARA2 y quelantes del potasio: sacubitrilo/valsartán 30,5 vs 59,2%; ARM 31,7 vs 77,8%; inhibidores SGLT2 34,1 vs 52,9% (p 0,001; tabla). La principal razón para el no uso fue la intolerancia/contraindicación para los bloqueadores beta y «otras» para el resto de los fármacos (tabla). El porcentaje de pacientes en que se alcanzó la dosis máxima recomendada o máxima tolerada fue baja en ambos grupos, menor al 40-50% para todos los fármacos, excepto para ARM. No hubo diferencias significativas entre ambos grupos en relación con el grado de disfunción renal, aunque con una tendencia a una mayor obtención de dosis recomendadas en el grupo de TFG más reducido, sobre todo para ARM y bloqueadores beta (figura).

Proporción de pacientes que reciben o no reciben cada uno de los fármacos y las razones para su no prescripción			
	TFG 30 (8,9%)	TFG > 30 (91,1%)	p
IECA/ARA 2	19,4%	29,3%	0,056
Razón de no prescripción	0,001		
No-no indicación		28,3%	23,8%
No-contraindicación/intolerancia		35,1%	18,2%
No-otras razones		36,4%	57,8%
Sacubitrilo/valsartán	30,5%	59,2%	0,001
Razón de no prescripción	0,002		
No-no indicación		22,8%	20,4%
No-contraindicación/intolerancia		45,6%	24,6%
No-otras razones		31,6%	54,9%
ARM	31,7%	77,8%	0,001
Razón de no prescripción	0,009		
No-no indicación		21,4%	27,9%
No-contraindicación/intolerancia		53,6%	31,0%
No-otras razones		25,0%	41,1%
Bloqueadores beta	76,8%	89,6%	0,070
Razón de no prescripción	0,310		

No-no indicación	36,8%	24,1%
No-contraindicación/intolerancia	52,6%	46,5%



Proporción de pacientes que alcanzan la dosis máxima recomendada o tolerada de los diversos fármacos en ambos grupos de función renal.

Conclusiones: En nuestra cohorte contemporánea de pacientes con ICFer y ERC avanzada en la vida real, la utilización de los fármacos recomendados para la IC fue significativamente más baja que en aquellos pacientes con mejor función renal. Sin embargo, en los casos en que se utilizaron, se consiguieron alcanzar dosis máximas recomendadas o toleradas en un mayor % de pacientes. Esto indica que con una selección adecuada es posible alcanzar los objetivos propuestos por las guías de práctica clínica en este complejo escenario.