



6041-368. CUANDO LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA Y LA INSUFICIENCIA CARDIACA VAN DE LA MANO. PERFIL CLÍNICO Y SEGUIMIENTO DE ESTE SUBGRUPO DE PACIENTES

Carlos Nicolás Pérez-García, Daniel Enríquez Vázquez, Marcos Ferrández Escarabajal, Tania Sonia Luque Díaz, Alejandro Travieso González, Mónica Pérez Serrano, Ramón Bover Freire y Carlos Macaya Miguel, del Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La insuficiencia renal crónica (IRC) es una comorbilidad prevalente en el paciente con insuficiencia cardiaca (IC), siendo frecuente la disfunción simultánea de ambos órganos y la descompensación de una entidad en relación con la otra, con la consecuente mayor tasa de reingresos y el impacto en la calidad de vida y pronóstico que esto conlleva.

Métodos: Recopilación prospectiva y consecutiva de los pacientes ingresados en un hospital terciario en planta de Cardiología durante 12 meses con diagnóstico de IC y diagnóstico previo de IRC, comparándose con aquéllos con igual diagnóstico sin daño renal, con seguimiento posterior.

Resultados: 336 pacientes incluidos con una mediana de seguimiento tras el alta de 403 (602,6) días. 98 (29,2%) con IRC previa al ingreso. Se observaron diferencias significativas en cuanto a la mayor presencia de todos los factores de riesgo cardiovascular en IRC (tabla A): HTA (95,9 frente a 76,1%, p 0,001), DM (63,3 frente a 39,5%, p 0,001) y dislipemia (76,5 frente a 57,6%, p 0,001). No se identificaron diferencias con respecto al sexo ni presentación clínica, aunque sí mayor proporción de pacientes con FEVI reducida al ingreso en este subgrupo (61,2 frente a 45,9%, p 0,11), con diferencias significativas en términos de FEVI media (43,5 frente a 48,3, p 0,02). Asimismo, destacan cifras de creatinina, urea, potasio y NT-proBNP al alta significativamente más altas, con cifras de filtrado y hemoglobina inferiores (tabla B). El tratamiento al ingreso con bloqueadores beta (64 frente a 44%, p 0,001) y diuréticos (70,4 frente a 49,6%, p 0,001) es superior, así como la resincronización cardiaca (9,2 frente a 2,9%, p 0,015). Al alta destaca una significativa menor prescripción de IECA/ARA-II (50,5 frente a 64,9%, p 0,014) y antialdosterónicos (22,7 frente a 46,4%, p 0,001). No hay diferencias para ivabradina, digoxina ni tasa de implante de DAI. En términos de seguimiento, los reingresos por IC en 6 meses, la mortalidad por IC y por todas las causas han sido mayores en pacientes con IRC de forma significativa (figura).

A. Características basales de los pacientes por subgrupos

	IRC (N = 98)	No IRC (N = 238)	p
Sexo varón (%)	58,2	50	0,173

HTA (%)	95,9	76,1	0,001
DM (%)	63,3	39,5	0,001
Dislipemia (%)	76,5	57,6	0,001
Tabaquismo activo (%)	5,1	11,8	0,062
Fibrilación auricular (%)	55,1	54,6	0,94

B. Parámetros de laboratorios por subgrupos

Creatinina (mg/dl)	1,98	1,05	0,001
Urea (mg/dl)	100,6	51,9	0,001
Filtrado glomerular (ml/min/1,73 m ²)	35,9	66,9	0,001
Hemoglobina (g/dl)	12	12,9	0,001
Sodio/potasio (meq/l)	135,6/4,38	137,3/4,15	0,09/ 0,001
NT-proBNP al ingreso (pg/ml)	15.204	10.441	0,44
NT-proBNP al alta (pg/ml)	10.864	3.099	0,001



Análisis de supervivencia que compara reingresos por IC en 6 meses y mortalidad (por IC y por todas las causas) entre pacientes con IC e IRC y sin IRC.

Conclusiones: La IRC es una comorbilidad frecuente en el paciente con IC, que se caracterizan por un riesgo cardiovascular mayor y una función ventricular más reducida, con diferencias significativas en cuanto al abordaje de fármacos. Todo ello condiciona un peor pronóstico tanto en términos de reingresos por IC a los 6 meses, como de mortalidad por IC y por todas las causas.