



4025-7. ESTUDIO MULTICÉNTRICO ESPAÑOL SOBRE LA MONITORIZACIÓN E INCIDENCIA DE HIPERPOTASEMIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA Y FRACCIÓN EYECCIÓN REDUCIDA. SPANIK-HF

María G. Crespo-Leiro¹, Javier Segovia-Cubero², Luis Almenar-Bonet³, Antonio Lara-Padrón⁴, José Manuel García-Pinilla⁵, Juan Luis Bonilla-Palomas⁶, Silvia López-Fernández⁷, Sonia Mirabet-Pérez⁸, Antonio Castro-Fernández⁹, Beatriz Díaz-Molina¹⁰, Josebe Goirigolzarri-Artaza¹¹, Luis Miguel Rincón-Díaz¹², Domingo A. Pascual-Figal¹³, Javier Muñiz¹⁴ y Juan F. Delgado-Jiménez¹⁵

¹ Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, CIBERCV. ²Hospital Universitario Puerta de Hierro, CIBERCV, Majadahonda, Madrid. ³Hospital Universitari i Politècnic La Fe, CIBERCV, Valencia. ⁴Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife. ⁵Hospital Universitario Virgen de la Victoria, IBIMA, CIBERCV, Málaga. ⁶Hospital San Juan de la Cruz, Úbeda, Jaén. ⁷Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ⁸Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, CIBERCV, Barcelona. ⁹Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ¹⁰Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias. ¹¹Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ¹²Hospital Universitario Ramón y Cajal, CIBERCV, Madrid. ¹³Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, CIBERCV, Murcia. ¹⁴Universidad de A Coruña, Grupo de Investigación Cardiovascular, Departamento de Ciencias de la Salud e INIBIC, CIBERCV, A Coruña. ¹⁵Hospital Universitario 12 de Octubre, CIBERCV, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La hiperpotasemia (HK) es frecuente en pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) y fracción de eyección reducida (IC-FER), puede ser grave y limita el tratamiento con inhibidores del sistema renina angiotensina aldosterona (iSRAA), empeorando el pronóstico. Las guías práctica clínica (GPC) recomiendan monitorización de función renal y potasio sérico (K⁺) cada 3 meses. La frecuencia de dicho control analítico, así como la incidencia de HK en práctica clínica habitual no es bien conocida en nuestro país. Se definió HK en este trabajo si K⁺ > 5,4 mEq/l, por su repercusión clínica en cuanto a modificar tratamiento iSRAA. Objetivo: estudiar la frecuencia de monitorización de K⁺ e incidencia de HK en pacientes ambulatorios de vida real con IC-FER tras seguimiento de 12 meses.

Métodos: Estudio multicéntrico, prospectivo y observacional en 16 centros españoles con Unidades de IC. Se incluyeron pacientes consecutivos ambulatorios con IC-FER y que recibían a juicio de su médico responsable tratamiento médico óptimo. Seguimiento 12 meses. Se recogieron el número de determinaciones de K⁺, episodios de HK (K⁺ > 5,4 mEq/l), hospitalizaciones y mortalidad.

Resultados: Se incluyeron 565 pacientes con IC-FER, edad media 66 ± 12 años, 78% varones. El número medio de determinaciones de K⁺ en el seguimiento fue de 5,61 ± 7,88, pero al 41,9% de los pacientes (IC95% 37,6-46,1) se les controló el K⁺ dos veces o menos. 69/547 pacientes (12,6%; IC95% 9,9-15,7) tuvieron al menos un episodio de HK y 17 (3,1%; IC95% 1,6-4,7) dos o más episodios. La presencia de HK en visita basal se asoció con más episodios de HK en seguimiento (38,2 vs 10,9% p 0,001). 143 pacientes (26,1%; IC95% 22,4-29,9) tuvieron un total de 232 hospitalizaciones; en el 10% de estas se observó HK. La mortalidad al año fue del 6,6% (IC95% 4,5-8,8).

Conclusiones: El 12,6% de los pacientes con IC-FER con tratamiento óptimo con iSRAA tienen algún episodio de HK tras 1 año de seguimiento y este porcentaje se triplica si antecedentes de HK. Si bien estos datos justifican el control estrecho de K⁺ en estos pacientes, en el 42% la frecuencia de dicho control es

menor que la recomendada en GPC.